



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Hauskrankenpflege für MigrantInnen in Wien –
Status Quo und zukünftige Entwicklungen transkultureller
Pflege aus der Perspektive des Pflegemanagements in
Organisationen der mobilen Pflege und Betreuung

Verfasserin

Marlene Macek

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, September 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057 122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Pflegewissenschaft
Betreuerin:	Dr. Sonja Novak-Zezula

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 wissenschaftliche 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 dem der gedruckten Version übereinstimmt.

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

Wien, September 2009

Marlene Macek

Vorwort und Dank

Die Thematik des Zusammenhangs von Pflege und Kultur erweckte bereits zu Beginn meines Studiums mein Interesse, welches sich im Laufe der Zeit durch den Besuch mehrerer Lehrveranstaltungen zu dieser Thematik verstärkte. Der Zusammenhang mit Hauskrankenpflege in Wien hat mich besonders aufgrund meiner beruflichen Tätigkeit neben dem Studium interessiert. Dort konnte ich immer wieder den Einfluss kultureller Einstellungen, Vorstellungen und Traditionen auf die Bereitstellung mobiler Pflege beobachten. So ergab sich die Verknüpfung der Bereiche Kultur und Organisation in der Hauskrankenpflege.

In meiner gesamten Studienzeit und in der Zeit der Entstehung dieser Arbeit gab es viele Menschen die, mir stets mit Rat und Tat zur Seite standen, mich unterstützt und in schwierigen Phasen aufgemuntert haben.

Herzlichst möchte ich mich an dieser Stelle bei Dr. Sonja Novak-Zezula bedanken, die mich bei der Entstehung diese Arbeit begleitete und immer ein offenes Ohr für meine Anliegen hatte. Bedanken möchte ich mich weiter bei Dr. Ursula Karl-Trummer und Birgit Metzler, Bakk. phil., für ihre Unterstützung im Rahmen der Betreuung dieser Arbeit.

Auch den in dieser Arbeit befragten VertreterInnen der Organisationen möchte ich an dieser Stelle für ihre Kooperation und Auskunftsbereitschaft danken. Bedanken möchte ich mich außerdem bei Mag. Anna Schopf und Mag. Barbara Kuss des Forschungszentrums des Wiener Roten Kreuzes für die Unterstützung und den Austausch vor allem zu Beginn meiner Arbeit. Auch bei meinen lieben KommilitonInnen möchte ich mich für die gegenseitige Unterstützung während des Studiums und besonders in der Zeit der Verfassung dieser Arbeit bedanken.

Besonderer Dank gebührt hier meiner Familie und Freunden, für ihre Geduld und die liebevolle Unterstützung während meines gesamten Studiums. Vor allem meinen Eltern möchte ich hier danken, ohne ihre Unterstützung wäre dies hier nicht möglich gewesen.

Abstract

Hintergrund: Die zunehmende kulturelle Vielfalt unserer Gesellschaft macht auch die Auseinandersetzung mit Kultur und kulturell unterschiedlich geprägten Menschen im Pflegebereich notwendig. Aufgrund der demographischen Alterung kommt dabei den Organisationen der Altenpflege, so auch der Hauskrankenpflege, besondere Bedeutung zu.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit transkultureller Pflege im Setting häuslicher Pflege und Betreuung. Auf Ebene des Pflegemanagements wurde untersucht, wie sich Hauskrankenpflegeanbieter in Wien mit dem Thema transkulturelle Pflege – Pflege für MigrantInnen - auseinandersetzen, und wie diese Organisationen die zukünftige Entwicklung des Themas und die Bedeutung dieser Entwicklungen für die Organisation einschätzen.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, einen Einblick in den Status Quo transkultureller Pflege - Pflege für MigrantInnen - in Organisationen der Hauskrankenpflege in Wien zu geben und Möglichkeiten für zukünftige Entwicklungen aufzuzeigen.

Methode: Die Methode dieser Arbeit bestand aus einer Literaturanalyse nationaler und internationaler Literatur, deren Ergebnisse einen Überblick über relevante organisatorische, pflegerische und migrationsspezifische Aspekte des Themas und deren Entwicklungen geben. Zusätzlich wurden Befragungen des Pflegemanagements Wiener Hauskrankenpflegeanbieter durchgeführt, in denen Erfahrungen und Einschätzungen des Pflegemanagements der Anbieter - Organisationen zur gegenwärtigen Situation und zukünftigen Entwicklungen von Hauskrankenpflege für MigrantInnen erhoben wurden.

Ergebnisse: In der Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass der Bedarf und die Inanspruchnahme von Hauskrankenpflege durch ältere MigrantInnen in Zukunft steigen werden. Hauskrankenpflegeanbieter sind sich dessen bewusst, jedoch wird der Handlungsbedarf gegenwärtig hauptsächlich im Abbau von Zugangsbarrieren gesehen und nicht im Angebot transkultureller

Pflege. Bestehende Angebote und Projekte im mobilen Pflege- und Betreuungsbereich in Wien beziehen sich auf Information und Beratung von (älteren) MigrantInnen und Kommunikation. Finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen der Organisationen erweisen sich als ausschlaggebend für die Planung und Umsetzung transkultureller Maßnahmen. Auf Organisationsebene fand bisher keine strategische Auseinandersetzung mit dem Thema statt. Angedachte Maßnahmen der Organisationen für die Zukunft stimmen gut mit den in der Literatur geforderten Empfehlungen und Möglichkeiten interkultureller Öffnung überein. Aufgrund der gegenwärtig geringen Inanspruchnahme der Dienste durch MigrantInnen wird die bedürfnisorientierte Pflege als ausreichend und als der angestrebten Pflegequalität entsprechend erachtet.

Schlussfolgerungen: Die Anforderungen und Empfehlungen interkultureller Öffnung machen deutlich, dass für die Umsetzung transkultureller Maßnahmen in der Hauskrankenpflege organisationsübergreifende und durch die strategischen Partner und finanzierenden Stellen unterstützte Planung notwendig ist. Die Auseinandersetzung mit dem Thema transkulturelle Pflege bedarf außerdem ausreichender finanzieller, personeller und zeitlicher Ressourcen in den Organisationen, die die Planung und Umsetzung ermöglichen.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	10
2. DIE ORGANISATION DER HAUSKRANKENPFLEGE IN WIEN.....	13
2.1. Entwicklung der Hauskrankenpflege in Österreich.....	15
2.2. Hauskrankenpflege im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem und ihre Finanzierung.....	16
2.3. Die Pflegevorsorge in Österreich.....	18
2.4. Anbieter – Organisationen in Wien.....	20
2.4.1. Dienstleistungsverständnis und KundInnenorientierung.....	22
2.4.2. Kooperation und Förderung.....	24
2.4.3. Strukturen und Prozesse in Organisationen.....	25
2.5. Versorgungsangebot in Wien.....	27
2.5.1. Pflegeverständnis und Pflegeprozess in der Hauskrankenpflege.....	28
2.5.2. Case Management in der Hauskrankenpflege.....	30
2.5.3. Zugang zur Hauskrankenpflege in Wien – Bedarfserhebung und Vermittlung.....	33
3. MIGRATION UND MIGRANTINNEN IN WIEN.....	35
3.1. Statistische Beleuchtung und zukünftige Entwicklung der MigrantInnenbevölkerung.....	37
3.2. Ältere MigrantInnen.....	40
3.2.1. Arbeitsmigration.....	42

3.2.2. Alters- und Geschlechtsstruktur der älteren MigrantInnen- bevölkerung und deren Entwicklung	43
3.2.3. Lebenslagen älterer MigrantInnen.....	45
3.2.4. Die Bedeutung des Alterns in der Migration.....	49
4. TRANSKULTURELLE PFLEGE IN DER MOBILEN PFLEGE UND BETREUUNG IN WIEN.....	52
4.1. Theoretische Ansätze transkultureller Pflege.....	55
4.2. Ältere MigrantInnen als Zielgruppe – Bedürfnisse, Präferenzen, Inanspruchnahme	60
4.3. Besondere Herausforderungen des Settings Hauskrankenpflege .	65
4.4. Bestehende Angebote und Projekte in der mobilen Pflege und Betreuung in Wien	69
5. INTERKULTURELLE ÖFFNUNG VON PFLEGEORGANISATIONEN	76
5.1. Standards interkultureller Öffnung im Gesundheitsbereich	78
5.2. Interkulturelle Öffnung als struktureller Entwicklungsprozess	81
5.3. Empfohlene Maßnahmen interkultureller Öffnung	84
5.4. Pflegemanagement im Prozess der interkulturellen Öffnung	91
5.5. Besonderheiten interkultureller Öffnung ambulanter Pflegeorganisationen	93
5.6. Hindernisse und Problematiken interkultureller Öffnung.....	96

6. HAUSKRANKENPFLEGE FÜR MIGRANTINNEN – ERFAHRUNGEN UND EINSCHÄTZUNGEN AUS DER PERSPEKTIVE DES PFLEGEMANAGEMENTS WIENER ANBIETER-ORGANISATIONEN ..	100
6.1. Die Erhebung	101
6.2. Zentrale Ergebnisse der Untersuchung.....	104
6.2.1. Gegenwärtiger Bedarf und Angebot	104
6.2.2. Strukturen und Prozesse in den Organisationen bezüglich Pflege für MigrantInnen	108
6.2.3. Gegenwärtige Auseinandersetzung mit dem Thema und Handlungsbedarf.....	112
6.2.4. Zukünftiger Bedarf und Handlungsbedarf seitens der Organisationen	114
6.2.5. Zukünftige Maßnahmen und Rahmenbedingungen	117
6.3. Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen	120
7. FAZIT UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERE FORSCHUNG	125
8. LITERATUR.....	129
9. ANHANG.....	135
9.1. Überblick Pflegegeldstufen	135
9.2. Abbildungsverzeichnis	136
9.3. Lebenslauf.....	137

1. Einleitung

Anfang 2008 betrug der Anteil der ausländischen Staatsangehörigen mit Hauptwohnsitz in Österreich 10,3 % der Gesamtbevölkerung. Berücksichtigt man zusätzlich zur Staatsangehörigkeit auch das Geburtsland, so hatten 16,6% der österreichischen Gesamtbevölkerung eine ausländische Staatsbürgerschaft und/oder wurden im Ausland geboren. (vgl. Statistik Austria [a], 2008, S.24)

Lt. Volkszählung 2001 leben 35% der ausländischen Bevölkerung in Wien. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung in Wien lag Anfang 2008 bei 19,8%. Der Anteil von Personen mit ausländischer Herkunft betrug Anfang 2008 32,1% und war damit beinahe doppelt so hoch wie im österreichischen Durchschnitt. Wien, als Hauptstadt und Ballungszentrum, ist somit ein gutes Beispiel für die wachsende kulturelle Vielfalt in unserer Gesellschaft und soll daher in dieser Arbeit näher beleuchtet werden. (vgl. Statistik Austria [a], 2008, S.27f)

Obwohl sich die migrantische Bevölkerung in Österreich und auch in Wien noch durch eine jüngere Altersstruktur auszeichnet, lebt besonders in Wien ein großer Teil älterer, ehemaliger ArbeitsmigrantInnen, die zunehmend ins betreuungs- und pflegebedürftige Alter kommen. Für die Zukunft wird prognostiziert, dass sich die Altersstruktur der MigrantInnen an die der österreichischen Bevölkerung angleichen wird. (vgl. Reinprecht, 2006, S.13)

Diese Situation stellt die Pflege vor neue Herausforderungen. Pflegende und Pflegeorganisationen sehen sich einer neuen Zielgruppe gegenüber. Durch die zunehmende Alterung der österreichischen Gesellschaft kommt dabei der Altenpflege im Allgemeinen große Bedeutung zu.

Studien in Wien zeigen, dass die Akzeptanz für mobile Pflege unter der migrantischen Bevölkerung im Vergleich zu stationären Altenpflegeeinrichtungen, wie Alten- und Pflegeheimen, durchaus hoch ist. (vgl. Reinprecht, 1999, S.75f)

Durch die zunehmende Alterung der migrantischen Bevölkerung und die hohe Akzeptanz für häusliche Betreuung werden auch immer mehr MigrantInnen professionelle mobile Pflegedienste in Anspruch nehmen.

Ziel dieser Arbeit ist es, aus der Organisationsperspektive Möglichkeiten, Hindernisse und Empfehlungen einer Hauskrankenpflege für MigrantInnen aufzuzeigen.

Die Methode dieser Arbeit besteht aus einer Literaturstudie, in der mit speziellem Fokus auf Wien Rahmenbedingungen einer Hauskrankenpflege für MigrantInnen beschrieben werden. Zusätzlich wurde eine Erhebung in Wien durchgeführt, bei der Hauskrankenpflegeanbieter über ihre gegenwärtigen Erfahrungen und zukünftigen Einschätzungen zum Thema MigrantInnen als KlientInnen in der Hauskrankenpflege befragt wurden.

So soll diese Arbeit einen Überblick über den Status Quo transkultureller Pflege im Setting der Hauskrankenpflege geben und dessen zukünftige Entwicklung in Wien beleuchten. Die forschungsleitende Frage lautete: *„Wie sieht der Status Quo des Themas transkulturelle Pflege – Pflege für MigrantInnen - in Organisationen der Hauskrankenpflege in Wien aus und mit welchen zukünftigen Entwicklungen kann gerechnet werden?“*

Zu Beginn dieser Arbeit wird die Organisation der Hauskrankenpflege in Wien dargestellt. Hier wird ein Überblick über die Strukturen und Prozesse der Hauskrankenpflege im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem gegeben und Anbieter sowie Angebot im mobilen Pflegebereich in Wien beschrieben.

Im zweiten Kapitel wird die Situation der MigrantInnen speziell in Wien beleuchtet. Hierbei wird der Fokus auf die älteren, ehemaligen ArbeitsmigrantInnen und ihre Lebenssituation gelegt und der Zusammenhang von Migration, Alter und Gesundheit dargestellt.

Im nachfolgenden Kapitel wird transkulturelle Pflege anhand theoretischer Modelle mit Fokus auf ihre Anwendung im Pflegemanagement beschrieben.

Basierend auf der Literaturstudie werden Inanspruchnahme, Bedürfnisse und Präferenzen von MigrantInnen in Bezug auf Pflege und Betreuung dargestellt, besondere Herausforderungen des Settings Hauskrankenpflege beschrieben und schließlich ein Auszug aus bestehenden Angeboten und Projekten im mobilen Pflegebereich, die im Rahmen dieser Arbeit in Wien zusätzlich erhoben wurden, behandelt.

Wie Pflegeorganisationen auf den in der Literatur postulierten steigenden Bedarf an Pflege für MigrantInnen reagieren können, wird in Kapitel fünf diskutiert. Basierend auf internationaler Literatur werden hier Möglichkeiten, Empfehlungen und Standards einer interkulturelle Öffnung von Pflegeorganisationen beschrieben, die Besonderheit des ambulanten Pflegebereichs behandelt und mögliche Probleme einer solchen Öffnung dargestellt.

In Kapitel sechs wird die Erhebung der Erfahrungen und Einschätzungen aus der Perspektive des Pflegemanagements Wiener Hauskrankenpflegeanbieter genau beschrieben, die Ergebnisse präsentiert und Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen. Im Rahmen dieser Erhebung interessierten besonders die Fragen

- *„Wie sieht der gegenwärtige Bedarf an transkultureller Pflege aus und welche Angebote bestehen derzeit für MigrantInnen?“*
- *„Welche Strukturen und Prozesse bestehen in den Organisationen bezüglich transkultureller Pflege?“*
- *„Wie wird der zukünftige Bedarf an transkultureller Pflege von den Organisationen eingeschätzt und welcher Handlungsbedarf besteht für die Organisationen?“*
- *„Welche Entwicklungen sind nötig und möglich, um die Bereitstellung transkultureller Pflege zu gewährleisten?“*

Abschließend werden in einem Fazit die Bedeutung der Erkenntnisse für die Pflegeorganisationen behandelt und Empfehlungen für weitere Forschungen gegeben.

2. Die Organisation der Hauskrankenpflege in Wien

Die Hauskrankenpflege wird oft als die „*Urform der Pflege kranker Menschen*“ bezeichnet. (Ertl, 2007, S.9)

Zum Begriff Hauskrankenpflege gibt es zahlreiche Definitionen. Im Laufe der Zeit entwickelten sich unterschiedliche Begriffsdefinitionen, die, abhängig von der Perspektive des Betrachters, variieren können. Was unter Hauskrankenpflege zu verstehen ist, wird von verschiedenen Berufsgruppen, beteiligten Stellen und betreuten Personen unterschiedlich definiert. Gemeinsam ist jedoch allen Definitionen, dass Hauskrankenpflege immer „*die Pflege und Betreuung von Menschen zu Hause*“ bedeutet. (Ertl, 2007, S.13)

Da sich die vorliegende Arbeit mit die Perspektive der Anbieter - Organisationen der Hauskrankenpflege beschäftigt und die Hauskrankenpflege als Dienstleistungsangebot im Zentrum des Interesses steht, soll hier die Begriffsdefinition für Hauskrankenpflege des **Dachverbandes für Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe** zugrunde gelegt werden. In dieser wird Hauskrankenpflege als „*eine Dienstleistung, die Gesundheits- und Krankenpflege durch diplomiertes Personal und PflegehelferInnen im Wohnbereich erbringt*“ beschrieben. (Dachverband, 2001, S. 31)

Das Ziel der Hauskrankenpflege besteht in der „*Befriedigung physischer, psychischer und sozialer Bedürfnisse von kranken Menschen zuhause*“. (Ertl, S. 15) Diese Zielbeschreibung stützt sich im Wesentlichen auf die 1948 von der **WHO** postulierte Definition von Gesundheit, bei der Gesundheit als „*der Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens*“ bezeichnet wird. (Wied, 2007, S.314)

Der Anteil älterer Menschen in Österreich nimmt durch die fallende Geburtenrate und den Rückgang der Sterblichkeit, vor allem in den höheren Altersklassen, deutlich zu. Die österreichische Bevölkerungsstruktur zeigt in

den letzten Jahren eine deutliche demographische Alterung. So lag das Durchschnittsalter der österreichischen Bevölkerung 1970 bei 36,1 Jahren, gegenwärtig bei 40,9 Jahren. (vgl. Statistik Austria [a], 2008, S.22)

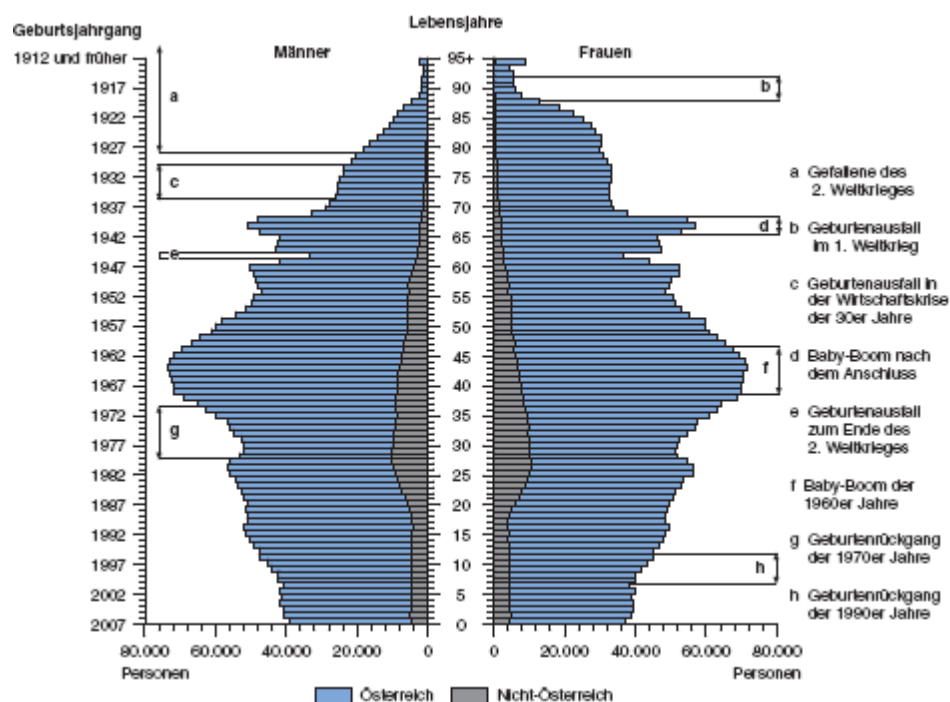


Abb. 1: Altersaufbau der österreichischen Bevölkerung am 1.1.2008 (Statistik Austria [a], 2008, S.23)

Der demographische Alterungsprozess der Bevölkerung, bedingt durch die steigende Lebenserwartung aufgrund des medizinisch-pharmakologisch-technischen Fortschritts, führt zur Steigerung der Pflegebedarfs und stellt die professionelle Pflege und Betreuung im Allgemeinen sowie den mobilen Altenpflegebereich im Besonderen vor große Herausforderungen. (vgl. Ertl, 2007, S.9)

Zwar werden auch heute noch 80% der Pflegeleistungen zuhause von den Angehörigen erbracht, jedoch geht die Pflege durch die Familie vor allem in den Städten vermehrt zurück. Ein Grund dafür ist, dass Pflege Angehöriger großteils von Frauen übernommen wird und diese durch die zunehmende

Erwerbstätigkeit zunehmend für die Betreuung von alten und kranken Angehörigen wegfallen. (vgl. ebenda)

Zusätzlich zu diesen Entwicklungen erfordert der Anstieg der Kosten im stationären Pflegebereich die Auslagerung pflege- und betreuungsbedürftiger Personen in den ambulanten Pflege- und Betreuungsbereich, wodurch der ambulante Pflegesektor vermehrt an Bedeutung gewinnt. (vgl. Schaeffer, 2002,S.8)

2.1. Entwicklung der Hauskrankenpflege in Österreich

Hauskrankenpflege als Dienstleistung stellt mittlerweile einen fixen Bestandteil des österreichischen Gesundheits- und Sozialwesens dar. (siehe Kap. 2.2.) Jedoch entwickelte sich die Hauskrankenpflege in Österreich im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern nur sehr langsam. Während in der Schweiz, England oder den Niederlanden Hauskrankenpflege bereits in den 1970er Jahren Bestandteil des Gesundheits- und Sozialwesens war, musste die Hauskrankenpflege in Österreich lange um Anerkennung kämpfen. (vgl. Ertl, 2007, S.10)

Erst in den 1980er Jahren kam es zur Bereitstellung finanzieller Mittel für den Ausbau extramuraler Dienste in Österreich durch die Einrichtung eines Fonds (KRAZAF¹). Die bekannten Wohlfahrtsorganisationen gaben den Anstoß zur Umsetzung der Hauskrankenpflege in Österreich, jedoch vorerst ohne formale, politische und öffentliche Anerkennung im Gesundheits- und Sozialwesen. Hauskrankenpflege wurde damals als eine „Kann-Leistung“ in das ASVG² aufgenommen. (vgl. ebenda)

In den 1990er Jahren kam es schließlich zur Anerkennung im Gesetz. Bedingt durch die damalige Kostenexplosion der Spitäler kam es zu einem

¹ Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds

² Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Ausbau der Hauskrankenpflege mit der Absicht, die Menschen früher aus den Spitälern entlassen zu können und damit die Kosten im stationären Bereich einzudämmen. (vgl. ebenda, S.14)

Mit der Einführung des Pflegegeldes 1993 und der Reform des österreichischen Krankenpflegegesetzes 1997 kam es schließlich zur Zuschreibung eines öffentlichen und rechtlichen Stellenwertes der Hauskrankenpflege im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem. (vgl. ebenda, S.11)

2.2. Hauskrankenpflege im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem und ihre Finanzierung

Hauskrankenpflege stellt in Österreich einen Teil des extramuralen oder mobilen Dienstleistungsangebotes dar. Unter dem Begriff extramurale Dienste werden alle Leistungen subsummiert, die in den Bereich Pflege und Betreuung zuhause fallen. Neben der Hauskrankenpflege sind dies unter anderem Heimhilfe, Besuchsdienst, Essen auf Rädern und mobile Ergotherapie. (vgl. Ertl, 2007, S.12)

Eine wichtige Unterscheidung im Bereich der Hauskrankenpflege in Österreich, ist jene zwischen der „langzeit“ Hauskrankenpflege und der medizinischen Hauskrankenpflege. Die medizinische Hauskrankenpflege gilt als spitalsersetzende Maßnahme und ist im ASVG geregelt. Sie kann für einen Zeitraum von 28 Tagen in Anspruch genommen und mit Bewilligung der Krankenkasse verlängert werden. Die medizinische Hauskrankenpflege ist im Gegensatz zur „langzeit“ Hauskrankenpflege kostenlos, d.h. sie kann ohne Kostenbeiträge der Betroffenen in Anspruch genommen werden. (vgl. ebenda, S.64)

In weiterer Folge wird sich diese Arbeit mit der auf Dauer angelegten Form der Hauskrankenpflege beschäftigen, bei der KlientInnen einen Kostenbeitrag leisten.

Die folgende Abbildung zeigt einen Überblick über das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem und seine Finanzierung.

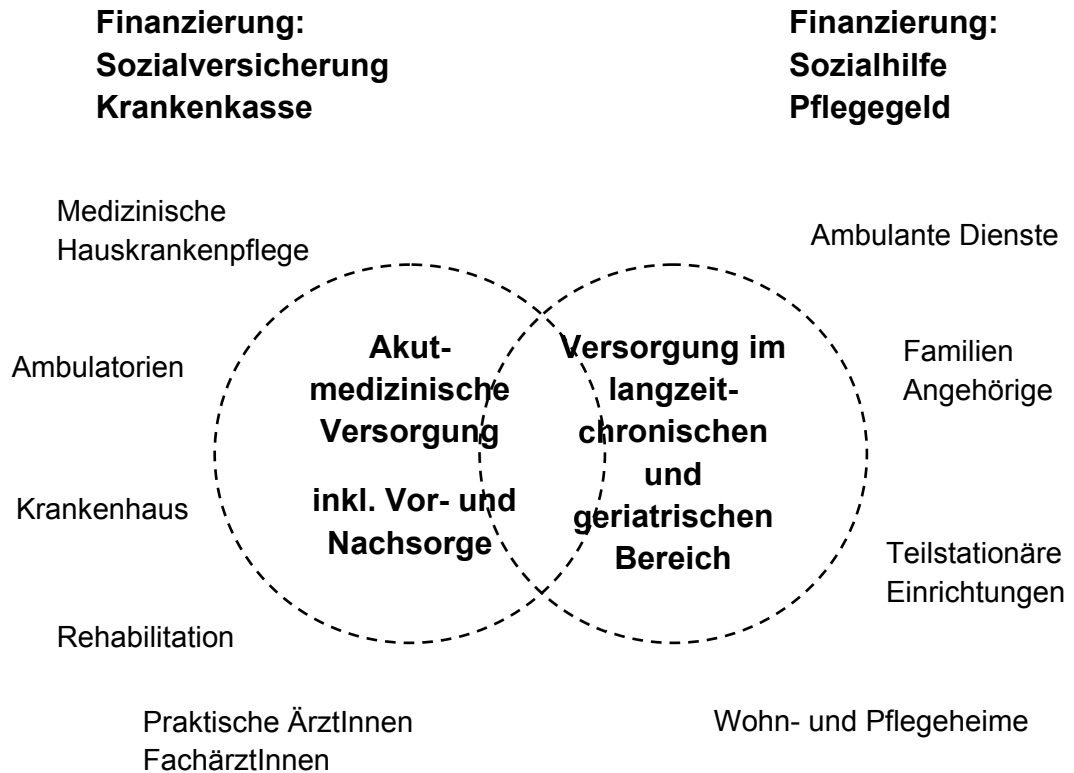


Abb. 2: Das Gesundheits- und Sozialsystem (Ertl, 2007, S.42)

Das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem kann unterteilt werden in einen Leistungsbereich für akut- medizinische Behandlungen und Rehabilitation (linker Kreis) und einen Leistungsbereich für geriatrisch chronisch-degenerative Erkrankungen (rechter Kreis). (vgl. Ertl, 2007, S.41f)

Die Finanzierung der akut- medizinischen Versorgung erfolgt über die Sozialversicherungen und Selbstbehalte der KundInnen, die der Versorgung im langzeit-chronischen und geriatrischen Bereich erfolgt über Kostenbeiträge der KundInnen über Unterstützungsleistungen der Sozialhilfe und über das Pflegegeld. (vgl. ebenda)

Die beiden Bereiche überschneiden sich, da Menschen, die Leistungen im geriatrisch chronisch-degenerativen Bereich in Anspruch nehmen, auch immer wieder akut-medizinische Versorgung benötigen. (vgl. ebenda)

Hauskrankenpflege, als Teil der extramuralen Dienste, ist dem langzeit-chronischen und geriatrischen Bereich des österreichischen Gesundheits- und Sozialsystems zuzuordnen. Die Finanzierung der Hauskrankenpflege erfolgt grundsätzlich durch die Beiträge der Sozialversicherung, der Länder/Gemeinden und der KundInnen. Zur Deckung der Beiträge können die KundInnen das Pflegegeld (siehe Kap. 2.3.) heranziehen. (vgl. ebenda, S.63).

2.3. Die Pflegevorsorge in Österreich

Im Jahr 1993 wurde die Pflegevorsorge in Österreich neu geregelt. Es kam zur Einführung des Pflegegeldes und zur Verabschiedung des Pflegegeldgesetzes. Das System der Pflegevorsorge beinhaltet sowohl Geld- als auch Sachleistungen. Die Leitlinien der Pflegevorsorge in Österreich sind: (Schaffenberger et al., 1999, S.2)

- *Selbstbestimmung und Bedürfnisorientierung*
- *Integration und Normalisierung*
- *Verbleib im eigenen sozialen Umfeld*
- *Bedarfsgerechtigkeit der Betreuung und Versorgungssicherheit*
- *Qualitätssicherung und Professionalisierung*
- *Wirtschaftlichkeit*
- *Wahlfreiheit*
- *Stützung informeller Hilfe*

Bis zur Einführung des Pflegegeldes gab es im Falle einer Pflegebedürftigkeit verschiedene Geldleistungen, die in Anspruch genommen werden konnten. Diese waren jedoch bezüglich der Höhe und der Anspruchsvoraussetzungen sehr unterschiedlich. Durch die Verabschiedung des Bundespflegegeldgesetzes und den im Wesentlichen inhaltlich identischen jeweiligen Landespflegegeldgesetzen der einzelnen Bundesländer wurden diese Geldleistungen neu geregelt. (vgl. Greifeneder, 2008, S.1) Der Pflegegeldanspruch für pflegebedürftige Personen in Wien ist im Wiener Landespflegegeldgesetz geregelt.

Ziel des Pflegegeldes ist es *„in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen.“* (§1 Wiener Pflegegeldgesetz)³

Als Form der Geldleistung wird Pflegegeld jenen Personen gewährt, die für mindestens sechs Monate ständige Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen müssen und das dritte Lebensjahr vollendet haben. Weitere Voraussetzungen für den Bezug von Pflegegeld sind die österreichische Staatsbürgerschaft oder eine dieser gleichgestellte sowie der dauernde Wohnsitz in Wien (gewöhnlicher Aufenthalt) bzw. einem Mitgliedsland der Europäischen Union, wenn eine österreichische Pension oder Rente bezogen wird.⁴ (vgl. Ertl, 2007, S.28) Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich dabei nach dem Pflegebedarf und ist in sieben Pflegegeldstufen gestaffelt. (siehe Abb.9 im Anhang)

³ www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LrW/LRWI_S030_000/LRWI_S030_000.pdf (23.08.09)

⁴ Siehe auch:
<http://www.fsw.at/export/sites/fsw/fswportal/downloads/broschueren/senioren/SenPflege.pdf>
(9.06.09)

Im Jahr 2008 bezogen über 400. 000 Menschen in Österreich Pflegegeld, dies entspricht 5% der Gesamtbevölkerung. Davon bezogen 345. 179 Personen Bundespflegegeld und rund 60. 000 Personen Landespflegegeld. Seit dem Jahr 1996 hat sich der Anteil der PflegegeldbezieherInnen insgesamt um 26% erhöht. (vgl. Greifeneder, 2008, S.1)

Im Rahmen der Pflegevorsorge verpflichteten sich Bund und Länder in der „*Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die gemeinsamen Maßnahmen für pflegebedürftige Personen*“ die am 1.1.1994 in Kraft trat, zu einer einheitlichen Pflegevorsorge für pflegebedürftige Personen. (vgl. Ertl, 2007, S.63)

Gemäß dieser Vereinbarung haben die Länder die Verpflichtung übernommen, das Sachleistungsangebot bereitzustellen, d.h. für einen Mindeststandard an ambulanten, stationären und teilstationären Diensten zu sorgen, der flächendeckend und dezentral, qualitäts- und bedarfsgerecht angeboten wird. Weiter obliegt den Ländern die Koordinierung der Dienste, die Bereitstellung notwendiger Informationen und Beratung und die Berücksichtigung sozialer Gesichtspunkte bei der Einhebung von Kostenbeiträgen. (vgl. Greifeneder, 2008, S.2; vgl. Schaffenberger et al., 1999, S.2)

Zusätzlich müssen die arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften eingehalten werden, die Ehrenamtlichkeit unterstützt werden, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für das Personal gefördert und gesichert werden sowie die Durchlässigkeit zwischen den Berufsgruppen und Ausbildungsmöglichkeiten gewährleistet werden. (vgl. Ertl, 2007, S.64)

2.4. Anbieter – Organisationen in Wien

Das Angebot und die Anbieter der Hauskrankenpflege sind in Österreich je nach Bundesland unterschiedlich finanziert und organisiert. Fast alle Anbieter der Hauskrankenpflege in Österreich arbeiten mit der öffentlichen Hand

zusammen, sie sind durch Verträge und Vereinbarungen gebunden. Die Vorgaben der Länder können sich dabei auf verschiedene Strukturen und Abläufe innerhalb der Organisationen beziehen und beispielsweise Personalschlüssel, Pflegemodell oder Dokumentationssystem regeln. (vgl. Ertl, 2007, S.26)

In Wien besteht für die KlientInnen Wahlfreiheit bezüglich des Angebots an Hauskrankenpflege, dies ist in jenen Bundesländern Österreichs möglich in denen es mehrere Anbieter gibt und die Wahlfreiheit auch politisch unterstützt wird. (vgl. ebenda, S.27)

Hauskrankenpflege wird in Wien großteils vom Fonds Soziales Wien gefördert und gesteuert. (siehe Kap. 2.4.2) Diese Arbeit bezieht sich auf die vom Fonds Soziales Wien geförderten Einrichtungen der ambulanten Pflege.⁵ Derzeit gibt es in Wien im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung 25 vom Fonds Soziales Wien anerkannte Einrichtungen, davon bieten 17 Organisationen Hauskrankenpflege als Dienstleistung an.

Das Angebot der extramuralen Dienste in Wien wird fast ausschließlich von Non-Profit-Organisationen bereitgestellt. Die Bezeichnung Non-Profit-Organisation hat sich bereits in den 1970er Jahren etabliert. Diese sind dadurch charakterisiert, dass sie (Salcher, 2005, S.13)

- *über eine formalrechtliche Organisationsform verfügen*
- *auf Dauer angelegt sind*
- *keine öffentliche Einrichtung darstellen*
- *sich selbst verwalten*
- *über eine von anderen Einrichtungen komplett unabhängige Führungsstruktur verfügen*
- *nicht der Förderung kommerzieller Interessen dienen*

⁵ Liste der anerkannten Einrichtungen des FSW unter www.fsw.at (Förderwesen)

- *nicht vollkommen professionalisiert sind, d.h. auch ehrenamtliche Tätigkeit unterstützen und wünschen*

Der Großteil der Anbieter - Organisationen von Hauskrankenpflege in Wien ist zudem in gemeinnützigen GmbHs⁶ organisiert. Unter gemeinnützig ist die Förderung der Allgemeinheit und die Unterstützung hilfsbedürftiger Menschen zu verstehen. (vgl. www.fsw.at/ueber_uns/rechtliche_Grundlagen.html)

2.4.1. Dienstleistungsverständnis und KundInnenorientierung

Hauskrankenpflege als Dienstleistung bedeutet für die Anbieter – Organisationen KundInnenorientierung. Im Zusammenhang mit Hauskrankenpflege als Dienstleistungsangebot wird der Begriff „KundIn“ verwendet. Im Gegensatz zum Begriff „PatientIn“, der zumeist in Krankenhäusern Verwendung findet und eine Abhängigkeit der betroffenen Person impliziert, betont der Begriff „KundIn“ die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der betreuten Person. Ebenso der Begriff „KlientIn“, welcher in weiterer Folge zur Bezeichnung betreuter Menschen verwendet wird und auch von den Anbieter – Organisationen präferiert wird. Der Begriff „KlientIn“ drückt Leistungsanspruch, Selbständigkeit und Partizipation aus. (vgl. Ertl, 2007, S.51f)

„Der Erfolg einer Dienstleistung ist abhängig von Qualität und KundInnenservice. Er ist dann gegeben, wenn die konkreten Wünsche und Erwartungen der KundInnen an die Qualität einer Leistung erfüllt werden.“ (Ertl, 2007, S.50)

Durch die zunehmende Anzahl an Anbietern der Hauskrankenpflege ist zum einen eine Konkurrenzsituation entstanden, zum anderen wollen auch KlientInnen der Hauskrankenpflege vermehrt mitbestimmen in welcher Art und Weise die Dienste erbracht werden. Die KlientInnen wissen, dass sie

⁶ Gesellschaft mit beschränkter Haftung

durch Kostenbeiträge oder Versicherungsleistungen Anspruch auf Hauskrankenpflege und soziale Dienste haben. Daher müssen sich Anbieter vermehrt an den Bedürfnissen ihres Klientels orientieren. (vgl. Ertl, 2007, S.47f)

Hauskrankenpflege als Dienstleistung zu akzeptieren ist aufgrund der sensiblen Aspekte der Pflegearbeit wie Intimität, Privatsphäre, Hilflosigkeit und Abhängigkeit, nicht leicht. Jedoch erfordern gerade diese Aspekte ein hohes Maß an KundInnenorientierung. Zudem können KlientInnen der Hauskrankenpflege, im Gegensatz zum stationären Bereich, den Anbieter jeder Zeit ohne negative Konsequenzen wechseln. Daher ist KundInnenorientierung in diesem Bereich für die Anbieter besonders wichtig. (vgl. ebenda, S.53)

„KundInnenorientierung ist die Beziehung zwischen KundInnen, Unternehmen und MitarbeiterInnen.“ (Ertl, 2007, S.55)

Voraussetzungen für KundInnenorientierung in einem Pflegeunternehmen sind eine definierte Dienstleistungsqualität, Flexibilität in der Leistungserbringung, Informations- und Beratungsqualität und Offenheit, sowohl gegenüber den Anliegen der MitarbeiterInnen, als auch gegenüber KlientInnen und deren Angehörigen. (vgl. Ertl, 2007, S.55)

Die Ziele der mobilen Pflege- und Betreuung als Dienstleistung bestehen nach **Schaffenberg et. al.** darin, (vgl. Schaffenberg et al., 1999, S.40)

- pflegebedürftigen Personen den Aufenthalt zuhause zu ermöglichen
- die stationäre Aufnahme zu vermeiden bzw. zu verzögern
- für eine frühe Entlassung aus der stationären Versorgung zu sorgen
- für Unterstützung und Entlastung von Angehörigen und anderen Betreuungspersonen zu sorgen
- soziale Isolierung zu verhindern und soziale Kontakte aufrechterhalten

2.4.2. Kooperation und Förderung

Die Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Personen im extramuralen Bereich erfordert eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungen. Hauskrankenpflege stellt einen Teil dieser Leistungen dar und kann in der Erstellung einer Gesamtbetreuung für die Klientin bzw. den Klienten als auch bei ihrer Koordination behilflich sein. Die Kooperation mit Fach- und HausärztInnen, Krankenhäusern, Beratungsstellen, Hospize, Tageszentren und anderen Einrichtungen stellt eine wichtige Aufgabe dar. Diese organisations- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit läuft nicht immer ohne Probleme ab. Ein unterschiedliches Pflegeverständnis, unterschiedliche Organisationsstrukturen oder –abläufe erschweren die Zusammenarbeit. Für eine gelungene Zusammenarbeit zum Wohle der KlientInnen müssen sich die kooperierenden Partner als gleichwertig verstehen und formale Übereinkommen bezogen auf Ablauf, Form und Ausmaß der Zusammenarbeit treffen. (vgl. Ertl, 2007, S.69)

In Wien übernimmt zum Teil der Fonds Soziales Wien diese Aufgaben. Wie zu Beginn dieses Kapitels beschrieben, wird Hauskrankenpflege in Wien größtenteils vom **Fonds Soziales Wien** gefördert. Der Fonds Soziales Wien ist ein Kuratorium der Stadt Wien, welches zur Steuerung, Verwaltung und Finanzierung der sozialen Dienste in Wien eingesetzt wird. (vgl. Ertl, 2007, S.45) Er koordiniert und fördert insgesamt über 300 Sozialeinrichtungen in Wien und hat die Aufgabe der strategischen Planung, Steuerung und Qualitätssicherung des Angebotes. Als operativer Dienstleister erbringt der Fonds Soziales Wien Leistungen für pflegebedürftige Menschen sowie wohnungslose Menschen und ist Anbieter von Schuldnerberatung. (vgl. www.fsw.at/ueber_uns/Aufgaben.html)

In Bezug auf Pflege und Betreuung zuhause fällt dem Fonds Soziales Wien weiters die Aufgabe der Beratung und Information zu. In Wien sind acht Beratungszentren „Pflege und Betreuung zuhause“ eingerichtet, deren

Aufgabe es ist, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige zu beraten und die benötigte Unterstützung zu organisieren. (vgl. www.fsw.at)

Inhaltlich und finanziell unterliegt der Fonds soziales Wien der Kontrolle der Stadt Wien. Seine Aufgaben, Ziele und Zielgruppen sind durch den Wiener Gemeinderat festgelegt. In seinen Aufgaben und Zielen dient er ausschließlich der Erfüllung gemeinnütziger Zwecke. (vgl. [www.fsw.at/ueber_uns/rechtliche Grundlagen.html](http://www.fsw.at/ueber_uns/rechtliche_Grundlagen.html))

Der Fonds Soziales Wien fördert aus den Fördermitteln der Stadt Wien sowohl gemeinnützige Einrichtungen, als auch einzelne Personen, die Pflege und Betreuung in Anspruch nehmen. Gemeinsam mit dem Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen wurden dazu in der Satzung des Fonds Soziales Wien allgemeine und spezielle Förderrichtlinien festgelegt. (vgl. www.fsw.at/foerderwesen/foerderrichtlinien.html)

2.4.3. Strukturen und Prozesse in Organisationen

Im Hinblick auf die weiteren Ausführungen in dieser Arbeit zu transkultureller Pflege in Pflegeorganisationen soll hier geklärt werden, was unter Strukturen und Prozessen in Organisationen im Allgemeinen verstanden wird und im Speziellen Strukturen und Prozesse in der Pflege behandelt werden. Dies soll hier anhand der Qualitätsdefinition von **Donabedian** (1966, et al. 1972) dargestellt werden. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Übersetzung und Bearbeitung von Donabedians Werken zu Qualität in Pflege und Medizin durch **Görres** (1999).

In seinen Arbeiten zu Qualitätssicherung hat Donabedian den Versuch unternommen, den Qualitätsbegriff für die Pflege und Medizin zu definieren. Donabedians Modell unterscheidet zwischen Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität. (vgl. Görres, 1999, S.178f)

Strukturqualität beschreibt jene Bedingungen, unter denen die Versorgungsleistungen erbracht werden. Darunter fallen alle personellen,

räumlichen und materiellen Voraussetzungen und finanzielle Rahmenbedingungen. (vgl. ebenda, S.179f) Demnach bezieht sich Strukturqualität in der Pflege auf alle Voraussetzungen, die zur Erbringung einer Pflegeleistung notwendig sind. Dazu gehören beispielsweise juristische Regelungen, gesellschaftspolitische Grundsätze, räumliche, technische und personelle Ausstattung, Qualifikation der Beschäftigten, Aus-, Fort- und Weiterbildungen, die Form der Kooperation mit einzelnen Berufsgruppen und die Koordination der Arbeitsabläufe auf institutioneller Ebene. (vgl. ebenda, S.186)

Prozessqualität bezieht sich unmittelbar auf den Behandlungsprozess bzw. die Interaktion. Dazu gehören alle Aktivitäten der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung, wie auch Prozess- und Versorgungsstandards. Das bedeutet alle Aktivitäten, die auf der Ebene einer Einrichtung zwischen der Einrichtung, dem Personal und den PatientInnen ablaufen. (vgl. ebenda, S.181) Prozessqualität in der Pflege beinhaltet alle Schritte des Pflegeprozesses, wie Pflegediagnose, Pflegeplanung, Ausführung, Zielkontrolle und Dokumentation. Also alle Elemente der direkten Pflege. Sie bezieht sich auf Art und Umfang der pflegerischen Betreuung. (vgl. ebenda, S.186)

Die Ergebnisqualität bezieht sich schließlich auf die Beurteilung des Ergebnisses diagnostisch-medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen und ihre Effektivität und Effizienz. (vgl. ebenda, S.183) Ergebnisqualität in der Pflege ist auf das Resultat der Pflege, den Gesundheits- und Zufriedenheitszustand der PatientInnen und MitarbeiterInnen, gerichtet. (vgl. ebenda, S.186)

Die Beschaffenheit von Strukturen und Prozessen in Pflegeorganisationen beeinflussen das Pflegeergebnis und damit die Qualität der Pflegeleistung. Maßnahmen der interkulturellen Öffnung in Pflegeorganisationen beinhalten die Überprüfung und Veränderung dieser Strukturen und Prozesse in den Anbieter – Organisationen. (siehe Kap. 5)

2.5. Versorgungsangebot in Wien

Das Versorgungsangebot der Einrichtungen im mobilen Pflege und Betreuungsbereich in Wien ist vielfältig. Wien bietet flächendeckend Pflege und Betreuung zuhause an. (vgl. Ertl, 2007, S.43f)

Bezüglich Versorgungs- und Qualifikationsstruktur gibt es in Österreich starke regionale Unterschiede. Während in Wien die höchste Dichte an Pflege- und Betreuungspersonal mit 21 Personen pro 1000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren besteht, liegt diese beispielsweise in Oberösterreich nur bei 6,1 Pflege- und Betreuungspersonen pro 1000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren. Auch die Qualifikationsstruktur ist sehr unterschiedlich. In Wien stellen die HeimhelferInnen die größte Berufsgruppe im extramuralen Bereich dar, während beispielsweise in Vorarlberg der Anteil an Diplomierten Pflegepersonen in den extramuralen Diensten bei 35% liegt. (vgl. ebenda)

Neben dem Angebot an Hauskrankenpflege, welches aus Leistungen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals und der Pflegehilfe besteht, bieten die meisten Organisationen in Wien ebenfalls soziale Dienste an.

Dabei stellt das Angebot der Heimhilfe im Großteil der Organisationen den Hauptanteil nach Anzahl an Betreuungsstunden und MitarbeiterInnen dar. Der Beruf der Heimhilfe in Wien ist seit 2008 neu im Wiener Sozialbetreuungsberufegesetz (WSBBG)⁷ geregelt. Die Aufgaben der Heimhilfe bestehen in der Unterstützung hilfsbedürftiger Menschen aller Altersgruppen. Heimhilfen und Heimhelfer fördern durch ihre Tätigkeit die Eigenaktivität und bieten Hilfe zur Selbsthilfe. (vgl. Dachverband, 2001, S.21)

Weitere Dienstleistungen, die von Einrichtungen der mobilen Pflege in Wien angeboten werden, sind der Reinigungsdienst, Wäschedienst, Besuchsdienst und Essen auf Rädern. Einige Organisationen bieten im extramuralen

⁷ www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LrW/LRWI_S710_000/LRWI_S710_000.pdf (23.08.09)

Bereich zusätzlich spezielle Leistungen, wie Sonderreinigungen oder mobile Ergotherapie, an.

Das „*Prinzip alles aus einer Hand*“ (Ertl, 2007, S.66) erleichtert es dabei den KlientInnen den Zugang zu verschiedenen auf sie abgestimmten Paketen von Leistungen zu erhalten. (vgl. ebenda, S.67)

Mit zunehmendem Alter häufen sich meist die Defizite und pflegerische Dienste werden benötigt. Wenn der/die KlientIn bereits Dienste einer Organisation in Anspruch nimmt, ist es leichter den Gesundheitszustand im Auge zu behalten und entsprechend auf eine Verschlechterung zu reagieren. Entwickelt sich die Betreuungsbedürftigkeit zu einer Pflegebedürftigkeit, kann Hauskrankenpflege dann meist von demselben Anbieter bereitgestellt werden. (vgl. ebenda, S.68)

Dies bedeutet auch einen geringeren administrativen Aufwand für die Organisation und die Vermeidung von Fehlern. Denn durch Informationsflüsse zwischen vielen verschiedenen Anbieter – Organisationen steigt das Risiko, dass Informationen falsch weitergegeben oder vergessen werden. (vgl. ebenda, S.67)

Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im häuslichen Pflege- und Betreuungsbereich kann in der Praxis eine umfangreiche, den sich verändernden Bedürfnissen angepasste, Betreuung und Förderung der pflege- und hilfsbedürftigen Personen stattfinden.

2.5.1. Pflegeverständnis und Pflegeprozess in der Hauskrankenpflege

Das Pflegeverständnis orientiert sich an Pflegetheorien und –modellen. Es bietet die Grundlage pflegerischen Handelns und *„muss laufend am Verständnis für die Lebenswelt der KundInnen, am persönlichen Selbstverständnis und am Pflegeprozess selbst überprüft und weiterentwickelt werden.“* (Ertl, 2007, S.93)

Auch in der Hauskrankenpflege dienen Pflegemodelle als Orientierung zur Entwicklung von Pflegeleitbildern. Pflegeleitbilder werden von Anbieter – Organisationen festgelegt, um die angestrebte Qualität zu dokumentieren und Werte sowie Sichtweisen der Organisation festzuhalten. Dabei geht es um die Frage, welche Art von Pflege Organisationen den KlientInnen anbieten können und wollen. (vgl. ebenda, S.93)

„Pflegeverständnis ist die Art des Denkens und das damit verbundene fachliche und persönliche Handeln der Pflegeperson.“ (Ertl, 2007, S.94)

Das Pflegeverständnis in der Hauskrankenpflege beinhaltet nach **Ertl** die Wahrnehmung der KlientInnen in ihrem sozialen Umfeld und die Berücksichtigung des Einflusses dieser sozialen Lebenswelt auf die Gesundheit und das Wohlergehen. Als fester Bestandteil im Leben der KlientInnen wahrgenommen und berücksichtigt werden ebenfalls die Beziehungsnetze der KlientInnen. Zudem sind Art und Umfang der Leistungen der Hauskrankenpflege von der finanziellen Situation der KlientInnen abhängig, diese muss ebenfalls berücksichtigt werden. Alle Tätigkeiten der Hauskrankenpflege müssen aufgrund dessen in einer für die KlientInnen verständlichen und Nutzen bringenden Weise, zeitsparend und fachlich korrekt erbracht werden, um den KlientInnen zusätzliche Kosten zu ersparen. Welche Leistungen mit welchen vorhandenen Ressourcen erbracht werden können muss sorgfältig abgewogen werden. Das Pflegeverständnis in der Hauskrankenpflege beinhaltet KundInnenorientierung und partnerschaftliche Verantwortung der Pflegepersonen. Teil des Pflegeverständnisses in der Hauskrankenpflege ist außerdem biographisches Wissen, welches wesentlich zur Erklärung von Verhaltensmustern der KlientInnen beiträgt und die Kommunikation mit den KlientInnen erleichtert. (vgl. Ertl, 2007, S.94)

Der Pflegeprozess ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitbereiches der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege geregelt (GuKG §14)⁸. Demnach besteht der Pflegeprozess in der Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle pflegerischer Maßnahmen.

Der Pflegeprozess in der Hauskrankenpflege ist vom gelungenen Zusammenspiel mehrerer Faktoren abhängig. In erster Linie bedeutet er Menschen- und Bedürfnisorientierung. Sie kennzeichnen die individuelle Pflege. (vgl. Ertl, 2007, S.127)

Bedürfnisse beziehen sich im Gegensatz zu Wünschen auf organismische Zustände, wie zum Beispiel Durst. Wünsche dagegen zielen auf die Befriedigung der Bedürfnisse ab, beispielsweise die Befriedigung des Bedürfnisses Durst durch den Wunsch nach Tee. (vgl. ebenda, S.128)

Der Pflegeprozess ergibt sich im Wechselspiel zwischen dem Verhalten der KlientInnen, der Reaktion der Pflegenden und den pflegerischen Handlungen. (vgl. ebenda, S.139)

2.5.2. Case Management in der Hauskrankenpflege

Wie in Kap. 2.4.2. beschrieben, erfordert die Pflegearbeit in der Hauskrankenpflege Kooperation und Koordination. Verschiedene soziale und pflegerische Dienste müssen, um eine Gesamtversorgung der KlientInnen zu sichern, organisationsintern und organisationsübergreifend gesteuert werden. Die Vernetzung und Planung der verschiedenen Dienste stellt dabei eine eigene Aufgabe dar. Diese wird vom Case Management übernommen. (vgl. Ertl, 2007, S.74)

⁸ Geltende Rechtsvorschrift:
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> (23.08.09)

„Case Management ist eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d.h. von unterschiedlichen Personen und in diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen.“ (Ewers, 2005, S.8)

Case Management kommt seit seiner Entstehung vor über 30 Jahren in den USA heutzutage in vielen verschiedenen Settings zum Einsatz. Es wird unter anderem in Krankenhäusern, in der ambulanten Pflegeversorgung, in der Sozialarbeit mit benachteiligten Gruppen und in der Rehabilitation eingesetzt. Es existiert eine Vielzahl von unterschiedlichen Case Management Programmen und Konzepten, die sich nach Zielsetzung, Funktion, Qualifikation und institutionellen Rahmenbedingungen unterscheiden. Aus diesem Grund gibt es bis heute keine einheitliche allgemeingültige Definition für Case Management. (vgl. Ewers, 2005, S.56)

Gemeinsam sind allen Definitionen das Verständnis von Case Management als ein auf Kooperation angelegter dynamischer Prozess, dem eine ganzheitliche Sichtweise der KlientInnen bzw. PatientInnen zugrunde liegt, und in dem es darum geht Probleme zu lösen und definierte Ergebnisse zu erreichen. (vgl. Ewers, 2005, S.57)

Für die Pflege definiert die **ANA** – American Nursing Association (1988) – Case Management folgendermaßen:

„Case Management ist ein System zur Erbringung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, das entworfen wurde, um die Realisierung erwarteter Ergebnisse auf Seiten der Patienten innerhalb einer angemessenen Verweildauer zu ermöglichen. Zu den Zielen von Case Management gehört die auf Kontinuität ausgerichtete Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, die Reduzierung der Fragmentierung von Versorgungsleistungen, die über verschiedene Settings hinausgehen, die Erhöhung der Lebensqualität des Klienten, die effiziente

Nutzung der patientenbezogenen Versorgungsressourcen und die Einsparung von Kosten.“ (ANA, 1988, zit. n. Ewers, 2005, S.57)

In Krankenhäusern besteht an Case Management im Sinne der Überleitungspflege besonderes Interesse. Durch gelungenes Case Management können nach einem Krankenhausaufenthalt Wiederaufnahmen vermieden und Lücken in der Betreuung verhindert werden. Dies ist von Bedeutung, da Lücken in der Betreuung einen Rückfall in die Akuterkrankung oder zusätzliche Schäden zur Folge haben können. (vgl. Ertl, 2007, S.76)

„Mit dem Case Management lassen sich an der Schnittstelle zwischen stationärer und extramuraler Versorgung all jene Vorbereitungen treffen, die eine sichere Weiterbetreuung garantieren.“ (Ertl, 2007, S.76)

Case Management in der Hauskrankenpflege bezieht sich auf die Abstimmung und Organisation verschiedener, für die KlientInnen notwendiger, Dienste. Ziel dabei ist es die gewohnte Lebensweise der KlientInnen und ihre Selbstständigkeit zu erhalten bzw. sie wieder herzustellen. (vgl. ebenda, S.77)

„Case ManagerInnen müssen sich immer die Frage stellen, welche Hilfen, wann, durch wen, wo und wie erbracht werden müssen.“ (Ertl, 2007, S.77)

In Wien betreibt der Fonds Soziales Wien als Steuerungsinstrument des Hauskrankenpflegeangebots Case Management. In den Beratungszentren des Fonds Soziales Wien wird Case Management durch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal durchgeführt. Die Aufgaben des Case Managements liegen dabei, neben Beratung und Information von Betroffenen und Angehörigen, in der Ermittlung des Pflegebedarfs nach Art und Umfang, in der Berechnung der Kosten für die Pflegeleistungen, in der Organisation von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen und in der Hilfsmittelberatung. (vgl. http://pflege.fsw.at/bzp/bzp_leistungen.html)

2.5.3. Zugang zur Hauskrankenpflege in Wien – Bedarfserhebung und Vermittlung

Die folgenden Ausführungen zur Organisation des Zugangs zu Hauskrankenpflege in Wien basieren auf einem im Rahmen dieser Arbeit geführten Interview mit der Leitung der Beratungszentren des Fonds Soziales Wien. (siehe Kap. 6.1. Abb.8)

Die Beratungszentren „Pflege und Betreuung zuhause“ des Fonds Soziales Wien sind in ganz Wien verteilt und je nach Größe für zwei bis vier Wiener Gemeindebezirke zuständig. Diese regionalen Kompetenzzentren stellen in der Regel die erste Anlaufstelle für Personen, die Unterstützung benötigen, dar.

Nachdem eine Meldung über einen Pflege- oder Betreuungsbedarf einer Person im Beratungszentrum erfolgt, beispielsweise durch ein Krankenhaus, durch Angehörige oder durch Betroffene selbst, wird nach Aufnahme und Administration der wichtigsten Personendaten ein Termin für einen Hausbesuch der Case ManagerIn mit der/dem Betroffenen vereinbart. Bei diesem Hausbesuch wird mit der/dem Betroffenen ein Gespräch geführt. Es werden weitere für die Betreuung relevante Daten zur Person erhoben, wie Sprache, Staatsangehörigkeit, Angehörige, Wohnsituation, Hilfsmittel und bereits bestehende Leistungen.

Die Art und der Umfang des Pflegebedarfs wird beim Hausbesuch durch den/die Case ManagerIn festgestellt. Zur Beurteilung des Pflegebedarfs gibt es genaue Kriterien. Der/Die Case ManagerIn erhebt die Defizite der KlientInnen angelehnt an die AEDLs nach Monika Krohwinkel (= Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens). Die ursprünglich 13 Bereiche der AEDLs (vgl. Krohwinkel, 2008, S.30ff) sind in sieben Punkten strukturiert. Dabei werden Defizite in den Bereichen Atmung, Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, soziale Integration, Sinn finden und Gefährdung festgehalten.

Nach Erhebung der Defizite in diesen Bereichen erfolgt die Feststellung des Pflegebedarfs, indem jedem Defizit eine gewisse Stundenanzahl zugeteilt wird. Diese Vorgehensweise unterliegt genauen Kriterien, die im Pflegegeldgesetz geregelt sind. Die Summe der Stundenanzahl der Defizite dient als Grundlage für die Berechnung des Pflegebedarfs und die Pflegegeldeinstufung. (siehe Abb. 9 im Anhang)

Sollte die Klientin oder der Klient noch kein Pflegegeld beziehen, übernimmt das Beratungszentrum die Beantragung als Serviceleistung. Ebenfalls übernimmt das Beratungszentrum bei Feststellung einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Klientin oder des Klienten und fehlender Übereinstimmung mit der aktuellen Pflegestufe die Erstellung eines Erhöhungsantrages.

Nach der Bedarfserhebung und Absprache mit der/dem Betroffenen bzw. Angehörigen wird durch das Case Management ein Leistungspaket für die Klientin oder den Klienten erstellt, das seinen/ ihren Bedürfnissen entspricht.

Basierend auf den Wünschen der zu betreuenden Person und dem erhobenen Bedarf organisiert das Case Management dann die Leistungen. Danach wird der /die Betroffene über die Kosten der Leistung informiert. . Wie in Kap. 2.2. bereits dargestellt finanziert sich die Hauskrankenpflege und andere soziale Dienstleistungen im extramuralen Bereich unter anderem durch die Kostenbeiträge der Betroffenen. Der Kostenbeitrag richtet sich nach der Höhe des Einkommens, der Miete und dem Pflegegeld. Ist die/der Betroffene mit den anfallenden Kosten einverstanden stellt er/sie einen Förderantrag. Dieser muss gestellt werden, da der Klient keine Leistung unmittelbar vom Fonds Soziales Wien bezieht, sondern eine Förderung seiner Betreuungsstunden beantragt. Dieser Antrag wird im Rahmen der Serviceleistung des Beratungszentrums gemeinsam mit dem/der Betroffenen verfasst.

Daraufhin sucht das Case Management eine passende Organisation, die den/die KlientIn in die Betreuung aufnehmen kann. Wie bereits in Kap. 2.2.

haben die meisten Anbieter – Organisationen in Wien Verträge mit dem Fonds Soziales Wien abgeschlossen. Diese Organisationen übermitteln dem Fonds Soziales Wien täglich nach Bezirken Meldungen über ihre Kapazitäten. Basierend auf dem Wunsch der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person und ausgehend von den Kapazitäten der Anbieter - Organisationen wird die/der Betroffene dann an eine geeignete Organisation vermittelt, die in weiterer Folge die Betreuung übernimmt.

Im Jahr 2007 wurden in Wien 15. 000 KlientInnen vom Fonds Soziales Wien gefördert. Davon 6. 950 KlientInnen und 1. 037. 000 Betreuungsstunden in der Hauskrankenpflege. (Geschäftsbericht FSW 2007, www.fsw.at/export/sites/fsw/fswportal/downloads/broschueren/fsw/GB2007.pdf)

Übernimmt eine Organisation die Betreuung, schließt sie mit der Klientin bzw. dem Klienten einen Betreuungsvertrag ab. Alle relevanten Informationen und Unterlagen werden der Organisation übermittelt. Im Rahmen eines Erstbesuches der Organisation wird die Situation der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person nochmals genau erhoben, in der Pflegedokumentation festgehalten und die Pflege geplant.

3. Migration und MigrantInnen in Wien

Der Begriff Migration hat seinen Ursprung im lateinischen Wort *migratio* bzw. *migrare* und bedeutet *Wanderung* bzw. *wandern*. (vgl. David/Borde, 2001, S.57)

Unter Migration wird die „räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunkts von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung“ verstanden. (Fassmann, 2003, S.10)

In der Diskussion um die Definition des Begriffs „MigrantIn“ ist zu beachten, dass der Begriff „AusländerIn“ nicht mit dem Begriff „MigrantIn“ gleichgesetzt werden kann. Das Kriterium der Staatsangehörigkeit ist nicht alleine ausschlaggebend dafür jemanden als MigrantIn zu bezeichnen. Denn jemand der eine fremde Staatsangehörigkeit besitzt muss nicht selbst zugewandert sein. Umgekehrt ist zu beachten, dass der Besitz einer österreichischen Staatsbürgerschaft (Eingebürgerte) nicht unbedingt bedeutet, dass eine Person nicht eingewandert ist und damit als Person mit Migrationserfahrung bezeichnet werden kann. (vgl. Lehart/ Marik-Lebeck, 2007, S.165)

Festzulegen wer als MigrantIn bezeichnet werden kann ist schwierig und vielfältig. Im Folgenden werden die für diese Arbeit relevanten Begriffe definiert.

Gemeinsam ist der ausländischen und eingebürgerten Bevölkerung in Österreich die Zuwanderung aus dem Ausland oder die Zuwanderung der Eltern oder Großeltern. (vgl. ebenda)

Die Gruppe der MigrantInnen kann durch die Merkmale „Geburtsland“ und „aktuelle Staatsangehörigkeit“ definiert werden. (vgl. ebenda)

Als „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ werden Personen bezeichnet, deren Eltern im Ausland geboren sind, unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft. Dabei werden als erste MigrantInnengeneration jene Menschen bezeichnet, die selbst im Ausland geboren sind. Als zweite MigrantInnengeneration werden die bereits in Österreich geborenen Nachkommen von Eltern mit ausländischem Geburtsort bezeichnet. (vgl. österr. Integrationsfonds, 2009, S.9)

Der Begriff „AusländerIn“ trifft auf jene Personen zu, die keine österreichische Staatsbürgerschaft besitzen. (vgl. ebenda, S.8)

Als „Bevölkerung ausländischer Herkunft“ werden Personen bezeichnet, die im Ausland geboren sind, aber eine österreichische Staatsbürgerschaft besitzen. (vgl. ebenda, S.9)

Im Rahmen dieser Arbeit soll vor allem die erste Generation der MigrantInnen Beachtung finden, da diese die Gruppe der älteren MigrantInnen bilden, die gegenwärtig und zukünftig Hauskrankenpflege und soziale Dienstleistungen in Anspruch nehmen und nehmen werden. Allgemein spielen in Bezug auf die Öffnung von Pflegeeinrichtungen für unterschiedliche Kulturen und für die transkulturelle Pflege jedoch alle Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen eine Rolle.

3.1. Statistische Beleuchtung und zukünftige Entwicklung der MigrantInnenbevölkerung

Am 1.1.2008 hatten 854.752 ausländische Staatsangehörige ihren Hauptwohnsitz in Österreich. Dies entsprach einem Anteil von 10,3% der Gesamtbevölkerung. Der Anteil der ausländischen Staatsangehörigen in Wien lag deutlich über dem österreichischen Anteil bei 19,8%. (vgl. Statistik Austria [a], 2008, S.24)

Berücksichtigt man zusätzlich zur Staatsangehörigkeit auch das Geburtsland, so lebten am 1.1.2008 insgesamt 1,385 Mio. Menschen in Österreich, die entweder im Ausland geboren wurden und/oder eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen. Dies entspricht einem Anteil von 16,6% an der Gesamtbevölkerung. (vgl. Statistik Austria [a], 2008, S.27)

53,1% dieser Gruppe sind im Ausland geboren und besitzen eine ausländische Staatsangehörigkeit, 38,3% sind im Ausland geboren und haben die österreichische Staatsbürgerschaft (=Eingebürgerte) und 8,6% sind in Österreich geboren und besitzen eine ausländische Staatsangehörigkeit. (siehe Abb.3)

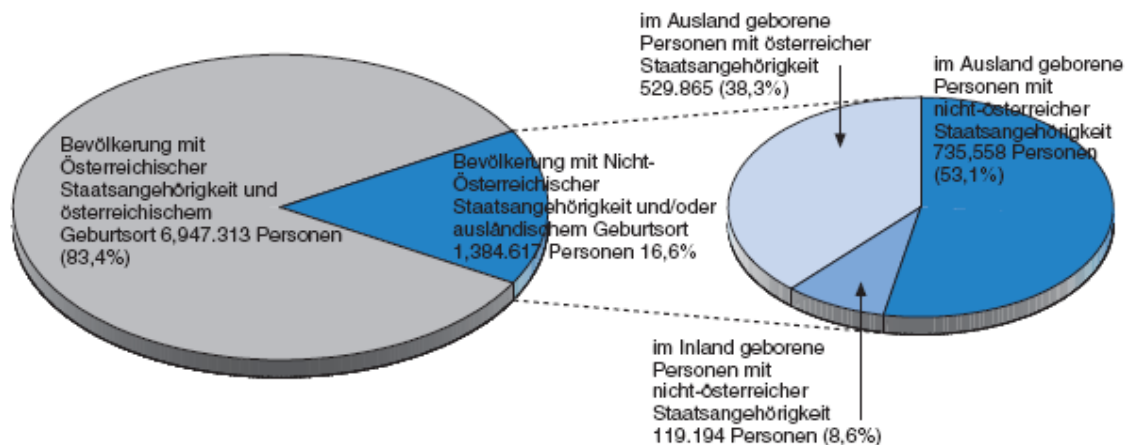
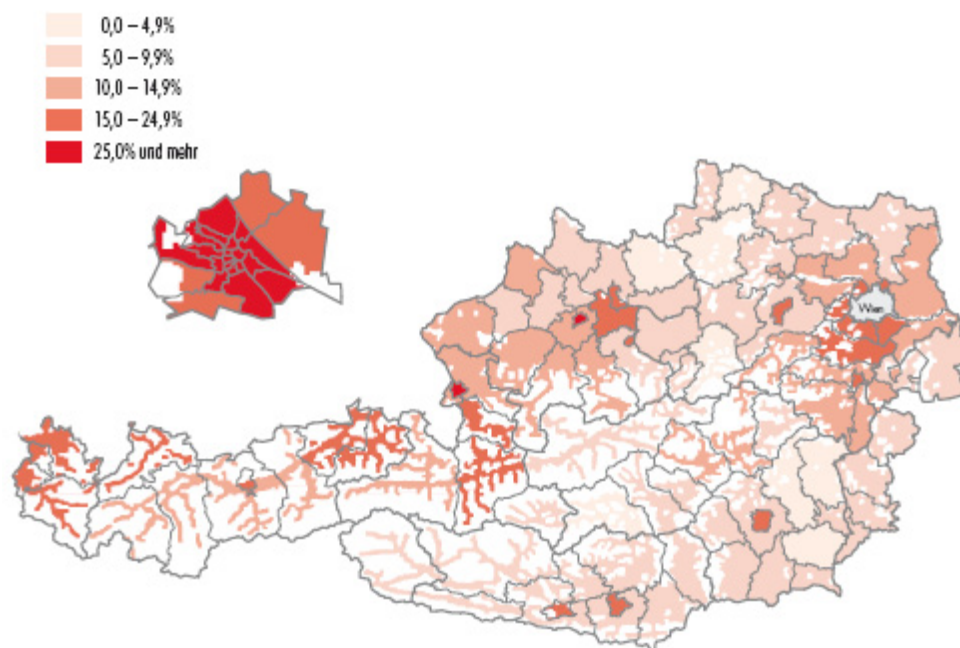


Abb. 3: Bevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit und/oder ausländischen Geburtsland am 1.1.2008 (Statistik Austria [a], 2008, S.27)

Die Anzahl der „Personen mit ausländischer Herkunft“ unterscheidet sich in Österreich sehr stark regional. In Wien betrug der Anteil Anfang 2008 32,1%, dieser ist beinahe doppelt so hoch wie im österreichischen Durchschnitt. In Wien lebten 2008 1. 653. 009 Personen in Privathaushalten, davon hatten 35,6% einen Migrationshintergrund. 27% können dabei der ersten MigrantInnengeneration zugeordnet werden, 8,6% der zweiten MigrantInnengeneration. (vgl. österr. Integrationsfonds, 2009, S.93)

Auch innerhalb Wiens gibt es starke regionale Unterschiede im Anteil der „Personen mit ausländischer Herkunft“. Während einige Bezirke sehr hohe Anteile aufweisen, liegt der Anteil in anderen Bezirken sogar deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt. Die folgende Abbildung soll die regionalen Unterschiede in Österreich und Wien verdeutlichen. (vgl. ebenda, S.19)



**Abb. 4: Bevölkerung mit ausländischer Herkunft am 1.1.2008
(österreich. Integrationsfonds, 2009, S.19)**

Anfang 2008 kam die größte Bevölkerungsgruppe mit ausländischem Geburtsort und/oder ausländischer Staatsangehörigkeit in Österreich aus Serbien und Montenegro (206.000 Personen), die zweitgrößte Gruppe aus Deutschland (200.000 Personen) gefolgt von der Türkei (180.000 Personen). (vgl. österr. Integrationsfonds, 2009, S.14) Die größte MigrantInnengruppe in Wien kam aus den Staaten des ehemaligen Jugoslawiens mit einem Anteil von 31,9%. Die zweitgrößte Gruppe kam aus den EU-Beitrittsstaaten 2004/2007⁹ und 13,1% kamen aus der Türkei. (vgl. ebenda, S.93)

In den Ausführungen des österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung basierend auf den Prognoseberechnungen der Statistik Austria, steigt die Bevölkerungszahl in Österreich zwischen 2005 und 2050 an. In der mittleren

⁹ Am 1.05.2004 der Europäischen Union beigetretene Staaten: Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn, Zypern. Am 1.1.2007 der europäischen Union beigetretene Staaten: Bulgarien, Rumänien (vgl. Österreichischer Integrationsfonds, S.97)

Berechnungsvariante, die von einer mittleren Fertilitäts- und Mortalitätsentwicklung (Geburten- und Sterblichkeitsentwicklung) und einer mittleren Zuwanderung ausgeht, wird ein Anstieg um 9,1% erwartet. (von 752.700 auf 9 Mio.). (vgl. Biffli, 2006, S.2)

Wie bereits hier ersichtlich beeinflussen Migrationen die Bevölkerungsentwicklung in Österreich stark. Migrationswellen haben einen sofortigen Effekt auf die Bevölkerungszahl und können durch Kettenwanderung auch für dauerhafte Zuwanderung sorgen. (vgl. ebenda, S.6)

Für den Anteil der im Ausland geborenen Personen an der Wohnbevölkerung in Österreich wird ein Anstieg bis 2025 auf 15,5% prognostiziert. Prognosevarianten, die von einer höheren Nettozuwanderung ausgehen, erwarten eine Steigerung auf 18%. (vgl. ebenda, S.9)

Generell kann von einer längerfristig hohen Zuwanderung in Österreich ausgegangen werden, wobei sich die internationale Zuwanderung vor allem auf die Landeshauptstädte, allem voran Wien, und die Tourismusregionen bezieht. (vgl. ebenda, S.21f)

Bezogen auf die Altersstruktur wird davon ausgegangen, dass der Anteil der nicht in Österreich geborenen Personen an den 50-64 jährigen besonders stark steigen wird von derzeit 16% auf 23% im Jahr 2025. Hingegen wird der bisher hohe Anteil der nicht in Österreich geborenen Personen an den 15-24 jährigen zurückgehen und der Anstieg des Anteils an den 25-49 jährigen wird sich verlangsamen. (vgl. ebenda, S.26)

3.2. Ältere MigrantInnen

Der Großteil der Bevölkerung ausländischer Herkunft befindet sich derzeit im jüngeren Erwachsenenalter. Das Durchschnittsalter von Personen mit ausländischer Herkunft betrug zum 1.1. 2007 40,1 Jahre, das Durchschnittsalter von in Österreich geborenen inländischen

Staatsangehörigen lag bei 41,2 Jahren. Unter den 20-40 Jährigen liegt der Anteil an Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und/ oder Geburtsort mit 22% deutlich über dem der Gesamtbevölkerung mit 16%. In der Altersgruppe der 40-60 Jährigen liegt der Anteil an Personen mit ausländischer Herkunft dagegen nur knapp über dem Durchschnitt bei 17%. Bei den Altersgruppen unter 20 und über 60 Jahren ist der Anteil unterdurchschnittlich. Vor allem Einwohner türkischer Abstammung und afrikanischer Abstammung gehören nach dem Durchschnittsalter zur besonders jungen MigrantInnengruppe (34 J bzw. 33,4 J.). (vgl. österr. Integrationsfonds, 2009, S.16)

Die folgende Abbildung veranschaulicht die Altersstruktur der MigrantInnenbevölkerung im Vergleich zur Bevölkerung österreichischer Herkunft.

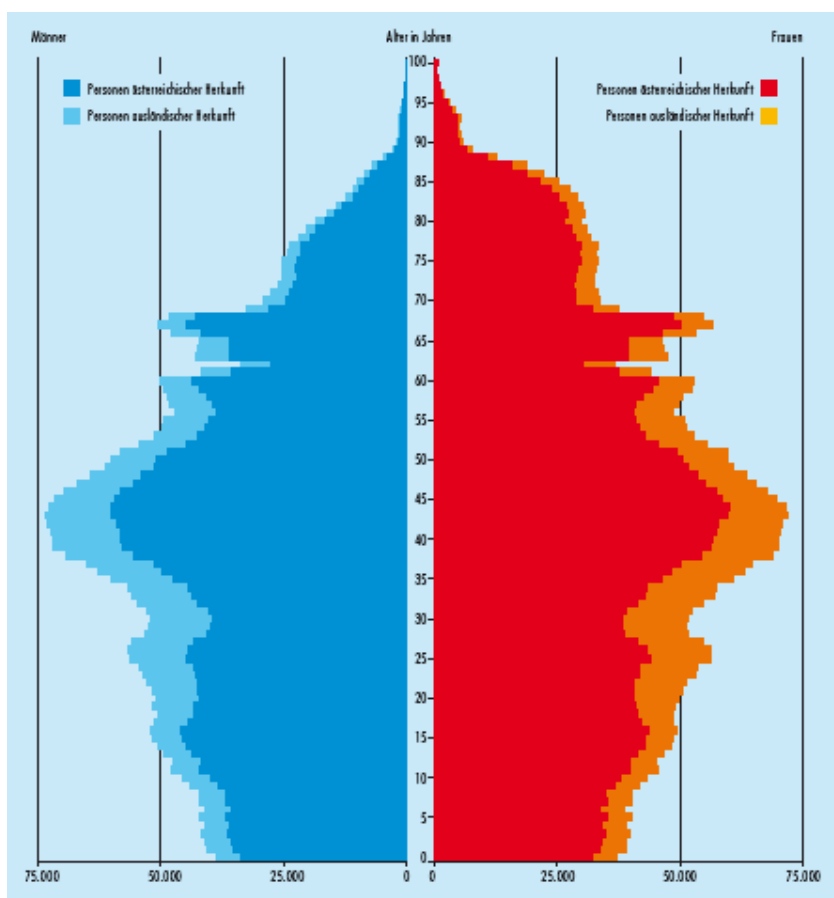


Abb. 5: Bevölkerung am 1.1.2008 nach Alter, Geschlecht und Herkunft (österr. Integrationsfonds, 2009, S.17)

Der Großteil der heute in Wien lebenden älteren MigrantInnen sind Personen, die im Zuge der Arbeitsmigration in den 1960 und 1970er Jahren immigriert sind. Dies lässt sich auch an der Tatsache ermessen, dass ältere Migrantinnen vorwiegend aus den „klassischen“ Migrationsländern des ehemaligen Jugoslawiens und der Türkei kommen. Diese ehemaligen ArbeitsmigrantInnen bilden nun jene Gruppe, die zunehmend in die Phase nach der Erwerbstätigkeit eintritt und mit Problemen des Alterns sowie möglicher Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit konfrontiert ist. (vgl. Reinprecht, 2006, S.8)

3.2.1. Arbeitsmigration

Bedingt durch den Rückgang des Arbeitskräftepotentials der ländlichen Bevölkerung, der Stagnation der Frauenerwerbstätigkeit und der Abwanderung österreichischer Arbeitskräfte kam es in den 1960er Jahren in Österreich zu einem Arbeitskräftemangel und zu einer erhöhten Nachfrage an ausländischen Arbeitskräften. (vgl. Reinprecht, 2006, S.9)

Im Jahr 1961 verständigten sich die Sozialpartner darauf, Arbeitskräfte aus dem Ausland nach Österreich zu holen. Zwischen 1962 und 1966 wurden Anwerbeabkommen mit Spanien, Jugoslawien und der Türkei abgeschlossen. Vor allem MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei kamen nach Österreich. (vgl. ebenda)

1973 erreichte die erste Phase der Arbeitsmigration ihren Höhepunkt. Diese erste Phase war stark männlich dominiert. Erst in der zweiten Phase Mitte der 1970er Jahre kamen im Zuge von Niederlassungen und Familiennachzügen vermehrt auch Frauen und Kinder nach Österreich. (vgl. ebenda, S.10)

Eine dritte starke Zuwanderungsperiode konnte um die Jahrtausendwende verzeichnet werden. Hier kamen vor allem Zuwanderer aus dem EU - Raum

und Familiennachzügler nach Österreich. (vgl. Lebhart/Marik-Lebeck, 2007, S.165)

Zum Ende der „klassischen“ Arbeitsmigration in Österreich kam es jedoch bereits in den 1990er Jahren durch den gesellschaftspolitischen Umbruch in Europa. Dieser veränderte die Struktur der Zuwanderung und führte zu einer Neudefinition von Einwanderungs- und Aufenthaltsrecht. (vgl. Reinprecht, 2006, S.10)

Die Erläuterung der Arbeitsmigration und ihrer Phasen ist an dieser Stelle von Bedeutung, da nach **Reinprecht** „...*Struktur und Geschichte der Arbeitsmigration die soziodemographische Gliederung der aus Ex-Jugoslawien und der Türkei stammenden Älteren nachhaltig beeinflussen.*“ (Reinprecht, 2006, S.9)

Reinprecht definiert den Status einer Migrantin bzw. eines Migranten als „*eine soziologische Kategorie unabhängig von der Staatsbürgerschaft*“. (Reinprecht, 2006, S.8) Obwohl viele ehemalige GastarbeiterInnen bereits die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, also eingebürgert sind, sind sie gesellschaftlich nicht als Teil der Mehrheitsbevölkerung anerkannt und nach wie vor mit den für ArbeitsmigrantInnen typischen Benachteiligungen konfrontiert. (vgl. ebenda, S.8)

Der Begriff „ArbeitsmigrantIn“ bezieht sich demnach „*auf Personen mit ähnlicher biographischen Erfahrung und in vergleichbaren typischen Lebenslagen*“ (Reinprecht, 2006, S.8)

3.2.2. Alters- und Geschlechtsstruktur der älteren MigrantInnenbevölkerung und deren Entwicklung

2008 lebten 503. 300 Männer und 574. 800 Frauen der ersten ZuwanderInnen- generation in Österreich. Davon waren 75. 400 Männer und 102. 100 Frauen über 60 Jahre alt. (vgl. Statistik Austria [b], 2008)

Lt. Volkszählung 2001 machte die in Ex-Jugoslawien und der Türkei geborene über 50-jährige Bevölkerung 5% der Gesamtbevölkerung in diesem Alterssegment aus. 13% der gesamten über 50-jährigen Bevölkerung sind nicht in Österreich geboren. Dieser Wert schwankt regional sehr stark. In Wien hat ein Fünftel der über 50-jährigen Bevölkerung einen Migrationshintergrund und fast die Hälfte dieser Personen stammt aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. (vgl. Reinprecht, 2006, S.12)

Die Datenlage im Zeitvergleich zeigt, dass sich der Anteil der über 50-jährigen MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien zwischen 1981 und 2001 verfünffacht hat. Der Anteil der älteren MigrantInnen aus der Türkei versechsfachte sich in diesem Zeitraum. Beim Anteil der über 60-jährigen MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien lässt sich sogar eine Steigerung um das Zwölfwache, bei MigrantInnen aus der Türkei um das Dreizehnfache ablesen. Der Anteil in dieser Altersgruppe ist im gleichen Zeitraum bei der österreichischen Bevölkerung dagegen nur moderat angestiegen. (vgl. ebenda, S.13)

Auch für die Zukunft zeigen Prognosen eine weitere Zunahme des Altenanteils unter der arbeitsmigrantischen Bevölkerung. In Wien geht man davon aus, dass sich bis zum Jahr 2021 die Altersstruktur der älteren MigrantInnen an die der österreichischen Bevölkerung angleichen wird. So wird ein Anstieg der AusländerInnen über 60 Jahren bis zum Jahr 2021 auf ca. 23% prognostiziert. Zu beachten ist hierbei, dass diese Berechnungen bereits eingebürgerte MigrantInnen nicht berücksichtigen, was eine systematische Unterschätzung der Population zur Folge hat. (vgl. ebenda)

Bezüglich der Geschlechterverteilung zeichnet sich die Gruppe der älteren MigrantInnen durch einen hohen Männeranteil aus. Dies ist auf die Geschichte der Arbeitsmigration (siehe Kap. 3.2.1.) zurückzuführen, bei der es in der ersten Welle der Gastarbeit überwiegend zur Zuwanderung von männlichen Arbeitskräften kam. Erst im Laufe der zweiten Welle erfolgte vermehrt eine Frauenzuwanderung im Rahmen der Familienzusammenführung. (vgl. ebenda, S.14)

In der Gruppe der über 50-jährigen lässt sich ein hoher Männeranteil feststellen, jedoch gibt es in Gruppe der höher Altrigen (60-70J.) und Hochaltrigen (70+) einen höheren Frauenanteil. Gründe dafür sind die Rückwanderung alleinstehender Männer nach der Pensionierung und die auch bei MigrantInnen höhere Lebenserwartung der Frauen. Bei der Geschlechterverteilung gibt es Unterschiede zwischen den Herkunftsländern. Der Männeranteil der älteren türkischen MigrantInnen ist wesentlich höher als der von MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien. (vgl. ebenda, S.14)

3.2.3. Lebenslagen älterer MigrantInnen

Untersuchungen zu älteren MigrantInnen in Wien zeigten deutliche Unterschiede in der Lebenssituation zwischen MigrantInnen und der einheimischen Bevölkerung. Basierend auf den Studien von **Reinprecht** in Wien werden hier soziale Lebenslagen der älteren MigrantInnenbevölkerung dargestellt und die gesundheitliche Situation älterer MigrantInnen näher beleuchtet.

Die familiäre Situation ist unter den älteren MigrantInnen charakterisiert durch einen geringen Anteil an Alleinstehenden. Die aufgrund der Zuwanderung von überwiegend ledigen Männern in der ersten Zuwanderungsperiode lange Zeit hohe Ledigenquote unter den ArbeitsmigrantInnen ist durch vermehrte Rückwanderung und Familiengründung in den letzten Jahren gesunken. Jüngere Bevölkerungsstatistiken zeigen einen geringen Anteil an Ledigen unter der älteren MigrantInnenbevölkerung im Vergleich zur autochthonen¹⁰ Bevölkerung. Dies kann durch die hohe Ehelichenquote und am Anteil der Einpersonenhaushalte festgestellt werden. (vgl. Reinprecht, 2006, S.15)

¹⁰ Bedeutet „Alteingesessen, bodenständig, am Ort entstanden“ (Hermann, 1985, S.173)

Lt. Volkszählung 2001 lebten 17% der über 50 – Jährigen aus der Türkei und 36% aus dem ehemaligen Jugoslawien in Einpersonenhaushalten. In einem Drittel der Fälle trifft dies auf Frauen zu. Die Ehequote liegt bei 86% bei älteren türkischstämmigen MigrantInnen und bei 67% bei MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien. (vgl. ebenda)

Generell kann festgestellt werden, dass die Lage der älteren MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien eher der autochthonen Bevölkerung ähnelt, als die der türkischstämmigen MigrantInnen, sowohl in der Verheirateten- als auch in der Verwitwetenquote. (vgl. ebenda, S. 16)

Diese demographischen Daten machen die insgesamt stärker am Familienverband ausgerichtete Lebensführung vieler älterer MigrantInnen, insbesondere derer aus der Türkei, ersichtlich. (vgl. ebenda, S.16)

Für die berufliche Situation älterer MigrantInnen ist charakteristisch, dass viele aus finanziellen Gründen und aufgrund des nicht vorhandenen oder geringen Pensionsanspruches, auf einen möglichst langen Verbleib in der Erwerbstätigkeit angewiesen sind. Lt. Volkszählung 2001 waren 41% der älteren MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und 33% aus der Türkei erwerbstätig. (vgl. ebenda, S.16) Im Vergleich dazu bezogen nur 24% der einheimischen Älteren ihren Lebensunterhalt aus einer aktiven Erwerbstätigkeit. Insgesamt kann in allen Bevölkerungsgruppen von einer vergleichsweise hohen Erwerbstätigkeit im Alter gesprochen werden, jedoch ist die Arbeitslosigkeit verglichen mit der autochthonen Bevölkerung ebenfalls höher. (vgl. ebenda, S.17)

Bezogen auf die Art der Beschäftigung gehören die meisten älteren MigrantInnen dem Arbeiterstatus an. Über die Hälfte der älteren MigrantInnen sind angelernte bzw. Hilfsarbeiter, dies spiegelt die Bildungsferne der migrantischen Bevölkerung wider. (vgl. ebenda, S.17)

Ebenfalls unterdurchschnittlich ist das Bildungsniveau bezogen auf den Schulabschluss von MigrantInnen, wobei 73% aller älteren MigrantInnen aus

dem ehemaligen Jugoslawien und 89% aus der Türkei über einen Pflichtschulabschluss als höchsten Abschluss verfügen. (vgl. ebenda, S.17)

Aus dieser Situation heraus ist die Einkommenssituation ältere MigrantInnen schlecht. Generell verfügen ältere MigrantInnen über niedrigere Einkommen, als die einheimische Bevölkerung. Jedoch weist Reinprecht hier darauf hin, dass zu dieser Thematik eine ungenügende Datenlage besteht um gefestigte Äußerungen zu tätigen. (vgl. Reinprecht, 2006, S.18) Allgemein liegt das Armutsrisiko der älteren MigrantInnenbevölkerung über dem der einheimischen Vergleichsgruppe. (vgl. ebenda, S.18) Daher leben auch viele ältere MigrantInnen in schlechteren Wohnverhältnissen.

Diese soziale und ökonomisch schlechten Lebenslagen älterer MigrantInnen beeinflussen nicht nur den Zugang zur pflegerischen und sozialen Betreuung (siehe Kap. 4.3.), sondern haben auch erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage im Alter.

Aufgrund der sozial schwierigen Lebensbedingungen älterer MigrantInnen weisen sie allgemein einen schlechteren Gesundheitszustand auf. (Backes, 2008, S.265f)

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass MigrantInnen, die in die westlichen Industrieländer immigrieren, einen besseren gesundheitlichen Zustand aufweisen, als die im Herkunftsland gebliebenen. Migration und vor allem Arbeitsmigration erfordern eine gesundheitlich gute Konstitution. Jedoch sind MigrantInnen in den Aufnahmeländern auch von größeren Belastungen geprägt als die autochthone Bevölkerung. Dies kann einerseits auf die Migrationserfahrung zurückgeführt werden, andererseits beeinflussen die schlechten Lebensbedingungen von MigrantInnen in erheblichem Maße die Gesundheit von MigrantInnen. Dies wird auch in der Beschreibung der Lebenslage älterer MigrantInnen in Wien deutlich. (vgl. Loncarevic, 2007, S.140)

Die Belastungen der ausländischen älteren Bevölkerung in Wien wurden von Reinprecht erhoben. Subjektiv waren die befragten älteren MigrantInnen an

erster Stelle durch gesundheitliche Probleme belastet. Reinprechts Ergebnisse zeigten, dass AusländerInnen zu 59% angaben von gesundheitlichen Problemen belastet zu sein, im Vergleich zu 43% der befragten InländerInnen. Dabei wurden insbesondere psychosoziale Belastungen älterer MigrantInnen ersichtlich. 28% gaben an, Angst vorm Älterwerden zu haben, unter den befragten InländerInnen gaben dies 20% an. Ältere MigrantInnen fühlten sich durchwegs doppelt so hoch durch Arbeitslosigkeit, Behördenkontakte, Wohnsituation, fehlende Freizeitmöglichkeiten und Pflege von Angehörigen belastet, als InländerInnen. (vgl. Reinprecht, 1999, S.45ff)

MigrantInnen sind vor allem im beruflichen Alltag mit überdurchschnittlich hohen Belastungen konfrontiert. Dies führt zu einem verfrühten physischen und psychischen Verschleißprozess, der sich auch in der subjektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes widerspiegelt. (vgl. Reinprecht, 1999, S.58)

Bezüglich des subjektiven Gesundheitsempfindens älterer MigrantInnen zeigen die Ergebnisse, dass es im höheren Alter zu einer rapiden und dramatischen Verschlechterung des Gesundheitsempfindens kommt sowie zu einem sprunghaften Ansteigen der Problembelastung. (vgl. Reinprecht, 1999, S.60) In der Gruppe der über 60jährigen befragten MigrantInnen fühlten sich 13% gesund, in der Gruppe unter 60 Jahren traf dies noch auf 37% der Befragten zu. Im Gegensatz dazu fühlten sich 24% der über 60jährigen und 45% der unter 60jährigen InländerInnen gesund. Bei den befragten über 60jährigen gaben zudem 68% an, sich gesundheitlich sehr/etwas belastet zu fühlen, bei ÖsterreicherInnen in dieser Alterskategorie traf dies auf 53% der Befragten zu. (vgl. Reinprecht, 1999, S.61)

Erhebliche Unterschiede im Gesundheitsempfinden älterer MigrantInnen zeigten sich auch zwischen Erwerbstätigen und PensionistInnen. PensionistInnen bewerteten ihren Gesundheitsstatus markant schlechter. 39% der berufstätigen älteren MigrantInnen gaben an, sich „fit“ zu fühlen, dies war nur bei 15% der pensionierten MigrantInnen der Fall. Der Anteil

chronisch Kranker und Pflegebedürftiger war ebenfalls bei pensionierten MigrantInnen höher als bei berufstätigen (21% und 3%). (vgl. Reinprecht, 1999, S.61f)

3.2.4. Die Bedeutung des Alterns in der Migration

Was Alter ist und wann wir alt sind, ist nicht objektiv bestimmbar. Die Lebensphase Alter ist zwar bestimmt durch eine objektive Zahl, das Lebensalter an sich, jedoch ist sie ebenso geprägt durch eine persönliche Einschätzung und gesellschaftliche Bewertung. Vor allem bestimmt die Gesellschaft und die Kultur der Gesellschaft was Alter ist und wer als alt zu bezeichnen ist. (vgl. Thieme, 2008, S.29)

Nach **Thieme** lassen sich unterschiedliche Arten von Alter definieren. Das chronologische oder kalendarische Alter bezeichnet die tatsächlichen Lebensjahre. Das psychologische Alter wird an der geistigen Leistungsfähigkeit gemessen. Das biologische Alter meint die organische Konstitution und das soziale Alter ist bestimmt durch den Grad der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Diese Formen des Alters müssen nicht unbedingt mit dem chronologischen bzw. kalendarischen Alter übereinstimmen. (vgl. ebenda, S.33f)

In der Frage, wer als alt zu bezeichnen ist, sind sich die Autoren uneinig. In der Literatur werden als „alte“ Menschen häufig Personen über 60 Jahren, häufiger über 65 Jahren bezeichnet. Auch in der Differenzierung der Altersgruppen herrscht Uneinigkeit bezüglich der Sprachregelung. Thieme nennt die Untergliederung in „Junge Alte“ (60/65-70 Jahre), „Alte“ ((70-80/85), „ganz Alte“ oder „Hochbetagte“ oder „Hochaltrige“ (ab 80/85). (vgl. ebenda, S.36f)

Altern in der Migration ist beeinflusst durch die Lebens- und Arbeitsbiographie der MigrantInnen. Herkunft, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit und Bildungsniveau der MigrantInnen haben Einfluss

auf den Gesundheitszustand und die finanzielle Situation älterer MigrantInnen und somit Einfluss auf das Leben im Alter. (vgl. Hungerbühler, 2007, S.399)

Die zuvor beschriebenen, sich aus dem Status der Minderheit und der sozialen Position ergebenden, spezifischen Belastungen älterer MigrantInnen werden von **Reinprecht** als „*prekäres Altern*“ bezeichnet. (Reinprecht, 2006, S.2)

„Der Übergang ins Alter markiert eine Zeitspanne der Bilanzierung und Biographisierung“ (Reinprecht, 2006, S.121)

Das Älterwerden ist verbunden mit einer Umstrukturierung des Lebens, mit anderen Anforderungen an die Umwelt. Ältere MigrantInnen ziehen sich in dieser Lebensphase nach der Erwerbstätigkeit oft in die Familie oder ethnische Bezugsgruppe zurück. Die Familie gewinnt noch stärker an Bedeutung. Durch diesen „ethnischen Rückzug“ wird das Gefühl der Zusammengehörigkeit gestärkt, gleichzeitig jedoch bedeutet er eine Zunahme der sozialen Distanz zur einheimischen Bevölkerung. (vgl. Reinprecht, 2006, S.122)

Die Lebenslage älterer MigrantInnen ist nach **Backes** einerseits durch altersunabhängige Probleme gekennzeichnet, andererseits entstehen durch die Gleichzeitigkeit von migrationsspezifischen und altersspezifischen Merkmalen spezifische Belastungsfaktoren und dadurch eine besondere Alters- und Altersproblematik. (vgl. Backes, 2008, S.265)

In der Phase nach der Erwerbstätigkeit stellt sich zusätzlich für viele MigrantInnen die Frage, ob sie bleiben oder in ihre Heimat zurückkehren sollen. Ursprünglich waren vor allem die Migrationsprojekte der GastarbeiterInnen befristet angelegt. (vgl. Reinprecht, 2006, S.129f) Die Entscheidung „*Rückkehr oder Bleiben*“ hängt dabei maßgeblich von den finanziellen Mitteln und vom Gesundheitszustand der älteren MigrantInnen ab. (vgl. Hungerbühler, 2007, S.397)

Längere Arbeitsmigration kann zu einer emotionalen Entfremdung vom Herkunftsland führen. Zudem sind die strukturellen Bedingungen im Aufnahmeland bezogen auf Alter und den damit verbundenen Einschränkungen meist fortschrittlicher als im Herkunftsland. Viele MigrantInnen, die unter den Folgen ihrer gesundheitsbelastenden Tätigkeit leiden, sind auf die Leistungen des Gesundheitssystems im Aufnahmeland angewiesen. Ebenso sind viele MigrantInnen im Alter von Armut belastet und auf sozialstaatliche Unterstützung angewiesen, die sie im Herkunftsland möglicherweise nicht erhalten würden. Diese und ähnliche Überlegungen führen zur Entscheidung vieler älterer MigrantInnen ihre ursprünglichen Rückkehrabsichten zu verwerfen und im Aufnahmeland zu bleiben. (vgl. Hungerbühler, 2007, S.398)

Das Entscheidungsdilemma „*Rückkehr oder bleiben*“ wird in vielen Arbeiten zum Thema „Alter und Migration“ postuliert. (vgl. Dietzel-Papakyriakou, 1993) Es bezeichnet ein „gespalten Sein“ bezüglich Wahl des Lebensmittelpunktes im Alter. Nach Reinprecht ist dies jedoch keine „*entweder-oder*“ Entscheidung. . Auch eine temporäre Rückkehr ins Herkunftsland wäre denkbar, ebenso muss bei der Entscheidung zurückzukehren kein endgültiger Abbruch der Kontakte und Bindungen an das Aufnahmeland erfolgen. Das Pendeln stellt eine weitere Möglichkeit der Zukunftsgestaltung älterer MigrantInnen dar. (vgl. Reinprecht, 2006, S.130)

Die Lebenslagen (siehe Kap. 3.2.3.) und die Lebensgeschichte älterer MigrantInnen lassen darauf schließen, dass diese nach dem chronologischen Alter noch jüngeren älteren MigrantInnen ein höheres soziales, psychologisches und biologisches Alter aufweisen. (vgl. Dietzel-Papakyriakou, 1993, S.11)

Dies spiegelt sich auch im subjektiven Altersempfinden älterer MigrantInnen wieder. Die Ergebnisse der Studien von Reinprecht in Wien zeigten, dass sich jede/r vierte ältere MigrantIn älter fühlt, als sie/er tatsächlich ist, dies traf hingegen nur auf 5% der befragten ÖsterreicherInnen zu. Jünger als sie

tatsächlich sind, fühlten sich 31% der MigrantInnen und 51% der ÖsterreicherInnen. (vgl. Reinprecht, 1999, S.59)

Die Situation in Wien zeigt, dass obwohl der Anteil der MigrantInnen an den höheren Altersgruppen derzeit noch gering ist, MigrantInnen durch ihre ungünstige soziale Lage schneller altern als die einheimische Bevölkerung. Ebenso hat die Lebensgeschichte vieler älterer MigrantInnen Einfluss auf Gesundheit und Alter. Armut, Bildungsniveau und finanzielle Ressourcen beeinflussen zudem den Zugang zu professioneller Pflege und Betreuung. Diese Lage verweist auf die Bedeutung einer pflegewissenschaftlichen und pflegepraktischen Auseinandersetzung mit dem Thema Pflege für MigrantInnen und im Sinne der Versorgung älterer MigrantInnen auf die Notwendigkeit der Auseinandersetzung ambulanter Pflegeanbieter mit diesem Thema.

4. Transkulturelle Pflege in der mobilen Pflege und Betreuung in Wien

Für den Beruf der Pflege ist es charakteristisch, dass man im Arbeitsalltag mit unterschiedlichen Ethnien, Nationen und mit Menschen unterschiedlicher religiöser Zugehörigkeiten und sozialen Schichten konfrontiert ist. Daraus ergibt sich der Anspruch an Pflege- und Betreuungspersonen, professionell und situationsangepasst zu agieren. In diesem Sinne kommt auch kultursensibler Pflege große Bedeutung zu. (vgl. Pfabigan, 2007, S.18ff)

Aufgrund der unterschiedlicher Betrachtungsweisen von Kultur, die sich im Laufe der Geschichte entwickelten und der bisher geringen Auseinandersetzung mit dem Thema Kultur im Bereich der Pflege und Betreuung in Österreich, ist bislang noch nicht eindeutig geklärt, was kultursensible Pflege in diesem Zusammenhang konkret bedeutet. (vgl. ebenda)

Im Folgenden sollen daher Begriffe kultursensibler Pflege definiert und einige Konzepte als Grundlage für ein Verständnis für Pflege im kulturellen Kontext vorgestellt werden. Weiter wird ein Einblick in internationale Modelle und Theorien in Auseinandersetzung mit Kultur in der Pflege und deren Bedeutung für die Organisation von Pflege gegeben. Anschließend wird die Situation des mobilen Pflegebereiches in Wien im Zusammenhang mit der Pflege für MigrantInnen exemplarisch beleuchtet.

Die Definitionen von Kultur sind vielfältig und es ist zu beachten, dass jede Definition von Kultur an sich schon kulturgebunden ist. Der Sinn einer Kulturdefinition liegt in der Herstellung von Identität, indem das „Wir“ dem „Anderen“ gegenübergestellt wird. Die VerfasserInnen der **Charta für eine kultursensible Altenhilfe** verstehen unter Kultur das gesamte Orientierungs- und Bedeutungssystem einer Gruppe. Dieses gemeinsame System macht die Verständigung und das Verständnis unserer Umwelt möglich. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.18)

Um den Faktor Kultur mit einzubeziehen, werden in der Pflege unterschiedliche Begriffe verwendet. Es wird von interkultureller, multikultureller oder transkultureller Pflege gesprochen. Der Begriff multikulturell gründet sich dabei auf einem gesellschaftlichen Konzept, das vom friedlichen Nebeneinander unterschiedlicher Kulturen ausgeht. Interkulturell hebt die Begegnung zwischen zwei Kulturen hervor und betont mögliche Reibungspunkte. Diese beiden Begriffe stellen Kulturen als „*voneinander abgegrenzte Wesenseinheiten*“ (Domenig, 2007, S.172) dar. (vgl. ebenda, S.172)

Transkulturalität hingegen beschreibt ein Konzept, welches das Gemeinsame, das Verbindende der Kulturen betont. Nach **Welsch** können heutige Kulturen nicht als voneinander abgegrenzt betrachtet werden, vielmehr sind sie durch Mischung und Durchdringung gekennzeichnet. (vgl. Domenig, 2007, S.173)

„Diese neue Struktur der Kulturen bezeichne ich, da sie über den traditionellen Kulturbegriff hinaus- und durch die traditionellen Kulturgrenzen wie selbstverständlich hindurchgeht, als transkulturell.“ (Welsch, 1999, S.51, zit. n. Domenig, 2007, S.173)

Transkulturalität stellt demnach den Übergang vom klassischen zu einem neuen Kulturverständnis dar und hat die Aufgabe Kulturzentriertheit zu überwinden und das Gemeinsame in den Mittelpunkt zu stellen. (vgl. Domenig, 2007, S.173)

Im Sinne der Transkulturalität stellt das von **Domenig** beschriebene Konzept der transkulturellen Kompetenz¹¹ nicht die einzelnen Kulturen, sondern die Interaktion zwischen Pflegenden und MigrantInnen ins Zentrum. (vgl. Domenig, 2007, S.174)

„Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten.“ (Domenig, 2007, S.174)

Kultursensibilität bezeichnet eine innere Haltung, die auf Verständnis für unterschiedliche kulturelle Einstellungen und Vorstellungen beruht. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.19)

„Die Sensibilität liegt in der Aufmerksamkeit für die kulturellen Prägungen und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und für die Folgen des Pflegehandelns“ (Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.19)

Konzepte wie jenes der „transkulturellen Kompetenz“ von Dagmar Domenig, und die hier beschriebenen Haltungen wie Kultursensibilität und Transkulturalität, beziehen sich meist auf das unmittelbare Pflegehandeln. Jedoch liegen sie auch dem Verständnis dieser Arbeit zugrunde, dass alle an

¹¹ Zur näheren Erläuterung transkultureller Kompetenz und Praxiserfahrung siehe Havlicek, Elke: „Transkulturelle Pflege zu Hause – Erfahrungen von Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege am Beispiel Wien“ (Diplomarbeit Pflegewissenschaft Universität Wien; in Entstehung)

der Bereitstellung von Pflege Beteiligten, so auch Personen in Administration und Organisation der Pflege, kultursensible Haltungen und Kompetenzen aufweisen müssen, um transkulturelle Pflege planen, organisieren und umsetzen zu können.

4.1. Theoretische Ansätze transkultureller Pflege

Im Folgenden sollen exemplarisch zwei kultursensible Pflegemodelle dargestellt werden, die nicht nur für die unmittelbare Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten konzipiert sind, sondern sich auch mit der organisatorischen Perspektive von Pflege auseinandersetzen und als Rahmen zur Anwendung im Pflegemanagement eingesetzt werden können.

Madeleine Leininger, die als Pionierin der transkulturellen Pflege gilt, erkannte bereits früh die Bedeutung transkultureller Pflege für Gesellschaft, Pflegende und Pflegemanagement.

Unter transkulturell versteht Leininger *„quer durch alle Kulturen, über alle Kulturen hinweg“* (Leininger, 1998, S.52) Leininger beschäftigte sich als Krankenschwester und Anthropologin seit Mitte der 1940er Jahre mit dem Zusammenhang von Pflege und Anthropologie. 1978 veröffentlichte Leininger ihr Grundlagenwerk zur „Theorie der transkulturellen Pflege“.

Sie entwickelte die Theorie der kulturspezifischen Fürsorge. (vgl. Leininger, 1998, S.26f) Im Zentrum dieser steht die menschliche Fürsorge (human care). Darunter versteht Leininger das Wissen und Verständnis über Menschen und das Bemühen Menschen zu unterstützen bestimmte Ziele zu erreichen, ihre Gesundheit zu erhalten, schädliche Lebensweisen zu verändern und mit Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Sterben und Tod umgehen zu können. (vgl. ebenda, S.54) Diese menschliche Fürsorge ist für Leininger ein universelles Merkmal der professionellen Pflege in allen Kulturen, die sich in den verschiedenen Kulturen in unterschiedlichen Ausdrucksweisen, Mustern und Symbolen äußert. (vgl. ebenda, S.49)

„Die menschliche Fürsorge stellt den Kern professioneller Pflege dar und ist ihr zentraler und dominierender und regulierender Mittelpunkt.“ (Leininger, 1998, S.60)

In einer zunehmend multikulturellen Welt müssen, so Leininger, Pflegende, um effektiv pflegen zu können, unterschiedliche Kulturen, verschiedene Werte und Vorstellungen von Gesundheit, Wohlbefinden, Krankheit und Tod, verstehen. (vgl. ebenda, S.26)

Die Theorie der kulturspezifischen- und übergreifenden Pflege soll Pflegenden Helfen zu erforschen, wie Pflege den PatientInnen und KlientInnen nützen kann, damit sich Pflegende sicherer im Umgang mit Menschen anderer Kulturen fühlen. (vgl. ebenda, S.27) Ziel ist eine Pflege die kulturkongruent ist und sich dadurch positiv auf PatientInnen und KleintInnen auswirkt. (vgl. ebenda, S.64)

In den 1980er Jahren fasste Leininger ihre Theorie im „Sunrise-Modell“ zusammen. Diese bildliche Darstellung der Theorie bietet einen Überblick über die verschiedenen Dimensionen der Theorie und deren Zusammenhänge. (vgl. Leininger, 1998, S.76; Domenig, 2007, S.168)

Nach Leininger findet ihre Theorie auch Anwendung im Pflegemanagement.¹²

Leininger zufolge muss sich das Pflegemanagement zu einer multikulturellen Disziplin entwickeln und eine multikulturelle Position einnehmen, um den verschiedenen Bedürfnissen der PatientInnen und KlientInnen, StudentInnen und Pflegenden gerecht werden zu können. (vgl. Leininger, 1998, S.238) Um den weltweit ablaufenden gesellschaftlichen Veränderungen Rechnung zu tragen, ist es wichtig Menschen, die aus verschiedenen Kulturen stammen, in die Entscheidungsfindung und Umsetzung institutioneller Ziele mit ein zu beziehen. (vgl. ebenda, S.239) Leininger stellt fest, dass ManagerInnen im

¹² Der Ausdruck Pflegemanagement bezieht sich nach Leininger sowohl auf das Studium/Ausbildung, als auch auf die Pflegepraxis. (vgl. Leininger, 1998, S.236)

Gesundheitsbereich ihre Dienste auf die verschiedenen kulturell geprägten Bedürfnisse anpassen müssen. Nach Leininger kann dazu die „Theorie der kulturspezifischen Fürsorge“ als Orientierung dienen. (vgl. ebenda, S.239)

Zum Anderen muss das Pflegemanagement den Forderungen kultureller Gruppen nach Respekt für ihre kulturellen Wertvorstellungen und Verhaltensweisen nachkommen. Die Anzahl an Pflegekräften, StudentInnen und KlientInnen bzw. PatientInnen aus verschiedenen Kulturen steigt. Daher müssen Betriebsphilosophien, Organisationsstrukturen und Einstellungs- und Beschäftigungsabläufe fortlaufend überprüft werden, um diesem Multikulturalismus zu begegnen. Die Theorie der kulturspezifischen Fürsorge, so Leininger, bietet hier einen Rahmen, um Programme im Pflegemanagement zu entwickeln und weiterzuentwickeln. Sie dient als Handlungstheorie. (vgl. ebenda, S.240)

Ein weiterer Grund für die Anwendung der Theorie im Pflegemanagement ist nach Leininger die Notwendigkeit der Anpassung von organisatorischen Strukturen und Funktionen an die verschiedenen kulturellen Werte und auch geschlechtsspezifischen Unterschiede, mit denen die Pflege konfrontiert ist. So sollen PflegemanagerInnen dafür sorgen, dass die Fähigkeiten der Pflegenden erweitert werden, damit sie den unterschiedlichen Kulturen angepasst werden können. Ebenso sollen die Talente der Pflegenden aus verschiedenen Kulturen wahrgenommen werden und ihr Wissen und ihre Fähigkeiten gefördert werden. (vgl. ebenda, S.241f)

„Die transkulturelle Pflege ist ein wechselseitiger Prozess und keine Einbahnstraße“ (Leininger, 1998, S.241)

Schließlich kann die Theorie von Leininger dazu dienen, Organisationsstrukturen und verschiedene Typen von Managementorganisationen auf ihre Effektivität bezüglich transkultureller Pflege zu überprüfen. Sie kann helfen, zu erforschen, welche Organisationsstrukturen am effektivsten sind und welche Kriterien

berücksichtigt werden sollten, um transkulturelle Programme in der Pflegeausbildung und –praxis zu unterstützen. (vgl. ebenda, S.244)

„Meine Theorie der kulturspezifischen Fürsorge stellt eine angemessene Theorie für die Entwicklung zukünftiger Organisationsstrukturen für das Management dar, die in der Ausbildung und in der Praxis eine kulturkongruente Fürsorge gewährleisten können.“ (Leininger, 1998, S.246)

Das zweite Modell, welches hier kurz vorgestellt wird, stellt eine Weiterentwicklung Leiningers Theorie dar. **Josepha Campinha-Bacote** entwickelte mit ihrem *„The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services“* = *„Der Prozess der kulturellen Kompetenz in der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen“*¹³ ein Modell für Pflegepersonen in Administration, Forschung und Ausbildung als Rahmen für die Entwicklung und Implementierung kulturell sensibler Gesundheits- und Pflegeorganisationen. (vgl. Campinha-Bacote, 2002, S.181)

Dieses Modell kann außerdem als Rahmen für politische Entwicklungen sowie als Leitfaden für Management und Administration dienen. Kulturelle Kompetenz wird in diesem Modell als Prozess betrachtet, in welchem die Pflegepersonen nach der Fähigkeit streben, effektiv innerhalb des kulturellen Kontexts der KlientInnen (Individuum, Familie, Gemeinde) zu arbeiten. Kulturelle Kompetenz ist dabei ein Prozess, der aus 5 Konstrukten besteht: (vgl. Campinha-Bacote, 2002, S.182)

- Kulturelles Bewusstsein ist die Erforschung des eigenen kulturellen und beruflichen Hintergrundes und das Reflektieren eigener Vorstellungen, Vorurteilen und Annahmen.
- Kulturelles Wissen ist der Prozess des Strebens nach und Erreichens von einer Wissensgrundlage über die verschiedensten kulturellen und ethnischen Gruppen.

¹³ Übersetzung durch die Verfasserin dieser Arbeit

- Kulturelle Fertigkeit ist die Fähigkeit kulturell relevante Daten zu sammeln und kulturbasierte Einschätzungen durchzuführen.
- Kulturelle Begegnung ist der Prozess, der die Pflegeperson befähigt, sich direkt in interkulturelle Interaktion mit KlientInnen verschiedenen kulturellen Hintergrunds zu begeben.
- Das Bedürfnis nach Kultur ist die Motivation der Pflegeperson sich auf die beschriebenen Konstrukte einzulassen. Die Pflegeperson muss kulturspezifische Pflege leisten wollen.

Diese fünf Konstrukte stehen in abhängigem Verhältnis zueinander und ihr Schnittpunkt stellt den wahren Prozess der kulturellen Kompetenz dar.

Campinha-Bacote formuliert bezogen auf die fünf Konstrukte ihres Modells Anforderungen an die Pflegeorganisationen. Diese müssen, angesichts der wachsenden multikulturellen Welt und der Ungleichheiten im Gesundheitsstatus von Menschen mit verschiedenen ethnischen und kulturellen Hintergründen, kulturelle Kompetenz in der Organisation als Priorität erachten. Zudem zeigt sie beispielhaft Möglichkeiten auf, diese Anforderungen zu erfüllen. (vgl. Campinha-Bacote, 1999, S.290)

Um kulturelle Erkenntnis zu erlangen, müssen Pflegeorganisationen ihre eigenen ethnozentrischen Ansichten über die Pflegebereitstellung reflektieren. Beispielsweise können die Erwartungen, die eine Pflegeorganisation daran hat wie die KonsumentInnen Pflege ansteuern, zu begrenzt sein, um den Bedürfnissen verschiedener ethnischer und kultureller Gruppen gerecht werden zu können. Pflegeorganisationen müssen versuchen, den Zugang zu Pflegeleistungen zu erleichtern und Barrieren abzubauen. (vgl. ebenda)

In Erlangung kulturellen Wissens müssen sie berücksichtigen, dass das Auftreten von Krankheit unter ethnischen Bevölkerungsgruppen variiert. Daher ist es notwendig, genaue epidemiologische Daten einzuholen. (vgl. ebenda)

Als kulturelle Fertigkeit definiert Campinha- Bacote die Fähigkeit, relevante kulturelle Daten bezüglich der Geschichte der KlientInnen zu sammeln, um eine genaue Diagnose formulieren zu können und eine angebrachte Behandlung anbieten zu können. Dafür müssen die Pflegeorganisationen ihre Flexibilität beim Ermitteln, was angebrachte Pflege ist, beibehalten. (vgl. ebenda)

Kulturelle Begegnung ist eine face-to-face Interaktion. Die heutigen Managementprogramme jedoch stützen sich sehr stark auf elektronische Datenerhebung, Verwaltung und Kommunikation (E-Mail, Telefon etc.). Bleiben die gewünschten Pflegeresultate, aus müssen Pflegeorganisationen im Streben nach kultureller Kompetenz die Effizienz dieser Vorgehensweise überdenken. (vgl. ebenda)

Das Bedürfnis nach Kultur ist der Wunsch und die Motivation, den Prozess kultureller Kompetenz durchzuführen. Eine Pflegeorganisation sollte unabhängig von gesetzlichen Verpflichtungen in den Prozess der kulturellen Kompetenz eintreten. Schwierig ist es, den Prozess der kulturellen Kompetenz in Pflegeorganisationen umzusetzen, wenn es keine Richtlinien gibt, an denen sich die Organisationen orientieren können. Campinha-Bacote beschreibt ihr Modell als solch eine Richtlinie für Organisationen. (vgl. ebenda)

4.2. Ältere MigrantInnen als Zielgruppe – Bedürfnisse, Präferenzen, Inanspruchnahme

Aufgrund der in Kapitel 3 erläuterten statistischen und soziodemographischen Merkmale älterer MigrantInnen kann angenommen werden, dass es einen Anstieg des Anteils an MigrantInnen im Hauskrankenpflegesektor geben wird. Zukünftig werden mehr ältere MigrantInnen pflegebedürftig werden. Wie sie diese Pflegebedürftigkeit

wahrnehmen und welche Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen sie an die Pflege und Betreuung im Alter haben, wird im Folgenden beschrieben.

Zu beachten ist, dass die Inanspruchnahme von Angeboten und die damit verbundene Nachfrage von Leistungen allein nur begrenzt etwas über den tatsächlichen Bedarf oder die Bedürfnisse der Menschen aussagen. Mitbestimmend sind das Angebot und die Verfügung über Ressourcen wie Zeit, Geld oder Wissen. Wichtig ist es daher, die Bedürfnisse und den Bedarf der potentiellen KlientInnen mit Migrationshintergrund direkt zu erheben. (vgl. Pelikan, 2002, S.47)

Im Rahmen des Projektes „Senior Plus“¹⁴ in Wien wurden die Präferenzen von älteren MigrantInnen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit erhoben. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sich ältere MigrantInnen (Gruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei) wünschen, in der eigenen Wohnung mit familiärer oder professioneller ambulanter Unterstützung betreut zu werden. (vgl. Reinprecht, 2006, S.193f)

¹⁴ Im Rahmen des regionalen Förderprogrammes „URBAN-Wien Gürtel-Plus“ (vgl. Reinprecht, 2006, S.20f)

„Wo können Sie sich vorstellen zu leben, falls Sie einmal stärker auf Hilfe angewiesen sind?“

	Migranten (n=241)	Türken (n=82)	Ex- Jugoslawen (n=159)	Inländer (n=231)
In meiner Wohnung und mein Ehepartner kümmert sich um mich	64	68	62	41
In meiner Wohnung und meine Kinder kümmern sich um mich	42	43	42	25
In meiner Wohnung und ich nehme soziale Dienste in Anspruch	21	23	20	39
Bei meinem Kind	13	10	15	5
Mit Freunden/ Wohn- und Hausgemeinschaft	8	5	9	7
In einem Pensionistenwohnhaus oder Pflegeheim	12	5	16	31

Abb. 6: Bedürfnisse im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit (Angaben in Prozent) (Reinprecht, 1999, S.76)

In dieser Tabelle wird ersichtlich, dass rund ein Fünftel der Befragten älteren MigrantInnen für ambulante Dienste aufgeschlossen sind. (vgl. Reinprecht, 2006, S.193)

64% der befragten älteren MigrantInnen wollten im Falle der Pflege- oder Betreuungsbedürftigkeit zuhause vom Ehepartner gepflegt werden. In der

Gruppe der älteren TürkinInnen war dieser Wunsch besonders stark ausgeprägt (68%). Zuhause von ambulanten Diensten betreut zu werden, konnten sich 23% der TürkinInnen und 20% der MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien vorstellen. Damit lag der Wunsch nach ambulanter sozialer und pflegerischer Betreuung an dritter Stelle. (vgl. Reinprecht, 1999, S.75f)

Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass der stationäre Sektor für ältere MigrantInnen eine geringere Rolle spielt, als ambulante Betreuung. Durch die klare Präferenz für den häuslich- familiären Pflegebereich ergibt sich ein Handlungsbedarf für Anbieter ambulanter Pflege und Betreuung. (vgl. ebenda, S.76f)

Jedoch bestehen vor allem für AusländerInnen (=nicht Eingebürgerte) sozialrechtliche Barrieren im Zugang zu sozialen und pflegerischen Diensten. Daneben bestehen auch für eingebürgerte ältere MigrantInnen zahlreiche weitere Zugangsbarrieren. Informationsmangel, fehlende Sprachkenntnis, Orientierungsschwierigkeiten und schlechte Erfahrungen mit Behörden und Einrichtungen verhindern oft den Zugang und die Inanspruchnahme solcher sozialer und pflegerischer Dienstleistungen. (vgl. ebenda, S.77)

Bezogen auf Kenntnis, Inanspruchnahme und Akzeptanz sozialer Einrichtungen und Angebote ergaben die Befragungen im Rahmen der Studie „Senior Plus“, dass ältere MigrantInnen im Durchschnitt weniger informiert sind, als die österreichische Vergleichsgruppe. Zudem nahmen die befragten älteren MigrantInnen die Angebote kaum bzw. gar nicht in Anspruch, zeigten aber Interesse an einer Inanspruchnahme. Stationäre Einrichtungen (z.B. Pflegeheim, Pensionistenwohnhaus) waren am bekanntesten, gefolgt von Geldleistungen (z.B. Pflegegeld, Kuraufenthalte) und ambulanten Diensten (z.B. Essen auf Rädern, mobile Gesundheits- und Krankenpflege). Am ehesten bereits konsumiert wurden Geldleistungen. (vgl. ebenda, S.78f)

Die Leistung der mobilen Krankenschwestern war 47% der befragten älteren MigrantInnen bekannt, 3% nahmen diese bereits in Anspruch und 30% konnten sich vorstellen diese Leistung (wieder) in Anspruch zu nehmen. InländerInnen war der Dienst der mobilen Pflege zu 80% bekannt, 2% nahmen sie bereits in Anspruch und 39% konnten sich vorstellen sie (wieder) in Anspruch zu nehmen. Hier zeigt sich deutlich das Informationsdefizit älterer MigrantInnen, Inanspruchnahme und Akzeptanz unterscheiden sich jedoch nur gering zwischen Aus- und InländerInnen. (vgl. ebenda, S.78f)

Information ist die wichtigste Maßnahme zur Senkung von Zugangsbarrieren, denn *„wer die Angebote nicht kannte, konnte sich auch nicht vorstellen diese in Anspruch zu nehmen, wer über sie bescheid wusste, war hingegen dazu bereit und zeigte sich auch an anderen Angeboten interessiert...“* (Reinprecht, 1999, S.80)

Die Untersuchung von **Kremla** zur interkulturellen Altenpflege in Wien zeigte den Einfluss des „Faktors Leistbarkeit“ auf die Inanspruchnahme von sozialen und pflegerischen Diensten durch MigrantInnen. Dort, wo es möglich ist pflegerische und häusliche Tätigkeiten selbst zu bewältigen, wird das Pflegegeld nicht für externe Leistungen, sondern zur Aufbesserung des Haushalteinkommens verwendet. Die schlechte finanzielle Situation der meisten MigrantInnenfamilien führt dazu, dass erhaltene Geldleistungen nicht für die Finanzierung von Pflegeleistungen, sondern zur Bestreitung des Lebensunterhaltes benützt werden. Nur im äußersten Notfall, wenn Pflegebedürfnisse nicht mehr mit den familiären Ressourcen abgedeckt werden können, wird Pflegegeld zur Finanzierung der Pflegeleistung herangezogen. (vgl. Kremla, 2004, S.86)

Dies bedeutet auch, und das zeigen auch die Ergebnisse der Untersuchung von Kremla, dass Leistungen der Hauskrankenpflege, die nur bedingt durch die Familie erbracht werden können, am Ehesten mit erhaltenen Geldleistungen finanziert werden. Leistungen der Heimhilfe beispielsweise werden als in der Familie bewältigbar gesehen und demensprechend wird

nicht auf externe Hilfe in diesem Bereich zurückgegriffen. (vgl. Kremla, 2004, S.87)

Die Ergebnisse der beschriebenen Studien zeigen deutlich, dass Akzeptanz und Präferenz seitens der MigrantInnen für häusliche Pflege und Betreuung hoch sind. Zudem wird Hauskrankenpflege als nicht im familiären Kontext bewältigbare Leistung gesehen. Zugangsbarrieren bestehen hauptsächlich in einem Informationsdefizit der MigrantInnen. Jedoch gab es in den letzten Jahren im Bereich Information und Beratung von MigrantInnen im sozialen und gesundheitlichen Bereich große Anstrengungen seitens der Anbieter-Organisationen und der Stadt Wien. Beratungsstellen wurden eingerichtet. Information ist schriftlich und mündlich in den gängigsten Migrationssprachen zugänglich und es wird vermehrt auf die Zielgruppe der MigrantInnen zugegangen. (siehe Kap. 4.4.) Dies macht es mehr als wahrscheinlich, dass in Zukunft vermehrt (ältere) MigrantInnen soziale und pflegerische Dienste in Anspruch nehmen werden. Dies bedeutet wiederum, dass Anbieter-Organisationen sich vermehrt der Versorgung von MigrantInnen gegenübersehen werden.

Welche Anforderungen die Pflege von MigrantInnen in der Hauskrankenpflege an die Organisation und die MitarbeiterInnen stellt, soll im Folgenden erläutert werden. Dabei wird im Speziellen auf die besonderen Herausforderungen der häuslichen Pflege im Unterschied zum stationären Pflegebereich eingegangen.

4.3. Besondere Herausforderungen des Settings Hauskrankenpflege

Wie zuvor beschrieben steht im Konzept der Transkulturalität die Interaktion zwischen Individuen im Zentrum. Dies trifft ebenso auf die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung zu, die „*als interaktive Arbeit konzipiert*“ ist. (Pfabigan, 2007, S.20) Insofern ist die Verbindung dieser beiden Konzepte

naheliegend, vor allem, weil im Arbeitsfeld der Hauskrankenpflege die Begegnung mit verschiedenen Lebenswelten alltäglich ist und die mobile Pflegearbeit in hohem Maße „*ereignis- und situationsabhängig*“ ist. (Pfabigan, 2007, S.20)

Menschen in der häuslichen Pflege bleiben in ihrem eigenen Umfeld, sie finden sich nicht, wie im stationären Bereich, in einer fremden Umgebung wieder. Im Setting der Hauskrankenpflege muss sich die Pflegeperson in die Welt der KlientInnen einfügen, was hohe Flexibilität und transkulturelles Verständnis erfordert.

Nach **Pfabigan** bedeutet, mit dem Ziel der Sicherstellung der Qualität in der mobilen Pflege und Betreuung, die Pflege von MigratInnen erhöhte Anforderungen an die Pflegebereitstellung. Kultursensibilität aller an der Pflegeleistung Beteiligten ist notwendig. Dies bedeutet sowohl fachliche Kompetenz, als auch sozial-kommunikative, personelle und methodische Kompetenzen: (vgl. Pfabigan, 2007, S.24f)

- Fachliche Kompetenz beinhaltet Wissen um soziokulturell geprägte Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit, Wissen um den Einfluss politische, geschichtlicher und religiöser Aspekte, Wissen über migrationsspezifische Lebenslagen und über finanzielle Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten für MigrantInnen.
- Sozial – kommunikative und personelle Kompetenz erfordert in Bezug auf kultursensible Pflege eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit Vorurteilen und ambivalenten Empfindungen gegenüber MigrantInnen, Interesse an den Bedürfnissen anderer Menschen und die reflexive Auseinandersetzung mit der eigenen Prägung. Wichtig ist zudem der Respekt vor den Werten anderer.
- Zusätzlich muss kultursensible Pflege methodische Kompetenzen, wie Wissen um unterschiedliche Kommunikationsformen, neben der verbalen Kommunikation, Bewusstsein für die „Gastrolle“ in der

mobilen Pflege und Betreuung und situatives Reagieren auf unterschiedliche Herausforderungen beinhalten.

„MigrantIn zu sein bedeutet, einen Prozess der Entwurzelung aus einer vertrauten Umgebung durchgemacht zu haben...“ (Domenig, 2007, S.143)

Die häufig während des Migrationsprozesses erfahrenen Belastungen und Erfahrungen der Desinformation, Unsicherheit, Orientierungs- und Hilflosigkeit, die häufig als traumatisch und einschneidend erlebt werden, können in der Arbeit mit MigrantInnen im Kontext von Gesundheit und Krankheit von zentraler Bedeutung sein und müssen in der Pflege und Betreuung berücksichtigt werden. (vgl. Domenig, 2007, S.145)

Eine Besonderheit des häuslichen Pflegesektors stellt die Erbringung der Pflege- und Betreuungsleistung direkt im sozialen Umfeld der KlientInnen, was unmittelbaren Einfluss auf die Art der Betreuungsleistung hat. In der Betreuung zuhause ist viel mehr als im stationären Bereich das häusliche, soziale Umfeld, vor allem die Familie der KlientInnen einzubeziehen. Das gesamte soziale Umfeld wirkt auf die Betreuung des Klienten/in ein und ist zu berücksichtigen. (vgl. Spicker, 2007, S.11f) Besonders in der Betreuung von Menschen mit anderen kulturellen Vorstellungen, Traditionen oder Werten muss der Eintritt in das private soziale Umfeld, die Wohnung der KlientInnen, besonders sensibel erfolgen. Hier ist die Pflegekraft mit der Kultur der KlientInnen und ihrer Ausgestaltung im Lebensumfeld unmittelbar konfrontiert.

Mobile Pflege- und Betreuung kann nach **Spicker et al.** als „Interaktionsarbeit“ verstanden werden. Denn in der mobilen Arbeit sind die KlientInnen nicht nur Empfänger, sondern auch Mitproduzenten der Dienstleistung. (vgl. Spicker, 2007, S.12) Im Falle der Betreuung von MigrantInnen bedeutet dies, Betroffene und deren Angehörige in Planung und Umsetzung der Pflege vermehrt einzubeziehen, um ein besseres Verständnis für kulturell geprägte Bedürfnisse und Wünsche zu erlangen.

Zudem identifizieren Spicker et al. „Unwägbarkeiten“ (Spicker, 2007, S.12), die typischer Weise die mobile Pflege- und Betreuung beeinflussen. Damit sind unter anderem Probleme beim Zutritt zum Arbeitsplatz, das Fehlen von Pflegebehelfen und Unklarheiten bei der Medikamentenverschreibung gemeint. In der mobilen Pflege- und Betreuung ist es vermehrt notwendig, sich auf die jeweilige Situation beim den KlientInnen und auf die Individualität der einzelnen KlientInnen einzustellen. (vgl. Spicker, 2007, S.12) Wie bereits in Kap. 3.2.3. ausgeführt ist die Lebenssituation vor allem älterer MigrantInnen in Wien durch komplexere Problemlagen gekennzeichnet. Vor allem die schlechten Wohnverhältnisse und die schlechte finanzielle Lage vieler MigrantInnen beeinflusst die Pflege unmittelbar. Pflegepersonen müssen darauf vorbereitet sein und individuell reagieren können.

Ein weiteres Merkmal mobiler Pflege- und Betreuungsarbeit ist der Charakter der Einzelarbeit. Anders als im stationären Bereich sind die Pflege- und Betreuungskräfte meist alleine bei den KlientInnen und haben nur begrenzte Absprachemöglichkeiten. (vgl. Spicker, 2007, S.12) Daher ist es seitens der Organisationen besonders wichtig Reflexionsräume bereitzustellen. In Fall- oder Teambesprechungen, durch Supervision und Coaching werden MitarbeiterInnen begleitet und haben die Möglichkeit sich über Probleme bei KlientInnen auszutauschen. Im Zusammenhang mit MigrantInnen als KlientInnen kann in diesem Rahmen transkultureller Austausch stattfinden, indem beispielsweise kulturspezifisches Wissen unter den MitarbeiterInnen weitergegeben wird. MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund können hier als Ansprechpersonen dienen. Information und Wissen über KlientInnen und ihre Lebensweise im Vorfeld ist daher besonders wichtig und es obliegt der Organisation dieses Wissen zu vermitteln.

Ferner ist die mobile Pflege- und Betreuung ortsflexibel, der Arbeitsplatz wechselt mehrmals täglich und dies erfordert auch Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der Pflege- und Betreuungskräfte. (vgl. Spicker, 2007, S.13)

Diese Besonderheiten des Settings Hauskrankenpflege beeinflussen in diesem Bereich tätige Pflege- und Betreuungskräfte, KlientInnen und die organisatorische Planung der Betreuung. Sie bieten die Möglichkeit sich zu einem großen Teil individuell auf das Umfeld, die Befindlichkeiten und Wünsche der einzelnen KlientInnen einzustellen, sie stellen aber auch erhöhte Anforderungen an alle im Pflegeprozess Beteiligten.

4.4. Bestehende Angebote und Projekte in der mobilen Pflege und Betreuung in Wien

Die hier exemplarisch vorgestellten Angebote und Projekte beziehen sich auf Wien und sollen einen Einblick in die vorhandene Versorgungsstruktur für (ältere) MigrantInnen geben. Ein Projekt unterscheidet sich hierbei von einem Angebot in der befristeten Dauer.

Die Ausführungen zu den hier beschriebenen Angeboten und Projekten basieren hauptsächlich auf den Aussagen aus Interviews, die mit VertreterInnen dieser Angebote und Projekte im mobilen Pflege- und Betreuungsbereich geführt wurden. (siehe Kap. 6) Zusätzlich wurden Informationen aus Broschüren der Organisationen und aus dem Internet zusammengetragen, um die vorliegenden Projekte und Angebote genauer darstellen zu können.

Projekt Diversity@care (Wien, 2005 - 2007)

In Organisationen wird das Thema „Migration“ oft unter dem Überbegriff **Diversity** diskutiert und bearbeitet. Diversity bedeutet Vielfalt.

„Diversity beschäftigt sich mit der Verschiedenartigkeit von Menschen und damit, wie diese Verschiedenartigkeit in der Gesellschaft oder in einem

Unternehmen zum Wohle alle sinnvoll organisiert und genutzt werden kann.“
(Jent¹⁵, Nils, 2003; zit. n. Domenig, 2007, S.344)

Eine Diversity - kompetente Organisation hat nach Domenig „... *das Wissen, die Kompetenzen, die entsprechenden Leitbilder, Partnerschaften sowie eine ganzheitliche Management – Infrastruktur, um soziokulturell unterschiedlichen Gruppen gleichermaßen Dienstleistungen erbringen zu können.*“ (Domenig, 2007, S.344)

Das Projekt „Diversity@Care“ fand 2005 - 2007 in Wien statt. Es beschäftigte sich mit dem Thema „MigrantInnen in der mobilen Pflege und Betreuung“. Die größten privaten Wohlfahrtsorganisationen in Wien nahmen an diesem Projekt teil und bearbeiteten in verschiedenen Modulen verschiedene Perspektiven des Themas. Von den im Rahmen dieser Arbeit befragten Organisationen nahmen zwei Organisationen an diesem Projekt teil. (vgl. <http://www.volkshilfe.at/diversitycare>)

Ein Ziel von „diversity@care“ war es den Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zum Arbeitsfeld der mobilen Pflege und Betreuung zu erleichtern. Ein anderes Modul beschäftigte sich mit der KundInnenbeziehung. In diesem wurden Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zu ihren Bedürfnissen und Vorstellungen befragt. In einem weiteren Modul wurden zum Zwecke der Nachhaltigkeit nach Projektende im Bereich Diversity im Unternehmen Angestellte als Diversitätsbeauftragte ausgebildet. In allen Modulen wurden auch praktische Hilfsmittel und Instrumente entwickelt, um den interkulturellen Pflegealltag zu erleichtern. (vgl. <http://www.volkshilfe.at/diversitycare>)

Auch international wurden mit Partnerprojekten in Berlin und Kopenhagen Informationen und Wissen zum Thema „Migration und Pflege“ ausgetauscht und gemeinsam Produkte, wie eine vergleichende Analyse der

¹⁵ Nils Jent, Leiter Kompetenzbereich „Learning from Diversity“, Institut für Führung und Personalmanagement, Universität St.Gallen, in einem Interview mit Terra Cognita,EKA,2003 (vgl. Domenig, 2007, S.344)

Arbeitsmarktintegration von MigrantInnen, Empfehlungen zur interkulturellen Öffnung in Organisationen und Implementierung von Diversity- Management entwickelt. (vgl. <http://www.volkshilfe.at/diversitycare>)

Finanziert wurde dieses Projekt aus den Mitteln der europäischen Gemeinschaftsinitiative EQUAL. Die Gemeinschaftsinitiative EQUAL ist eine Vereinigung zur Entwicklung neuer Ideen für die Europäischen Beschäftigungsstrategie und den sozialen Eingliederungsprozess.

„Ihre Aufgabe ist es, ein integrationsförderndes Arbeitsleben zu unterstützen indem Diskriminierungen, wie Ablehnung wegen der Geschlechtzugehörigkeit, des ethnischen Ursprungs, der Religion oder Überzeugung, Behinderung, Alter oder sexuelle Orientierung, bekämpft werden. Finanziert durch den Europäischen Sozialfonds (ESF), wird EQUAL in und zwischen den Mitgliedstaaten bis Ende 2008 durchgeführt.“
(http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_de.cfm)

Projekt „Kontaktbesuchsdienst für ältere MigrantInnen“ (Wien, 2007)

Seit 30 Jahren besteht ein von der Stadt Wien geförderter Kontaktbesuchsdienst für SeniorInnen ab dem Alter von 65 Jahren. Dieser dient als Informationsbrücke und wird in ganz Wien angeboten. Ältere Menschen werden hier im Rahmen eines Hausbesuches und mittels Informationsbroschüren über seniorenspezifische Einrichtungen und Angebote in ihrer Wohnumgebung informiert. In einem strukturierten leitfadengestützten Gespräch werden wiederum Informationen zur Wohnumgebung, Wohnsituation, zum Pflege- und Betreuungsbedarf und Freizeitaktivitäten der SeniorInnen erhoben.

Unter Koordination der Bezirksvorstehungen der Wiener Gemeindebezirke wird jedem/er österreichischen StaatsbürgerIn ab 65 Jahren per Ankündigungsschreiben ein Termin für einen Hausbesuch angeboten, der auch abgelehnt werden kann. Dieses Angebot wird dann alle 5 Jahre

wiederholt, weil angenommen werden kann, dass sich die Bedarfslagen der SeniorInnen in diesem Zeitraum verändern.

Geschulte KontaktbesucherInnen führen diese Tätigkeit ehrenamtlich unter Erhalt einer Aufwandsentschädigung durch. In monatlichen Fallbesprechungen werden Wünsche, Beschwerden und Bedarfslagen der besuchten SeniorInnen besprochen. Treten akute Anliegen im pflegerischen Bereich und/oder Betreuungsbereich auf, wird das zuständige Beratungszentrum des Fonds Soziales Wien informiert und die Angelegenheit an die zuständigen Stellen weiterleitet.

Diesen Kontaktbesuchsdienst gibt es im Grunde nur für WienerInnen mit österreichischer Staatsbürgerschaft. Dies sollte 2007 geändert werden und der Kontaktbesuchsdienst auf die Zielgruppe der älteren MigrantInnen vorrangig aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei ausgeweitet werden. Da ältere MigrantInnen einen weitaus schlechteren Informationsstand haben als ÖsterreicherInnen und es große Barrieren beim Zugang zu Beratungs- und Betreuungseinrichtungen gibt, wurde in einem Projekt der Gemeinschaftsinitiative EQUAL der muttersprachliche Kontaktbesuchsdienst von und für MigrantInnen entwickelt.

2007 wurde im Auftrag des Fonds Soziales Wien der Kontaktbesuchsdienst durch muttersprachliche KontaktbesucherInnen in einigen Pilotbezirken in Wien für die Zielgruppe der SeniorInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei angeboten. Dieses Projekt wurde in den Bezirken 4, 5, 7, 15, 16 und 20 durchgeführt, da hier der Anteil der MigrantInnen am höchsten ist. (vgl. Wiener Sozialdienste, Projektdatenblatt, 2008)

Aus weiteren Projekten wie „Integrationsinfoservice von MigrantInnen für MigrantInnen“¹⁶ (2002-2005) oder „Aktiv ins Alter“¹⁷ (2002-2005) ging hervor,

¹⁶ Gemeinschaftsinitiative EQUAL, (Re)Integration in den Arbeitsmarkt, gefördert vom europäischen Sozialfonds und Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (vgl. Wiener Sozialdienste, Projektdatenblatt, 2008)

dass MigrantInnen früher Informationen brauchen und über umfangreichere und komplexere Problemlagen verfügen als österreichische SeniorInnen. Dazu zählen vor allem Wohnungsprobleme, Pensionsprobleme und Gesundheitsprobleme. Diese Situation der älteren MigrantInnen hat dazu geführt, dass im Falle der MigrantInnen das Alter der Zielgruppe von 65+ auf 55+ gesenkt wurde. MigrantInnen erhielten das Angebot zum Hausbesuch also bereits ab dem Alter von 55 Jahren.

Für dieses Projekt wurden gezielt MitarbeiterInnen mit Sprachkenntnissen in Serbokroatisch, Bosnisch und Türkisch gesucht, die aber ebenfalls über gute Deutschkenntnisse verfügen mussten, da Schulungen und Ähnliches in deutscher Sprache abgehalten wurden. Insgesamt waren 10 muttersprachliche KontaktbesucherInnen ehrenamtlich tätig. Im Rahmen dieses Pilotversuches wurde neben der Übersetzung des Ankündigungsschreibens und des beiliegenden Informationsblattes durch die MA 17 auch ein zusätzlicher Fragebogen als Gesprächsbasis für die KontaktbesucherInnen entwickelt. In diesem wurden Fragen bezogen auf die spezifischen Problemlagen von älteren MigrantInnen eingearbeitet, z.B. zur Wohnungsgröße, Aufenthaltsstatus, zu Deutschkenntnissen oder Kontakt zu ÖsterreicherInnen. (vgl. Wiener Sozialdienste, Projektdatenblatt, 2008)

In 3 Monaten wurden so 981 Personen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien kontaktiert, davon nahmen 327 (33,3%) das Angebot eines Hausbesuches an. Es wurden 133 Personen aus der Türkei besucht und 194 aus dem ehemaligen Jugoslawien. (vgl. Wiener Sozialdienste Projektdatenblatt, 2008) Ende 2007 wurde das Projekt evaluiert und Anfang 2008 dem Fonds Soziales Wien präsentiert.

Ob dieses Projekt weiter ausgebaut bzw. weitergeführt wird liegt in der Entscheidung des Fonds Soziales Wien. Eine Entscheidung ist derzeit noch ausständig.

¹⁷ WHO-Demonstrationsprojekt „Investition in die Gesundheit älterer Menschen“, Gesundheitsförderung, gefördert von der Stadt Wien und dem Fonds soziales Wien (vgl. Wiener Sozialdienste, Projektdatenblatt, 2008)

Angebot „Terra – Beratungszentrum für ältere Migrantinnen und Migranten“

Die Beratungsstelle Terra entstand aus dem Projekt „Senior Plus“ (1997-1999). Sie wurde anhand der Erfahrungen mit MigrantInnen und ihren Bedürfnissen weiterentwickelt. Derzeit beschäftigt Terra vier MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund, die sowohl die sprachliche, als auch die kulturelle Kompetenz einer qualitativen Beratung von MigrantInnen mitbringen. Die Zielgruppe der Beratungsstelle besteht hauptsächlich aus Personen der ersten GastarbeiterInnengeneration aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, da diese Personen die größten MigrantInnengruppen in Wien darstellen.

2008 wurden über 2.000 Beratungsthemen bearbeitet, wobei es in 60% der Fälle um das Thema Pension ging. Weitere Themen der Beratungen sind Staatsbürgerschaft und Asyl, Wohnungsproblematiken, Partnerschaftsprobleme und Gesundheit. Die hauptsächlichsten Anliegen der MigrantInnen beziehen sich auf die Unterstützung bei Amtswegen.

Finanziert wird Terra durch Förderungen der MA 17 für Integrations- und Diversitätsangelegenheiten. Terra bietet sowohl Einzelberatungen, als auch Gruppenberatungen an. Zusätzlich organisiert Terra in regelmäßigen Abständen Symposien und Veranstaltungen zum Thema Migration, um den wissenschaftlichen Diskurs zum Thema voran zu treiben und die Problematik der MigrantInnen im Bewusstsein zu halten.

Das Thema Pflege und Betreuung kommt derzeit nur marginal in den Beratungen zur Sprache. Jedoch werden die Problematik des Gesundheitsstatus, vor allem älterer MigrantInnen, und sein Einfluss auf andere Lebensbereiche auch in den Beratungsgesprächen deutlich. Wird das Thema Pflege und Betreuung zuhause ersichtlich, kann direkt an die Abteilung Pflege und Betreuung der Organisation, in der Terra angesiedelt ist, verwiesen werden.

Angebot der muttersprachlichen SeniorInnenberatung des Fonds Soziales Wien

Der Fonds Soziales Wien bietet in seinen Beratungszentren muttersprachliche Beratung an. Die Idee dazu entstand im Rahmen des Projektes „Senior Plus“. Damals wurde muttersprachliche Beratung in der „Beratung am Eck“ im 15. Wiener Gemeindebezirk angeboten. Dieses Angebot gab den Anstoß für den flächendeckenden Ausbau muttersprachlicher SeniorInnenberatung in Wien.

Die muttersprachliche SeniorInnenberatung wird heute in allen Beratungszentren des Fonds Soziales Wien in den Sprachen serbisch, kroatisch, bosnisch und türkisch angeboten.

Sie informiert und unterstützt bei sozialen und rechtlichen Angelegenheiten, bei rechtlichen und finanziellen Fragen zum Thema Pflege und Betreuung, bei Fragen der Betreuung zuhause oder in stationären Einrichtungen und beim Ausfüllen von Formularen und Anträgen.

Der Zugang der MigrantInnen erfolgt einerseits über das Beratungszentrum, welches bei Ersichtlich werden von sprachlichen Schwierigkeiten an die muttersprachliche SeniorInnenberatung vermittelt, andererseits durch direkte Kontaktaufnahme mit der muttersprachlichen SeniorInnenberatung.

Ein Großteil der Arbeit von muttersprachlichen SeniorInnenberaterInnen besteht in der Vermittlung von Diensten und der Begleitung der KlientInnen bei Amtswegen. Es gibt geregelte Beratungszeiten in den Beratungszentren, abgesehen davon sind die BeraterInnen jedoch auch im Außendienst bei den KlientInnen unterwegs. Treten Probleme in der Pflege und Betreuung bei KlientInnen nicht deutscher Muttersprache auf, werden die muttersprachlichen BeraterInnen auch als DolmetscherInnen bei den KlientInnen eingesetzt.

Lt. Aussage der Leitung „Beratungszentren Pflege und Betreuung zuhause“ wird die muttersprachliche SeniorInnenberatung von MigrantInnen häufig in Anspruch genommen. Vor allem in einigen Beratungszentren, wie für die Bezirke 10, 15 und 16, ist die Beratung sehr hoch frequentiert.

Der Fonds Soziales Wien bietet zudem Information durch Broschüren in den oben erwähnten vier gängigsten Migrationssprachen über Pflege und Betreuung in Wien. Zusammen mit dem Fonds Soziales Wien wurden auch in einigen Anbieter - Organisationen fremdsprachige Informationsbroschüren über die Angebote der jeweiligen Organisationen entwickelt.

Die erhobenen Angebote und Projekte für MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich in Wien zeigen ausschnittsweise die Struktur der Auseinandersetzung mit dem Thema MigrantInnen in Pflege und Betreuung in Wien. Alle erhobenen Angebote und Projekte standen in Verbindung mit Hauskrankenpflegeanbietern in Wien. Jedoch waren sie nicht in die Pflege integriert, meist auch räumlich ausgelagert und beschäftigten sich hauptsächlich mit sozialen, rechtlichen und finanziellen Anliegen der MigrantInnen. Dies kann dem Abbau von Zugangsbarrieren zugeordnet werden.

5. Interkulturelle Öffnung von Pflegeorganisationen

„Im Prozess der Globalisierung und der europäischen Einigung müssen Fachkräfte und Organisationen sich für Menschen aus anderen Kulturen öffnen lernen.“ (Hinz-Rommel, 2000, S.154)

Der in Kapitel 3 dargestellte gegenwärtige hohe Anteil an MigrantInnen in der österreichischen und im Besonderen der Wiener Bevölkerung und die Zukunftsprognosen für die Entwicklung dieses Anteils, ebenso die Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung und die Lebenslagen der

älteren migrantischen Bevölkerung legen nahe, dass der Bedarf an Pflege für MigrantInnen in den nächsten Jahren steigen wird.

Als Reaktion auf den steigenden Bedarf an Pflege für Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Ansichten, Einstellungen und Lebensweisen können Pflegeorganisationen interkulturelle Öffnung anstreben und durchführen.

Die VerfasserInnen der Charta für eine kultursensible Altenpflege beschreiben interkulturelle Öffnung als ein Konzept, welches auffordert, Institutionen für alle Menschen zu öffnen und Ausgrenzungen und Diskriminierungen zu verringern. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.43).

Interkulturelle Öffnung betrifft im Allgemeinen alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Sie besteht überall dort, wo Institutionen ihre Dienste für alle in einer Gesellschaft lebenden Menschen öffnen, mit dem Ziel, der Realität der kulturellen Vielfalt unserer Gesellschaft Rechnung zu tragen. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.19)

Hierbei geht es um die Öffnung von Regeldiensten, d.h. die bestehenden Angebote der Organisationen sollen auch auf die Bedürfnisse von MigrantInnen ausgerichtet werden. MigrantInnen sollen als eine Zielgruppe mit spezifischen Bedürfnissen wahrgenommen werden, aber nicht gesondert behandelt und versorgt werden. Für die Organisationen bedeutet dies, Kultursensibilität in bestehende Prozesse und Strukturen zu integrieren. Dafür sind neben einem Bewusstsein für die spezifischen Bedürfnisse von MigrantInnen auch Veränderungen in den Organisationen angedacht, die alle Ebenen der Organisation betreffen.

Kaewnetara versteht interkulturelle Öffnung als *„... die Bereitschaft eines Pflegeunternehmens und seiner MitarbeiterInnen sich in einen Veränderungsprozess zu begeben mit dem Ziel kulturkompetent zu pflegen.“* (Kaewnetara, 2002, S. 9)

Da die Umsetzung einer interkulturellen Öffnung in Organisationen ein umfangreicher Prozess ist und den Organisationen meist das notwendige Know-How fehlt, wurden Standards und Empfehlungen entwickelt, die einen Orientierungsrahmen für die Organisationen bieten. (vgl. Domenig, 2007, S.348)

5.1. Standards interkultureller Öffnung im Gesundheitsbereich

Vor allem im angloamerikanischen Raum wurden für die interkulturelle Öffnung von Organisationen im Gesundheitsbereich Standards entwickelt, die als Rahmenempfehlungen den Organisationen den Einstieg und die Umsetzung interkultureller Öffnung erleichtern sollen. (Domenig, 2007, S.348)

Beispiele für solche Empfehlungen sind die *CLAS-Standards*, das *Handbuch des National Health and Medical Research Council* und die *Amsterdamer Erklärung*. (vgl. Domenig, 2007, S.348ff).

Exemplarisch sollen hier die in den USA entwickelten und international anerkannten **CLAS-Standards**, die *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care* ¹⁸, beschrieben werden. Diese Nationalen Standards für transkulturell angepasste Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung, wurden vom *U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health*, als Instrument entwickelt, um bestehende Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung zu korrigieren und Dienstleistungen zunehmend auf die individuellen Bedürfnisse aller PatientInnen und KlientInnen auszurichten. (vgl. Domenig, 2007, S.348)

¹⁸ OMH, Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services: National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Final Report, Washington, D.D., 2001. (www.nhmamd.org/pdf/CLASfinalreport.pdf 9.april2006)

Die hier dargestellten Ausführungen beziehen sich auf die Übersetzung und Bearbeitung der CLAS-Standards durch **Dagmar Domenig**. (vgl. Domenig, 2007, S.348f)

Die CLAS-Standards sind in drei Hauptthemen unterteilt. Neben Standards für eine transkulturell kompetente Behandlung und Pflege, beinhalten diese noch Standards für den Abbau von Sprachbarrieren und Standards für eine transkulturelle Organisationsentwicklung. (vgl. Domenig, 2007, S. 348f)

Gemäß den Standards für eine transkulturell kompetente Behandlung und Pflege sollen Gesundheitsinstitutionen sicherstellen, dass PatientInnen bzw. KlientInnen durch Fachpersonen wirkungsvolle, verständliche und respektvolle Behandlung und Pflege erhalten, indem die soziokulturellen Gesundheitsvorstellungen- und -praktiken und die bevorzugte Sprache berücksichtigt werden. Sie sollen weiter Strategien implementieren, die sicherstellen, dass der Anteil der Belegschaft für die demographische Zusammensetzung der Gegend repräsentativ ist und, dass Fachpersonen auf allen Ebenen Weiterbildung in transkultureller Kompetenz erhalten.

Die Standards für den Abbau von Sprachbarrieren empfehlen, dass Gesundheitsinstitutionen PatientInnen bzw. KlientInnen mit begrenzter Kenntnis der lokalen Sprache Zugang zu kostenloser Übersetzung, beispielsweise in Form bilingualer MitarbeiterInnen oder Übersetzungsdiensten, anbieten sollen. Weiter müssen sie ihre PatientInnen bzw. KlientInnen in ihrer bevorzugten Sprache mündlich oder schriftlich auf ihr Recht auf Übersetzung informieren und die Übersetzungskompetenz der bilingualen MitarbeiterInnen sicherstellen. Bekannte od. Familienangehörige sollten nur auf Verlangen der PatientInnen bzw. KlientInnen eingesetzt werden. Gesundheitsinstitutionen müssen ferner leicht verständliches patientenbezogenes Informationsmaterial sowie Hinweisschilder in den Sprachen der häufigsten KlientInnen- bzw. PatientInnengruppen zur Verfügung stellen.

Den Standards für eine transkulturelle Organisationsentwicklung zufolge sollen Gesundheitsinstitutionen eine schriftlich festgehaltene Strategie entwickeln, implementieren und fördern, die die Ziele und Pläne sowie Verantwortlichkeiten des Managements für die Förderung transkulturell kompetenter Dienstleistungen klar aufzeigen. Sie sollen ihre Organisation laufend hinsichtlich der CLAS – bezogenen Aktivitäten evaluieren. Zusätzlich sollen sie Daten über die individuelle Herkunft, Ethnizität und sprachliche Kompetenz der KlientInnen bzw. PatientInnen sammeln, in die Informationssysteme des Managements integrieren und regelmäßig aktualisieren. Gesundheitsinstitutionen sollen außerdem ein demographisches, transkulturelles und epidemiologisches Profil der Migrationsgemeinschaften und die Bedürfnisse erheben, um angepasste Planung und Implementierung von Dienstleistungen zu ermöglichen. Sie sollen Partnerschaften mit den Communitys aufbauen bzw. ausbauen. Gesundheitsinstitutionen sollten sich versichern, dass konfliktreiche und schwierige Lösungsprozesse transkulturell rücksichtsvoll ablaufen und dass sie fähig sind, transkulturelle Konflikte zu identifizieren, zu verhindern und zu lösen. Zudem sollen sie die Öffentlichkeit regelmäßig über ihre Prozesse und erfolgreichen Innovationen bei der Implementierung der CLAS- Standards informieren.

Die VerfasserInnen der Charta für eine kultursensible Altenhilfe beschrieben in ihrer „Handreichung“ für eine kultursensible Altenhilfe die Merkmale einer interkulturell geöffneten Organisation.

Demnach zeichnet sich die Interkulturalität einer Organisation dadurch aus, dass auf allen Ebenen der Organisation Offenheit gegenüber verschiedenen Kulturen und damit verbundenen unterschiedlichen Lebensstilen, Bedürfnissen und religiösen Ansichten, besteht. Diese werden wahrgenommen und finden im Handeln aller Beteiligten Berücksichtigung. (vgl. Kuratorium kultursensible Altershilfe, 2002, S.44)

Weiter trägt die Anwerbung und Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund ebenso zur Interkulturalität einer Organisation bei, wie die Förderung und Begleitung multikultureller Teams. (vgl. ebenda)

Eine Organisation, die sich durch Interkulturalität auszeichnet und sich öffnen will, trägt außerdem zum Abbau von sprachlichen und kulturellen Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund bei und leistet entsprechende Informations- und Beratungsarbeit. (vgl. ebenda)

Interkulturalität zeigt sich weiter in einer Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit, die MigrantInnen als Zielgruppe erkennt und in die Entwicklung von Angeboten und Projekten miteinbezieht. (vgl. ebenda)

Eine interkulturell offene Organisation ist gekennzeichnet durch ein äußeres Erscheinungsbild, das mittels Symbolen und Zeichen Offenheit gegenüber Menschen verschiedener Kulturen vermittelt, sie damit anspricht und zeigt, dass ihre Bedürfnisse wahrgenommen und ernst genommen werden. (vgl. ebenda)

Um solchen Standards und dem Anspruch einer interkulturell offenen Organisation gerecht werden zu können, müssen Veränderungen in Organisationen stattfinden. Jene Organisationen, die gewillt sind, sich an diesen Standards zu orientieren und damit einen transkulturellen Wandel in der Organisation einzuleiten, müssen sich in einen Organisationsentwicklungsprozess begeben. Wie transkulturelle Entwicklungsprozesse strukturiert sind und welche Maßnahmen dazu notwendig sind soll im Folgenden erläutert werden.

5.2. Interkulturelle Öffnung als struktureller Entwicklungsprozess

„Das Konzept der interkulturellen Öffnung fordert die Gesellschaft auf, ihre Institutionen für alle hier lebenden Menschen zu öffnen und Ausgrenzungen

und Diskriminierungen abzubauen.“ (Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.43)

Dabei bezieht sich dieser Prozess auf die Entwicklung auf unterschiedlichen Ebenen.

Auf individueller Ebene bedarf es der Bereitschaft aller MitarbeiterInnen, sich in einen Lernprozess zu begeben. Auf struktureller Ebene muss die Organisation die Rahmenbedingungen schaffen, damit diese Lernprozesse möglich werden. Pflegeorganisationen sind außerdem abhängig von Gesellschaft und Politik, daher erfordert interkulturelle Öffnung auch entsprechende Unterstützung auf gesellschaftspolitischer Ebene. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S. 43)

Auf Ebene der Organisation ist der Prozess der interkulturellen Öffnung ein langer, oft schwieriger und zumindest zu Beginn mit einem Mehraufwand verbundener Organisationsentwicklungsprozess. (OE) (vgl. ebenda, S.45)

„OE ist ein neuer Weg zur Entwicklung von Organisationen, z.B. eines Industrieunternehmens, mit dem Ziel einer aktiven und flexiblen Anpassung an die Herausforderungen einer sich ständig wandelnden Umwelt. Es ist eine Entwicklung im Sinne höherer Wirksamkeit der Organisation und größerer Arbeitszufriedenheit der beteiligten Menschen.“ (Becker/Langosch, 1995, S.2)

Organisationsentwicklungsprozesse werden in den Wirtschaftswissenschaften unterschiedlich beschrieben und behandelt. Die Definition von **Becker und Langosch** betont die Herausforderungen, der sich wandelnden Umwelt, mit denen auch Pflegeorganisationen angesichts des steigenden Bedarfs an Pflege für MigrantInnen konfrontiert sind.

Für eine Erhöhung der transkulturellen Kompetenz in den Organisationen ist ein Wandel der gesamten Institution bzw. aller in ihr arbeitenden Personen notwendig. (vgl. Domenig, 2007, S.342)

Der konkrete Prozess besteht aus vier Phasen. Empfohlen wird dabei von Anfang an MigrantInnen, seien es MitarbeiterInnen oder KlientInnen, in den Prozess mit einzubeziehen. Um kultursensible Pflege umsetzen zu können, ist es notwendig, Entwicklungen auf allen Ebenen der Organisation voranzutreiben und Veränderungen von Angeboten und Abläufen zuzulassen. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.45ff)

Erste Phase: Vorbereitung und Einleitung interkultureller Öffnung

Zu Beginn des Prozesses erfolgt eine Bedarfs- und Bestandanalyse, dabei werden der Bedarf und die Bedürfnisse der MigrantInnengruppen erhoben und vorhandene Ressourcen und Potentiale in der Organisation festgestellt. Im Rahmen einer IST- Analyse der Organisation werden Angebote und Organisationsabläufe bezogen auf den erhobenen Bedarf überprüft. (vgl. ebenda, S.49f)

Zweite Phase: Formulieren und Verabschieden des Veränderungsvorhabens

Basierend auf der Bedarfs- und Bestandanalyse formuliert die Organisation ihre Ziele, dokumentiert und kommuniziert diese. Wichtig ist es hierbei zu beachten, dass diese Ziele überprüfbar sind. Diese Phase des Entwicklungsprozesses ist wenig zeitaufwendig, aber ein entscheidender Schritt im Prozess der interkulturellen Öffnung. (vgl. ebenda, S.51)

Dritte Phase: Umsetzung und Implementierung

Die Umsetzung und Implementierung erfolgt auf Basis der Bedarfs- und Bestandanalyse und der definierten Ziele. Hierbei zeigen die durch die konkrete interne und externe Analyse der Organisation aufgedeckten Potentiale und Lücken, welche Abläufe und Strukturen wie verändert werden können und müssen. (vgl. ebenda, S.53) Konkrete Empfehlungen und Maßnahmen zur Umsetzung werden in Kap. 5.3. beschrieben.

Vierte Phase: Evaluation und Weiterentwicklung

Der Prozess der interkulturellen Öffnung bedarf regelmäßiger Evaluation und kontinuierlicher Weiterentwicklung. Die festgelegten Ziele müssen stetig überprüft und die bisherigen Ergebnisse erhoben werden. Auf Basis dieser werden weitere Ziele geplant und/oder angepasst. Interkulturelle Öffnung ist ein Prozess der mehrere Jahre dauert und in dieser Zeit immer wieder mit anderen in der Organisation relevanten, teilweise existentielleren Fragestellungen vereinbart werden muss. Die Organisationsentwicklung stellt dabei den Grundstein interkultureller Öffnung dar, jedoch muss interkulturelle Öffnung auch nach Abschluss des Organisationsentwicklungsprozesses weiterentwickelt werden. (vgl. ebenda, S. 55f)

5.3. Empfohlene Maßnahmen interkultureller Öffnung

Basierend auf den Empfehlungen des **Kuratoriums deutsche Altershilfe** zu kultursensibler Altenpflege und dem von **Domenig** entwickelten „Modell der transkulturellen Organisationsentwicklung“ werden im Folgenden konkrete Maßnahmen interkultureller Öffnung auf den verschiedenen beteiligten Ebenen beschrieben.

Maßnahmen auf gesellschaftspolitischer Ebene

Der Prozess der interkulturellen Öffnung stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die mit Ressourcen des Bundes, der Länder, Gemeinden und Trägerorganisationen entsprechend gestaltet werden muss. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.103)

Um interkulturelle Öffnung erfolgreich zu gestalten, muss zunächst von politischer Seite ein Umfeld geschaffen werden, welches Organisationen zur interkulturellen Öffnung ermutigt. Die Gestaltung politischer Rahmenbedingungen sollte dabei zu Ziel haben, dass MigrantInnen entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung auch beim Bezug von Leistungen dementsprechend repräsentiert sind. Dazu ist es notwendig den Anteil statistisch zu erheben, was wiederum die Erweiterung der

Dokumentations- und Statistikvorgaben der Einrichtungen voraussetzt. Eine weitere politische Aufgabe besteht im Abbau von politischen Zugangsbarrieren, die sich vor allem für nicht eingebürgerte MigrantInnen ergeben. (vgl. Kremla, 2004, S.23f)

Die VerfasserInnen der Charta für eine kultursensible Altenpflege sehen als Grundlage interkultureller Öffnung die Anerkennung eines Landes als „Einwanderungsland“ seitens der Politik. Diese Anerkennung ist die Grundlage für eine aktive und erfolgreiche Öffnungspolitik. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.104)

Auch Österreich ist ein „Einwanderungsland“. Im europäischen Vergleich ist die Zuwanderung nach Österreich hoch. (siehe Abb.7) In den Jahren 2000 - 2006 lag die Zuwanderung nach Österreich mit 13 Personen je 1.000 EinwohnerInnen im oberen Drittel der europäischen Staaten. Höhere Zuwanderungsraten als Österreich wiesen nur Luxemburg, Schweiz, Irland und Spanien auf. In Deutschland lag die Zuwanderung bei 9 Personen je 1000 EinwohnerInnen und damit deutlich unter dem österreichischen Wert. (vgl. österr. Integrationsfonds, 2009, S.24)

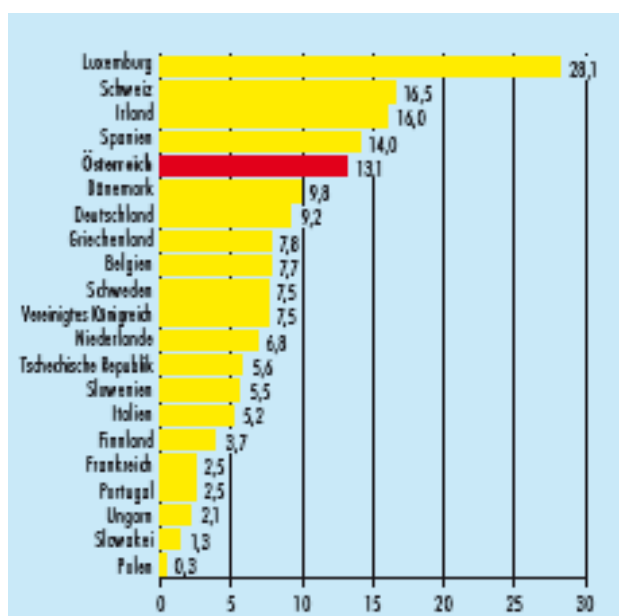


Abb. 7: Zuwanderung 2000-2006 je 1000 EinwohnerInnen im Durchschnitt (österr. Integrationsfonds, 2009, S.25)

Öffnungsprozesse sind mit finanziellem Aufwand verbunden, daher sind neben der Schaffung und Bereitstellung von Ressourcen auf gesellschaftspolitischer Ebene auch verbindliche Förderungen des Öffnungsprozesses notwendig. Finanzielle Unterstützung durch Träger und Gemeinden sind die Grundlage für das Gelingen der Maßnahmen interkultureller Öffnung. Interkulturelle Öffnung bedeutet finanziellen Mehraufwand, jedoch ist zu beachten, dass dieser letztlich zu einer Entlastung des gesamten Gesundheitssystems führt, indem Fehldiagnosen und –behandlungen durch Maßnahmen interkultureller Öffnung, kultursensibler Informationsarbeit und Verbesserung der Kommunikation vermieden werden. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, S.104 ff)

Ein weiterer wichtiger Schlüssel zur interkulturellen Öffnung ist die Vernetzung und Zusammenarbeit mit und Förderung von MigrantInnenorganisationen. In Wien können MigrantInnenorganisationen seit 1994 Förderungen des Wiener Integrationsfonds erhalten. Seit Sommer 2004 übernimmt die Magistratsabteilung für Integrations- und Diversitätsangelegenheiten diese Aufgabe. (vgl. Kremla, 2004, S.24f)

Maßnahmen auf struktureller Ebene der Organisation

Grundlegend für alle weiteren transkulturellen Maßnahmen in einer Organisation ist eine IST-Analyse der Organisation und eine Bedarfsanalyse. Dies ist notwendig, da im Gesundheitsbereich sehr unterschiedliche Gegebenheiten herrschen. Ziele und Maßnahmen einer interkulturellen Öffnung und Organisationsentwicklung sind je nach Art der Einrichtung (ambulant, stationär) unterschiedlich und müssen für jede Organisation einzeln analysiert werden. (vgl. Domenig, 2007, S.355)

Die Bedarfserhebung kann beispielsweise durch eine Analyse des MigrantInnenanteils im Einzugsgebiet der Organisation erfolgen, indem statistische Daten zu Herkunft, Ethnie und Religion potentieller KlientInnen erhoben werden. Ebenso können durch eine Ermittlung der Angebote und Einrichtungen von MigrantInnen, z.B. Ärzte mit Migrationshintergrund,

Ressourcen offengelegt und genutzt werden. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.49f)

Die IST-Analyse der Organisation besteht in einer Überprüfung vorhandener Angebote und Organisationsabläufe bezogen auf den erhobenen Bedarf. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.50)

Basierend auf IST- und Bedarfsanalyse kann die Anpassung bestehender Strukturen und Prozesse in der Organisation stattfinden. Bestehende Strukturen, Prozesse, Strategien, Pflege- und Betreuungsstandards und Pflegekonzepte der Organisation müssen überprüft und migrationsspezifisch angepasst werden. (vgl. Domenig, S. 357) Durch die konkrete interne und externe Analyse werden Potentiale und Lücken aufgezeigt, die zeigen welche Strukturen und Abläufe wie verändert werden können und müssen. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.53)

Eine weitere Maßnahme stellt die Verankerung interkultureller Öffnung im Leitbild der Organisation dar. Dadurch bekennt sich die Organisation zur interkulturellen Öffnung und erkennt sie als Auftrag an. Die Umsetzung des Leitbildes im Alltag muss wiederum einer Überprüfung innerhalb eines definierten Zeitraumes unterzogen werden. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.52) Die meisten Leitbilder von Pflegeorganisationen beinhalten bedürfnisorientierte und angepasste Pflege und Betreuung. Um jedoch dem schnellen kulturellen Wandel der Gesellschaft Rechnung zu tragen, ist die konkrete Nennung migrationsspezifischer Anliegen und ihre konkrete Verankerung im Leitbild einer Organisation wichtig, um nach innen und außen ein Zeichen zu setzen und die gesamte Organisation zur interkulturellen Öffnung zu verpflichten. (vgl. Domenig, 2007, S.357)

Eine weitere Maßnahme besteht im Abbau von Zugangsbarrieren seitens der Organisation. Organisationen müssen ihre Arbeitsformen bezüglich KundInnengewinnung überprüfen und anpassen. Dies kann beispielsweise durch muttersprachliche Beratungsangebote realisiert werden, die helfen sowohl sprachliche als auch kulturelle Barrieren zu überwinden. (vgl.

Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.53). Zusätzlich kann die Organisation durch ein äußeres Erscheinungsbild, das Offenheit gegenüber allen Kulturen zeigt, die Akzeptanz unter der MigrantInnenbevölkerung steigern. Dies kann beispielsweise durch Bilder, Gebetsräume oder mehrsprachige Hinweisschilder erreicht werden. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.54)

Eine weitere Empfehlung für Maßnahmen auf struktureller Ebene der Organisation betrifft die Zusammenarbeit und Vernetzung mit MigrantInnengemeinschaften auf der einen Seite, und Wissenschaft und Forschung andererseits. Die Kooperation mit MigrantInnengemeinschaften fördert die Akzeptanz von Angeboten innerhalb der MigrantInnenbevölkerung und verhindert Unsicherheiten. Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen, wie Universitäten und Fachhochschulen, garantiert qualitativ hochwertige Pflege, da Forschungseinrichtungen über Lücken und Problembereiche der Pflege informieren können und dementsprechend auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse gehandelt werden kann. (vgl. Domenig, 2007, S.359) Öffentlichkeitsarbeit im Sinne der Vernetzung und Ressourcenerschließung ist ein wesentliches Merkmal interkultureller Öffnung. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.54)

Eine weitere empfohlene Maßnahme interkultureller Öffnung ist die interkulturelle Ausrichtung des Qualitätsmanagements. Nach **Domenig** ist eine Gesundheitseinrichtung dann von hoher Transkulturalität *„wenn sie die Bedürfnisse und Erwartungen von PatientInnen mit Migrationshintergrund sowie Fachpersonen zu deren Zufriedenheit effektiv (zielgerichtet) und effizient (wirtschaftlich) erfüllt sowie gleichzeitig Akzeptanz und Unterstützung bei den übrigen Anspruchsgruppen bzw. Stakeholdern sowie der Öffentlichkeit findet.“* (Domenig, 2007, S.362)

Dabei erfolgt die Kontrolle der Qualität durch die Überprüfung der definierten migrationsspezifischen Standards, der erbrachten Leistung (Output) und der erzielten Wirkung (Outcome). Für den nachhaltigen Erfolg einer interkulturellen Öffnung ist die Verknüpfung mit dem Qualitätsmanagement

unerlässlich, denn nur so können Veränderungen und ihre Wirkung regelmäßig überprüft werden. Nach Domenig ist es dabei nicht sinnvoll, ein speziell auf MigrantInnen ausgerichtetes Qualitätsmanagement zu entwerfen, sondern in bestehende Qualitätsmanagementsysteme transkulturelle Aspekte mit einzubeziehen. Im Sinne der Chancengleichheit und dem Auftrag der Versorgung aller Menschen ist es sinnvoll, bestehende Systeme durch transkulturelle Aspekte zu erweitern. (vgl. Domenig, 2007, S.362)

Da sich rechtliche und gesetzliche Vorgaben und Ansprüche und Bedürfnisse der KlientInnen und MitarbeiterInnen ständig verändern und sich Qualität an diesen Anforderungen orientiert, ist auch Qualität nichts Absolutes. Qualität muss ebenfalls regelmäßig neu definiert und überprüft werden. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.20)

Um Qualität kontrollieren zu können, muss sie messbar gemacht werden. Interkulturelle Kompetenz muss also durch Indikatoren messbar gemacht werden. (vgl. Domenig, 2007, S.363)

Zu beachten ist dabei, dass eine migrationsspezifische Anpassung neben der Übersetzung der verwendeten Instrumente in die gängigsten Migrationssprachen auch die Überprüfung der Geeignetheit der Erhebungsmethoden notwendig macht. (vgl. Domenig, 2007, S.363)

Die Entwicklung hin zu einer kulturell kompetenten Organisation erfordert ausreichend finanzielle und personelle Mittel seitens der Organisation. Jedoch können die zu Beginn des Entwicklungsprozesses für die Organisation anfallenden Mehrkosten auf lange Sicht durch transkulturelle Maßnahmen in der Organisation wieder eingespart werden. So kann durch die transkulturelle Anpassung von Strukturen und Prozessen bei der Betreuung und Behandlung von MigrantInnen effektivere und effizientere Pflege und Behandlung durchgeführt werden, da durch Zugangsbarrieren entstehende zeitaufwendige „Leerläufe“ (Domenig, 2007, S.359) und kostenintensive Diagnostik vermieden werden kann. (vgl. Domenig, 2007, S.359)

Maßnahmen auf Ebene der MitarbeiterInnen

Die Umsetzung der interkulturellen Öffnung im Personalkonzept ist ein wichtiger Schritt innerhalb der Organisation. Im Prozess der interkulturellen Öffnung erweitert die Organisation ihr Anforderungsprofil an ihre MitarbeiterInnen, indem sie zusätzlich zur fachlichen Qualifikation auch interkulturelle Kompetenzen und sprachliche Fertigkeiten als wesentliche Kriterien definiert. Die VerfasserInnen der Charta für eine kultursensible Altenpflege verstehen unter interkultureller Kompetenz *„die Fähigkeit die eigene kulturelle Gebundenheit reflektieren und Unsicherheiten aushalten zu können.“* (Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.54)

Die Zusammensetzung der MitarbeiterInnen sollte auf allen Ebenen, so auch auf der Führungsebene, die kulturelle Vielfalt der Gesellschaft und die Offenheit der Organisation widerspiegeln. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.53f) Nach Domenig erhöht die Förderung von fachlich qualifizierten MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und die Unterstützung transkultureller Teams die kulturelle Kompetenz der gesamten Organisation. Daher sollten MitarbeiterInnen gezielt wegen ihres Migrationshintergrundes und den damit verbundenen Kompetenzen eingestellt werden und im Sinne der Chancengleichheit auch darin gefördert werden, Führungspositionen in der Organisation zu besetzen. (vgl. Domenig, 2007, S.359f)

Ebenso berücksichtigt die Organisation die kulturellen und sprachlichen Kompetenzen ihrer MitarbeiterInnen in der Planung der Einsätze. Vorhandene personelle Ressourcen in diesem Bereich werden wahrgenommen und genutzt. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.53f)

Durch entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung sollen die MitarbeiterInnen auf allen Ebenen für kulturelle Themen sensibilisiert und ihre transkulturelle Kompetenz erhöht werden. Dazu schlägt Domenig die Implementierung transkultureller Lerninhalte in die Grundausbildung der

verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen vor. (vgl. Domenig, 2007, S.357) So könnte eine Grundlage für ein kulturell kompetentes Gesundheitswesen geschaffen werden.

Als weitere wichtige Maßnahme wird die Bereitstellung von Reflexionsräumen für die MitarbeiterInnen gesehen. Unterstützung und Begleitung der MitarbeiterInnen durch Supervision, Fallbesprechungen, interdisziplinären Teambesprechungen und Interventionsgruppen wird empfohlen. In diesen wird fachlicher Wissens- und Erfahrungsaustausch ermöglicht und migrationsspezifische Fragen können im konkreten behandelt werden. Dadurch wird die gemeinsame Planung und Umsetzung von Maßnahmen ermöglicht. (vgl. Domenig, 2007, S.358)

5.4. Pflegemanagement im Prozess der interkulturellen Öffnung

„Das Management gewährleistet die zielorientierte Gestaltung der Leistungserbringung in Pflegeeinrichtungen.“ (Habermann, 2002, S.3)

Die Steuerung des Prozesses der interkulturellen Öffnung obliegt der Leitung der Organisation. Ein kultursensibles Pflegemanagement und interkulturelle Kompetenz der Leitungspersonen sind der Schlüssel zur erfolgreichen interkulturellen Öffnung einer Organisation. Und nur in einer interkulturell geöffneten Organisation kann kultursensible Pflege stattfinden. (Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.39f)

Kultursensible Pflege zu ermöglichen ist also in erster Linie Aufgabe des Pflegemanagements.

„Erst die Wahrnehmung, Anerkennung und kompetente Beantwortung der Anliegen einer kultursensitiven Pflege auch durch das Pflegemanagement wird Chancen für die dauerhafte Implementierung einer gelungenen, interkulturellen Pflegepraxis eröffnen.“ (Habermann, 2002, S.2)

Eine wichtige Aufgabe des Pflegemanagements besteht in der Sicherstellung finanzieller und personeller Ressourcen. Da finanzielle Rahmenbedingungen dem Prozess der interkulturellen Öffnung Grenzen setzen können, muss die Leitungsebene einer Organisation Pflegebedarfe erheben und dokumentieren, um eine Grundlage für die Finanzierung des Prozesses der interkulturellen Öffnung vorweisen zu können. Im Alltag sehen sich MitarbeiterInnen des Pflegemanagements dabei meist dem „*Dilemma*“ zwischen Finanzierbarkeit und Pflegequalität gegenüber. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.41)

Im Prozess der interkulturellen Öffnung tragen Führungskräfte des Pflegemanagements Verantwortung für Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen des Entwicklungsprozesses. Um kultursensibles Handeln zu ermöglichen und zu fördern, sind seitens der Leitungsebene klare Entscheidungen gefordert. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.47)

„Interkulturelle Öffnung muss von „oben“ gewollt und von „unten“ akzeptiert sein.“ (Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.47) Eine reine Entscheidung der Leitungsebene genügt dabei jedoch nicht. Den MitarbeiterInnen muss ermöglicht werden sich mit dem Prozess der interkulturellen Öffnung auseinanderzusetzen. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.47)

Das Pflegemanagement muss im Rahmen interkultureller Öffnung führen, Entscheidungen treffen und den Prozess begleiten. Zudem müssen auch die MitarbeiterInnen der Managementebene interkulturelle Kompetenz aufweisen und interkulturelles Management betreiben. Denn ein erfolgreiches Handeln im globalen Kontext macht auch die Berücksichtigung interkultureller Determinanten in den Bereichen Kommunikation, Motivation und Personalführung notwendig. (vgl. Habermann, 2002, S.3)

Interkulturelles Management initiiert, entwickelt und ermöglicht die Umsetzung interkultureller Maßnahmen. Dabei geht es darum, den Willen der Organisation, die kulturelle Vielfalt ihrer MitarbeiterInnen und KlientInnen

bzw. PatientInnen wahrzunehmen, zu respektieren und positiv zu bewerten, darzustellen. (vgl. Habermann, 2002, S.7)

Konkrete Aufgaben des Pflegemanagements im Prozess der interkulturellen Öffnung betreffen Personalplanung, -entwicklung und -einstellung, Bedarfsermittlung, Bereitstellung von personellen und zeitlichen Ressourcen, Bereitstellung von Reflexionsräumen und Qualifizierungsmöglichkeiten für MitarbeiterInnen, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung und Vermeidung von Diskriminierung. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.40ff; Habermann, 2002, S.2ff)

5.5. Besonderheiten interkultureller Öffnung ambulanter Pflegeorganisationen

Da interkulturelle Öffnung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, und kultursensible Pflege nur erreicht werden kann, wenn sie als solche wahrgenommen wird, kann kultursensible Pflege nicht „vereinzelt“. Dies bedeutet nach **Kaewnetara**, dass die interkulturelle Öffnung einzelner ambulanter Pflegeorganisationen am Effektivsten ist, wenn eine Vernetzung über die einzelnen Organisationen hinaus stattfindet. Die Vernetzung untereinander und mit MigrantInnenorganisationen ist im ambulanten Pflegesektor besonders empfehlenswert. (vgl. Kaewnetara, 2002, S.9)

Obwohl *Case Management* (siehe Kap. 2.5.2.) auch im stationären Pflegebereich betrieben wird, kommt ihm in der mobilen Pflege- und Betreuung in Bezug auf Koordination verschiedener Angebote und „Schnittstellenmanagement“ besondere Bedeutung zu. Daher soll es auch hier als Bestandteil ambulanter Pflegeorganisationen im Zusammenhang mit interkultureller Öffnung behandelt werden.

Dem Case Management kommt vor allem dort große Bedeutung zu, wo Menschen gleichzeitig durch viele verschiedene Probleme belastet sind und daher Leistungen mehrerer Anbieter und unterschiedlicher Art in Anspruch

genommen werden müssen. (vgl. Kaewnetara, 2002, S.17) Wie bereits in Kap. 3.2.3. beschrieben sind solche komplexen Problemlagen bei älteren MigrantInnen häufig anzutreffen.

Zu den Aufgaben des Case Managements im Zusammenhang mit interkultureller Öffnung gehört unter anderem die Einbeziehung externer Ressourcen. Wissen und Ressourcen anderer Stellen, die sich intensiver oder ausschließlich mit der Migrationsthematik beschäftigen, werden eingeholt und genutzt. Außerdem sorgt das Case Management für die Einbeziehung der Familie von betreuten MigrantInnen. Angehörige können vor allem am Beginn der Betreuung bei der Abklärung von Erwartungen, Wünschen und medizinisch-pflegerischen Notwendigkeiten hilfreich sein. Eine weitere Möglichkeit ist die Kooperation mit ReligionsvertreterInnen bei gläubigen KlientInnen, um entsprechendes Wissen einzuholen und die Pflege damit zu verbessern. (vgl. Kaewnetara, 2002, S.18)

Als strukturbedingte Schwierigkeit des ambulanten Sektors in Bezug auf interkulturelle Öffnung beschreibt **Kaewnetara** das Problem der „*mobilen Tätigkeit*“ der Pflegepersonen. MitarbeiterInnen gehen zumeist außerhalb der Räumlichkeiten der Organisation ihrer Tätigkeit nach. Dies macht insbesondere den regelmäßigen Austausch unter den MitarbeiterInnen und mit Vorgesetzten schwierig. (siehe Kap. 4.3.) Auch die Einteilung in Schichtdiensten, wie sie im ambulanten Pflegesektor üblich ist, erschwert die Kommunikation und den Austausch über auftretende Probleme und Schwierigkeiten in der Betreuung. Schichtdienste, lange Arbeitszeiten und eingeschränkte Austauschmöglichkeiten stellen zusätzliche Belastungen für die MitarbeiterInnen dar. Aufgrund dieser Situation werden zusätzliche Veränderungen, die mit interkultureller Öffnung einhergehen, oft als Zusatzbelastung empfunden und nicht im Sinne der interkulturellen Öffnung als Qualifizierungschance oder Verbesserung der Arbeitsqualität. (vgl. Kaewnetara, 2002, S.14)

Eine weitere Schwierigkeit definiert Kaewnetara das „*Nähe-Distanz-Problem*“ in der mobilen Pflege. Unabhängig vom Migrationshintergrund stellen die

Betreuung der KlientInnen in ihrem Lebensumfeld zuhause und die oftmals lange Betreuungsdauer in der Hauskrankenpflege hohe Anforderungen an die Pflegepersonen. Treffen unterschiedliche Kulturen in dieser Pflegebeziehung aufeinander, erschwert sich die Situation und die Qualifikationsanforderungen an die MitarbeiterInnen nehmen nochmals zu. (vgl. Kaewnetara, 2002, S.14)

Hier ist es seitens der Organisation wichtig, im Prozess der interkulturellen Öffnung Investitionen in Form von Arbeitszeit zu tätigen. Weiter müssen die positiven Aspekte der interkulturellen Öffnung gegenüber der Mitarbeiterschaft betont werden. Vorteile für die MitarbeiterInnen, wie beispielsweise Erhöhung der Qualifikation, Verbesserung der Pflegequalität, Stärkung der Sicherheit in der Arbeit, sollen hervorgehoben werden, um die Beteiligung auf MitarbeiterInnenebene sicherzustellen und Widerstände zu verhindern. (vgl. Kaewnetara, 2002, S.15)

Speziell im Bereich mobiler Pflegeorganisationen betont Kaewnetara die Notwendigkeit der Öffnung vieler, möglichst aller Anbieterorganisationen in einer Region, um eine dauerhafte Etablierung interkultureller Öffnung und der damit einhergehenden Veränderungen zu erreichen.

Öffentlichkeitsarbeit im Sinne von Marketing, wie es in anderen Wirtschaftsbereichen üblich ist, wird in mobilen Pflegeorganisationen meist nicht betrieben. Wie in allen Berufsbereichen, in denen der Gedanke des Helfens im Vordergrund steht, verbietet der ideelle Anspruch ein solches Vorgehen. Jedoch steht auch bei ambulanten Pflegediensten marktorientiertes Handeln meist im Hintergrund. (vgl. Kaewnetara, 2002, S.19)

Im Sinne der KundInneninformation können auch mobile Pflegeorganisationen Strategien zur KundInnengewinnung festlegen. Zentrales Instrument der KundInnengewinnung ist dabei die Kommunikation nach außen. Vor dem Hintergrund der Erschließung einer neuen Zielgruppe der MigrantInnen kann dies auf verschiedenen Wegen der Partizipation und

Kooperation geschehen. Die Zusammenarbeit mit MigrantInnenorganisationen und die Einbeziehung ihrer Vertreter in die Entwicklungs- und Veränderungsprozesse können hier sinnvoll sein. (vgl. Kaewnetara, 2002, S.19)

5.6. Hindernisse und Problematiken interkultureller Öffnung

Probleme und Widerstände können bei interkultureller Öffnung auf allen Ebenen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftreten.

Kremla identifiziert in ihrer Studie zu „interkulturellen Altenpflege in Wien“ Zugangsbarrieren seitens der Organisationen und seitens der MigrantInnen. Erfahrungen interkultureller Öffnungen in Deutschland haben gezeigt, dass diese oft in Modellprojekten versunken bleibt und nicht im Regelbetrieb der Organisationen Eingang findet. (vgl. Kremla, 2004, S.32)

Gründe für das Misslingen sind die Überlastung der Organisationen, die dazu führt, dass keine neuen Zielgruppen angesprochen werden und auf Öffentlichkeitsarbeit größtenteils verzichtet wird. Weiter können die in den meisten Organisationen vorhandenen Ressourcen, wie sprachliche Kompetenzen, nicht entsprechend genutzt werden. Der Kontakt der Organisationen zu MigrantInnen und ihren Einrichtungen besteht meist nicht, und auch Wissen über Kulturen, Länder und Traditionen fehlt meist, was zu Stereotypisierungen führt. (vgl. Kremla, 2004, S.32f)

Ein weiteres Hindernis für Organisationen, die sich in den Prozess der interkulturellen Öffnung begeben wollen, besteht in fehlenden Bedarfserhebungen. Organisationen steht wenig bis kein Datenmaterial zur Verfügung auf dem sie die interkulturelle Öffnung gründen können. In vielen Statistiken werden die Faktoren Herkunft oder Staatsbürgerschaft nicht berücksichtigt. Zudem fallen vielen MigrantInnen aus der Statistik, sobald sie die österreichische Staatsbürgerschaft erhalten. (vgl. Kremla, 2004, S.33)
Einige statistische Erhebungen berücksichtigen diese Kategorien, jedoch

besteht vor allem im Pflegebereich und im Bereich älterer MigrantInnen immer noch erheblicher Mangel an aussagekräftigen Daten.

Kremla identifiziert als weiteres Hindernis auf Organisationsebene die fehlende Wettbewerbssituation, die das Akquirieren neuer KlientInnengruppen nicht notwendig macht. Wie in Kap. 2.5.3. beschrieben, werden die Anbieter mobiler Pflege in Wien hauptsächlich über die Stadt vermittelt, somit entfällt die aktive Anwerbung von KlientInnen. (vgl. Kremla, 2004, S.146)

Zugangsbarrieren seitens der MigrantInnen beeinflussen ebenfalls das In Gang setzen und fortführen interkultureller Öffnung. Wie bereits in Kap. 3.2. beschrieben, ist die Zielgruppe der MigrantInnen noch relativ jung. Die Nachfrage ist daher derzeit noch gering und wird zwar kontinuierlich aber langsam steigen. (vgl. Kremla, 2004, S.148) Neben der noch relativ jungen Altersstruktur der MigrantInnenbevölkerung sind Zugangsbarrieren seitens der MigrantInnen, wie fehlende Information, Systemfremdheit und sprachliche und rechtliche Barrieren für die geringe Nachfrage verantwortlich

Zu beachten ist der „reaktive Charakter“ interkultureller Öffnung. Erst wenn der Anteil der MigrantInnen in der Betreuung ansteigt, werden seitens der Organisationen Maßnahmen als notwendig erachtet. Erst wenn ein Druck für die Organisationen besteht, werden Maßnahmen gesetzt. (vgl. Kremla, 2004, S.147)

In ihrer Studie 2004 kam **Kremla** zu dem Ergebnis, dass aufgrund der bisherigen Unterrepräsentation von MigrantInnen als KlientInnen in den Einrichtungen, MigrantInnen als Einzelfälle wahrgenommen werden und damit nicht als Gruppe mit möglichen speziellen Bedürfnissen. Dadurch können sie auch nicht als Zielgruppe definiert werden. (vgl. Kremla, 2004, S.147)

Die GrundsatzEinstellung von sozialen und Gesundheitseinrichtungen alle Menschen gleich zu behandeln sieht Kremla ebenfalls als Hindernis. Nach Kremla begünstigt die „*Unschärfe zwischen Gleichwertigkeit und Gleichheit*“

die Abwehr von Unterschieden: nicht nur die Rechte, auch die Bedürfnisse eines jeden sind gleich.“ (Kremla, 2004, S.147) Pflegeorganisationen haben den Anspruch, ohnehin für alle Menschen offen zu sein. Zudem kommt die Befürchtung der Organisationen durch die spezielle Berücksichtigung einer spezifischen Gruppe von KlientInnen die Mehrheit zu diskriminieren. Eine solche Berücksichtigung würde die Organisation vor ein Definitions- und Legitimierungsproblem stellen. (vgl. Kremla, 2004, S.147)

Wird interkulturelle Öffnung in einer Organisation initiiert, können im Prozess der Organisationsentwicklung ebenfalls Probleme und Widerstände auf mehreren Ebenen der Organisation auftreten.

Als Organisationsentwicklungsprozess ist interkulturelle Öffnung ein komplexer, vernetzter und nicht geradlinig verlaufender Prozess, der erfolgreiche Phasen mit klaren Ergebnissen ebenso beinhaltet, wie Phasen, in denen es zu Konflikten und Widerständen kommen kann. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.56)

Hinz-Rommel sieht die grundlegende Frage, wie man *„generell Veränderungsprozesse in Institutionen und bei Menschen in Institutionen auslösen und verstetigen“* (Hinz-Rommel, 2000, S.154) kann, als entscheidend für den Erfolg einer interkulturellen Öffnung.

Veränderungen in Organisationen sind meist negativ besetzt. Sie werden mit Machtverlust, zusätzlichen Belastungen und neuen Situationen auf die man sich einstellen muss, assoziiert und können Interessenskonflikte schaffen. (vgl. Domenig, 2007, S.361) Nach Domenig bedarf besonders dem Ziel der Akzeptanz im Prozess der interkulturellen Öffnung besonderer Beachtung, da es sich bei der Zielgruppe der MigrantInnen um eine Personengruppe handelt der nicht immer die notwendige Akzeptanz und Aufmerksamkeit für ihre Probleme entgegen gebracht wird. (vgl. ebenda) Um diesem Problem zu begegnen, hebt Domenig besonders die Notwendigkeit einer Partizipationsstrategie hervor, die die das Wissen und die Interessen der Betroffenen miteinbezieht. (vgl. ebenda)

Interkulturelle Öffnung stellt einen Entwicklungsprozess dar, der Anforderungen an alle Beteiligten stellt. Diese Anforderungen können Konflikte und Widerstände auslösen.

Der Prozess fordert die *Auseinandersetzung mit den eigenen Defiziten und den Defiziten der Organisation*. Dies ist oft ein schwieriger Prozess, doch nur durch die Auseinandersetzung mit vorhandenen Defiziten können Entwicklungspotentiale aufgezeigt werden. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.56f)

Weiter *konfrontiert der Prozess mit fremden Menschen*, d.h. es werden externe Personen an der Entwicklung der Organisation beteiligt. Dies erfordert eine Erweiterung und Öffnung der Grenzen der Organisation. Solche Vorgänge sind immer problematisch und können nur durch regelmäßige Reflexion der Rollen und Befugnisse der Beteiligten bewältigt werden. (vgl. ebenda)

Zusätzlich erfordert der Prozess der interkulturellen Öffnung eine *Investition an Zeit, Geld und Kraft*. Der Ausgang der interkulturellen Öffnung ist zu Beginn ungewiss, dadurch kann Unsicherheit unter den Beteiligten entstehen, die wiederum nur mit der Schaffung von Vertrauen abgefangen werden kann. (vgl. ebenda)

Der Prozess erfordert zudem die *Arbeit auf unterschiedlichen Ebenen*. Dies kann zu Unübersichtlichkeit oder zur unterschiedlichen Gewichtung einer Ebene führen. Für den Erfolg müssen auf allen Ebenen in sinnvoller Weise und aufeinander abgestimmt Veränderungen durchgeführt werden. (vgl. ebenda)

Der Prozess erfordert weiter das *Engagement aller Beteiligten*. Dabei sind die Nachhaltigkeit und der Grad des Engagements von Bedeutung. Die Führungsebene muss nachhaltiges Engagement zeigen, indem sie sich nach Beschluss der interkulturellen Öffnung weiter aktiv beteiligt. Probleme können bei MitarbeiterInnen auftreten, die sich besonders einsetzen und dabei das Umfeld aus dem Blick verlieren. Zu viel Engagement kann ebenso

zu Konflikten führen wie ein Mangel an Engagement. Hier kann den Prozess begleitende Beratung sinnvoll sein, um Konflikte zu vermeiden bzw. beizulegen. (vgl. ebenda)

Im Allgemeinen ist das Auftreten von Konflikten und Widerständen ein normaler Bestandteil des Organisationsentwicklungsprozesses. Auftretende Konflikte und Widerstände sollen dabei als Indikator für das Funktionieren des Prozesses gesehen werden. Sie tragen dazu bei, wichtige Themen anzusprechen und Veränderungspotentiale sichtbar zu machen. (vgl. Kuratorium deutsche Altershilfe, 2002, S.58)

6. Hauskrankenpflege für MigrantInnen – Erfahrungen und Einschätzungen aus der Perspektive des Pflegemanagements wiener Anbieter - Organisationen

Durch die Befragung von Expertinnen und Experten sollte die Frage beantwortet werden, wie der Status Quo von Hauskrankenpflege für MigrantInnen in Wien aussieht, und wie die zukünftige Entwicklung dieses Themas von den Hauskrankenpflegeanbietern in Wien eingeschätzt wird. Im Besonderen interessierten dabei folgende Fragen:

- *„Wie sieht der gegenwärtige Bedarf an transkultureller Pflege aus und welche Angebote bestehen derzeit für MigrantInnen?“*
- *„Welche Strukturen und Prozesse bestehen in den Organisationen bezüglich transkultureller Pflege?“*
- *„Wie wird der zukünftige Bedarf an transkultureller Pflege von den Organisationen eingeschätzt und welcher Handlungsbedarf besteht für die Organisationen?“*

- *„Welche Entwicklungen sind nötig und möglich, um die Bereitstellung transkultureller Pflege zu gewährleisten?“*

Ziel dieser Befragung war es, Erfahrungen und Einschätzungen des Pflegemanagements der einzelnen Hauskrankenpflegeanbieter zu erheben, um daraus Erkenntnisse über Bestehendes und über Möglichkeiten zukünftiger Entwicklungen zu erlangen.

Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, Verantwortlichen im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung einen Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen von Pflege für MigrantInnen aus Sicht des Pflegemanagements zu geben, um darauf basierend Entscheidungen über mögliche Entwicklungen und Veränderungen in diesem Bereich treffen zu können.

6.1. Die Erhebung

Zur Erhebung der Einschätzungen und Erfahrungen bezüglich Hauskrankenpflege für MigrantInnen wurden Organisationen ausgewählt, die in ganz Wien allgemeine Hauskrankenpflege anbieten und vom Fonds Soziales Wien anerkannt und gefördert werden.

Als Zielgruppe der Befragung wurden ExpertInnen des Pflegemanagements der ausgewählten Organisationen definiert. Die Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch, nachdem geeignete InterviewpartnerInnen aus den Internetseiten bzw. durch Empfehlungen von Dritten recherchiert wurden. Nach telefonischer Vorstellung erfolgte die Zusendung eines Informationsblattes via e-Mail an die VertreterInnen der Organisationen.

Im Zeitraum von März bis April 2009 wurden aus sechs Organisationen jeweils ein/e VertreterIn des Pflegemanagements befragt. Zusätzlich wurden von vier dieser sechs Organisationen migrantInnenspezifische Angebote

erhoben. Ebenso wurde der Fonds Soziales Wien, als Fördergeber und strategischer Partner der mobilen Pflege und Betreuung in Wien, zum Thema interviewt.

Die befragten Organisationen, InterviewpartnerInnen und die zusätzlich erhobenen Dienste sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst dargestellt:

ORGANISATION	PFLEGEMANAGEMENT	ZUSÄTZLICHE DIENSTE (nicht in die Pflege integriert)
Wiener Sozialdienste	Pflegedienstleitung	Kontaktbesuchsdienst für MigrantInnen
Wiener Rotes Kreuz	Bereichsleitung Gesundheits- und Soziale Dienste	Integrationsbeauftragte des WRK
Sozial Global	Pflegedirektion	Terra MigrantInnenberatung
Soziale Dienste der Adventmission	Leitung Personalwesen	
Caritas Socialis	Bereichsleitung mobile Pflege und Betreuung	
Wiener Hilfswerk	Abteilungsleitung Pflege und Betreuung daheim	Diversitätsbeauftragte WHW
Fonds soziales Wien	Leitung Beratungszentren Pflege und Betreuung zuhause	

Abb. 8: Befragte Organisationen

Die sechs befragten Hauskrankenpflegeanbieter decken gegenwärtig, lt. Fonds Soziales Wien, rund 48% der in Wien geförderten Betreuungsstunden in der Hauskrankenpflege ab. (Auskunft FSW Beratungszentren)

Die VertreterInnen des Pflegemanagements wurden anhand eines offenen Interviewleitfadens zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen befragt. Zusätzlich wurden anhand eines leicht abgewandelten Interviewleitfadens die Einschätzungen und Erfahrungen der VertreterInnen der migrationsspezifischen Angebote der Organisationen im Rahmen ihrer speziellen Tätigkeit erhoben. (siehe Kap. 4.4.)

Die Interviews fanden in den Räumlichkeiten der jeweiligen Organisation statt und dauerten zwischen einer halben Stunde und einer Stunde. Um die Transkription und Analyse des Datenmaterials zu erleichtern wurden die Interviews, nach Einwilligung der Befragten, aufgezeichnet.

Die Datenauswertung erfolgte nach Transkription der Interviews anhand der von **Meuser und Nagel** postulierten Auswertungsstrategie für Interviews mit ExpertInnen. Dazu wurden die Interviews ohne Berücksichtigung nonverbaler oder parasprachlicher Elemente transkribiert. Pausen, Stimmlagen und andere nonverbale Ausdrücke wurden ausgespart, da bei der Auswertung ausschließlich der Inhalt der Aussagen und gemeinsam geteiltes Wissen der ExpertInnen von Bedeutung waren. (vgl. Meuser/Nagel S.455)

Als erster Schritt wurde das Textmaterial paraphrasiert, um wichtige Themen herauszuarbeiten. Anschließend wurden die Paraphrasen mit Überschriften versehen und Passagen, in denen ähnliche Themen angesprochen wurden, zusammengestellt. Die in den einzelnen Interviews ersichtlichen Themen wurden in einem nächsten Schritt über die einzelnen Interviews hinausgehend in einem thematischen Vergleich zusammengestellt. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der einzelnen ExpertInnenmeinungen wurden ermittelt. Zuletzt wurden Kategorien gebildet und die Ergebnisse der Analyse interpretiert. (vgl. Meuser/Nagel S.457ff)

6.2. Zentrale Ergebnisse der Untersuchung

6.2.1. Gegenwärtiger Bedarf und Angebot

Gegenwärtiger Bedarf und Inanspruchnahme von Hauskrankenpflege für MigrantInnen

Alle befragten Organisationen gaben an, bereits Erfahrungen mit der Betreuung von KlientInnen mit Migrationshintergrund gemacht zu haben. Der Anteil der MigrantInnen unter den KlientInnen kann jedoch von keiner der befragten Organisationen konkret angegeben werden, da hierzu genaue Daten fehlen. So können die Organisationen den Anteil der MigrantInnen unter ihren KlientInnen nur schätzen.

„Prozentmäßig kann ich es jetzt nicht sagen wie viel das wirklich sind, aber es trifft doch immer wieder zu, dass es einige gibt.“

Diese Schätzungen beruhen auf Angaben zur Staatsangehörigkeit, Sprache und den Namen der KlientInnen. Der geschätzte Anteil liegt zwischen 2% und 50%. Diese weite Spannbreite lässt sich auf den Mangel an statistischen Daten zurückführen.

„...wenn jemand seit gestern österreichischer Staatsbürger ist, heut Klient wird, ist er für uns Österreicher, wir wissen nicht woher er kommt, wo er geboren wurde, wie lang er schon in Österreich ist. Gewisse Dinge merkt man einfach dann bei Sprachbarrieren ...“

Zudem ergibt sich für die Organisationen die Schwierigkeit zu definieren, welche KlientInnen MigrantInnen sind und welche nicht. Sind KlientInnen unauffällig und treten keine Probleme in der Betreuung auf, wird oft nicht ersichtlich, dass die KlientInnen einen Migrationshintergrund haben. In den

meisten Fällen wird die fremde Herkunft der KlientInnen von den Organisationen durch Verständigungsschwierigkeiten in der Betreuung erkennbar.

Als hauptsächliche KlientInnengruppe migrantischer Herkunft wird die Gruppe der ehemaligen GastarbeiterInnen angegeben. Hier wird der Anteil der Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien deutlich höher eingeschätzt, als der Anteil türkischstämmiger MigrantInnen.

Vor allem im Hinblick auf den hohen MigrantInnenanteil an der Wiener Bevölkerung, wird die Inanspruchnahme von Pflege und sozialen Diensten von den Organisationen als gering eingeschätzt. Als Grund hierfür wird die familiäre Pflege genannt, die vor allem in der türkischen MigrantInnengruppe häufig betrieben wird. Von einigen Organisationen werden die Rückkehr der alten GastarbeiterInnen in ihr Heimatland nach der Pensionierung und Probleme beim Zugang zu Pflege- und Sozialdiensten als Gründe für die geringe Inanspruchnahme gesehen.

Hauskrankenpflege wird derzeit eher in Anspruch genommen, als andere soziale Dienstleistungen, wie beispielsweise Heimhilfe. Als Grund hierfür wird wiederum die Versorgung durch die Familie gesehen. Es wird angenommen, dass hauswirtschaftliche Tätigkeiten eher durch die Familie kompensiert werden können, als pflegerische Aufgaben, die professioneller Unterstützung bedürfen.

„Wir vermuten, dass der Einstieg über die Pflege den Leuten leichter fällt mit Migrationshintergrund, das heißt da ist die Grenze der Familie erreicht, ..., da wirts notwendig diplomiertes Personal, also wirklich medizinisches Personal zu holen.“

Derzeitiges Angebot und Projekte für MigrantInnen (siehe Kap. 4.4.)

Spezielle Angebote für MigrantInnen bestehen in vier der sechs befragten Organisationen. Diese beziehen sich auf den Abbau von Zugangsbarrieren, Vermittlung von Information, Beratung und Kommunikation in der Pflegebeziehung. Diese Angebote haben großteils Projektcharakter und stellen keine konkreten Strategien in Bezug auf transkulturelle Pflege dar.

Einige der befragten Organisationen nahmen bereits an Projekten zum Thema Diversity teil und führten organisationsintern Projekte durch, aus denen Hilfsmittel für die Betreuung und Pflege von MigrantInnen entstanden sind.

Kommunikation wird als zentrales Thema in der Pflegebeziehung gesehen und sprachliche Probleme als vorrangigste Hürde für die Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege für MigrantInnen. Ohne gelungene Kommunikation zwischen Pflegekraft und KlientIn kann keine zufrieden stellende Pflege und Betreuung gewährleistet werden. Daher beziehen sich organisationsinterne Projekte derzeit auf den Abbau von sprachlichen Barrieren in der Pflegebeziehung und auf die Verbesserung der Verständigung zwischen Pflegepersonal und KlientInnen in der Hauskrankenpflege.

Das Problem des Zugangs von MigrantInnen zu Pflege- und Sozialdiensten ist den befragten Organisationen bekannt, hier wird sowohl in Projekten, als auch durch bestehende Angebote versucht den Zugang zu verbessern. (siehe Kap. 4.4.)

„Wir versuchen ... vermehrt auf diese Gruppe der Menschen zuzugehen und zu sagen, hier ist eine Organisation, die auch für Migranten oder für Menschen anderer Sprache Betreuung und Pflege anbietet, ...“

Bedürfnisse von KlientInnen mit Migrationshintergrund

Der Kern der häuslichen Pflege ist die Bedürfnisorientierung. Die Organisationen betonen, dass es in der häuslichen Pflege und Betreuung notwendig und alltäglich ist, die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen genau zu erheben und auf sie einzugehen. Dies beinhaltet auch die Berücksichtigung kulturell bedingter Bedürfnisse und Wünsche. Im Pflegeprozess und in der Planung der Einsätze wird, soweit es zeitlich und personell möglich ist, auf diese Bedürfnisse eingegangen.

„...es ist jeder Klient eine andere Herausforderung, medizinisch, pflegerisch, sozial, ... ja vom Verhalten von der Compliance in der Pflege etc., man muss sich sowieso auf jeden Einzelnen einstellen.“

Allgemein wird in den Organisationen davon ausgegangen, dass es kulturell geprägte Bedürfnisse gibt, die sich in der Praxis anders darstellen, als die österreichischer KlientInnen. In den grundlegenden Bedürfnissen unterscheiden sich die KlientInnen mit Migrationshintergrund jedoch, der Erfahrung der Organisationen nach, kaum von jenen ohne Migrationshintergrund.

„Man muss maximal Rücksicht nehmen auf die Bedürfnisse des Klienten, für mich ist es auch ein Bedürfnis, dass ein Klient der jetzt aus Österreich ist und keine kulturellen Besonderheiten mitbringt aus einem anderen Teil der Welt, dass auch seine Bedürfnisse berücksichtigt werden. Natürlich muss man im Rahmen kulturspezifischer Pflege aufpassen, dass man nicht auf irgendwelchen religiösen Befindlichkeiten oder kulturspezifischen Befindlichkeiten da sehr daneben tritt, ...“

Als grundlegende Bedürfnisse aller KlientInnen werden der Wunsch und die Erwartung gesehen professionell und ganzheitlich gepflegt und betreut zu

werden. Als weitere universelle Erwartung wird ein respektvoller und wertschätzender Umgang miteinander gesehen.

Die größten Unterschiede zwischen KlientInnen mit Migrationshintergrund und österreichischen KlientInnen zeigten sich in der Praxis bisher bei den Themen Ernährung, Hygiene und Versorgung durch Männer oder Frauen. Diese Bedürfnisse werden jedoch grundlegend bei jeder Klientin und jedem Klienten einzeln erhoben und in der Pflege und Betreuung berücksichtigt. Im Allgemeinen gibt es aus der Sicht der Organisationen derzeit keine Bedürfnisse, die nicht erfüllt werden können.

Von einer Befragten wurde die schlechte Situation von MigrantInnen bezüglich Wohnsituation und finanziellen Mittel als Unterschied zur Situation österreichischer KlientInnen angegeben. Ihrer Erfahrung nach leben MigrantInnen häufiger in Substandardwohnungen als österreichische KlientInnen und sie verfügen häufiger über sehr begrenzte finanzielle Mittel. Dies beeinflusst auch die Pflege und Betreuung dieser KlientInnen. Ist beispielsweise keine Wasserversorgung unmittelbar in der Wohnung der KlientInnen vorhanden, oder sind Pflegehilfsmittel aus Mangel an finanziellen Mitteln nicht verfügbar, hat dies Einfluss auf die Qualität der Pflege.

6.2.2. Strukturen und Prozesse in den Organisationen bezüglich Pflege für MigrantInnen

Strukturen

In allen befragten Organisationen stellen MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund eine wichtige Ressource im Umgang mit KlientInnen mit Migrationshintergrund dar. Der Anteil der MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund liegt in den Organisationen, so Schätzungen der Befragten, zwischen 40% und 70%. Jedoch gibt es auch hier wenig statistische Erhebungen und Daten. Durch diesen hohen Anteil ist die

Auseinandersetzung mit dem Thema MigrantInnen auf MitarbeiterEbene in den Organisationen größer als auf Ebene der KlientInnen.

Innerhalb der Organisationen werden MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund als Wissenslieferanten gesehen, die Information und Verständnis für die jeweiligen Kulturen vermitteln und als Ansprechpartner für österreichische MitarbeiterInnen dienen. Zudem werden sie als ÜbersetzerInnen bei KlientInnen, die dieselbe Sprache sprechen eingesetzt, um die Betreuung zu erleichtern. In einigen der befragten Organisationen ist es üblich entsprechende Pflege- und Betreuungskräfte einzusetzen, in anderen wird dies nur zur Intervention bei Problemen in der Betreuung so gehandhabt. Wichtig dabei ist, dass die Sprache der Einsatzkraft und ihre Profession zusammenpassen.

Zeitlich bedeutet dies für die Pflege- und Betreuungskräfte, dass sie sehr flexibel sein müssen und oft längere Fahrzeiten in Kauf nehmen müssen. Außerdem entsteht durch den gezielten Einsatz von Pflege- und Betreuungskräften derselben Kultur und Sprache ein großer Planungsaufwand, der für einige der befragten Organisationen kaum zu organisieren ist.

Ein weiteres Problem, welches sich beim Einsatz von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund ergibt, sind Widerstände seitens der MitarbeiterInnen. Eine der Befragten gab ihre Erfahrung wieder, dass viele Menschen die nach Österreich gekommen sind ihre Vergangenheit hinter sich lassen möchten. Daraus resultiert teilweise Unverständnis unter den MitarbeiterInnen für ihre Landsleute.

„...durch die Bank...ist ihr Ziel, dass sie integriert sind hier und ich glaub, dass manche auch Widerstände dagegen haben sich auf das Frühere einzulassen...“

Widerstände in diesem Sinne können beispielsweise auftreten, wenn Menschen in totalitären Regimen gelebt haben und das in ihrer Heimat Erlebte nicht aufarbeiten wollen oder können.

Der Großteil der Befragten sieht beim Einsatz von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund jedoch kein Problem.

In einigen befragten Organisationen sind MitarbeiterInnen mit spezieller Ausbildung oder Fortbildung im Bereich Diversity bzw. Migration beschäftigt. Zwei der befragten Organisationen beschäftigen derzeit eine Diversitätsbeauftragte bzw. eine Integrationsbeauftragte. Diese dienen in erster Linie als Ansprechpersonen bei kulturell bedingten Problemen auf organisatorischer Ebene und für die einzelnen MitarbeiterInnen direkt. Zudem initiieren und leiten sie Projekte zum Thema Migration und Diversität in den verschiedenen Abteilungen ihrer Organisationen. Die Stellen der Diversitätsbeauftragten bzw. der Integrationsbeauftragten sind in den befragten Organisationen nicht im Bereich der Pflege angesiedelt, sondern in anderen Abteilungen. Beispielsweise ist die Position der Diversitätsbeauftragten im Bereich der Nachbarschaftshilfe angesiedelt. Die Aufgaben der Integrationsbeauftragten umfassen vor allem Information, Beratung und Sprachförderung. Die im Rahmen dieser Arbeit interviewte Integrationsbeauftragte beschäftigt sich hauptsächlich mit der Betreuung von AsylwerberInnen in Wien.

In allen befragten Organisationen finden in unterschiedlicher Form regelmäßig Teambesprechungen statt. In diesen werden Besonderheiten und Probleme bei KlientInnen besprochen und Erfahrungen ausgetauscht. In diesem Rahmen kommen auch kulturell bedingte Merkmale der KlientInnen zur Sprache.

„...die Mischung allein schon von unseren Mitarbeitern, dass da ein Verständnis herrscht und wenn vielleicht eine, eine Mitarbeiterin die nicht mit

Migrationshintergrund eine Frage hat warum is der so kann sie ihre Kollegin fragen die vielleicht einen ähnlichen Hintergrund hat und dann wird das geklärt.“

Durch den Austausch zwischen KollegInnen unterschiedlicher Herkunft kann relevante Information zu Kultur und zum Umgang mit kulturell bedingten Problemen bei KlientInnen weitergegeben werden und transkultureller Austausch stattfinden.

Prozesse

Im Rahmen des Erstbesuches wird in den befragten Organisationen die IST-Situation der KlientInnen erhoben. Bei der Pflegeanamnese werden besondere Wünsche und Bedürfnisse der KlientInnen und gegebenenfalls auch der Angehörigen erfasst. Dabei werden auch kulturelle Besonderheiten der KlientInnen für die Pflegekraft und die Organisation ersichtlich.

„Anhand von diesem Erstbesuch kriegen wir das schon mit und da wird ja auch mit dem Klienten kommuniziert und auch manches hinterfragt, d.h. bei dem Erstbesuch kriegen wir das dann mit.“

Die Befragten gaben an, diese Wünsche und Bedürfnisse in der Einsatz- und Personalplanung zu berücksichtigen. Alle interviewten ExpertInnen erwähnten in diesem Zusammenhang die Rücksichtnahme auf geschlechtsspezifische Wünsche in Bezug auf die Betreuungsperson.

„...ein Thema ist Mann und Frau, also es gibt das Frauen dann wirklich nur von Frauen betreut werden wollen oder müssen sag ich mal, weil's einfach auch vom Glauben her so ist, aber auch Männer nur von Männern, haben wir auch schon ghabt, wo keine Frau den Mann angreifen durfte.“

Deutlich wird hier, dass die Pflege durch Männer oder Frauen in der Praxis oft problematisch ist und speziell in der Pflege- und Betreuungsplanung darauf eingegangen werden muss. Weiter wird die Berücksichtigung zeitlicher Wünsche erwähnt, beispielsweise im Ramadan. Auch hier wird betont, dass dies grundlegende Erwartungen der KlientInnen in der häuslichen Pflege und Betreuung sind, die im Pflegealltag unabhängig vom kulturellen Hintergrund der KlientInnen anzutreffen sind.

„In der Personal- und Einsatzplanung ist es Alltag individuelle Bedürfnisse zu berücksichtigen.“

Hierbei spielt wiederum die Kommunikation mit den Betroffenen bzw. deren Angehörigen eine zentrale Rolle, es werden besondere Bedürfnisse erhoben und in der Einsatz- und Pflegeplanung berücksichtigt.

6.2.3. Gegenwärtige Auseinandersetzung mit dem Thema und Handlungsbedarf

Bei allen befragten ExpertInnen besteht ein Bewusstsein für die Thematik, jedoch gibt es keine konkreten Strategien oder strukturierte Umsetzungen in der Hauskrankenpflege für MigrantInnen.

Als Grund hierfür wird übereinstimmend angegeben, dass derzeit essentiellere Überlegungen in den Organisationen im Vordergrund stehen. Aufgrund der schlechten Personalsituation in der mobilen Pflege- und Betreuung und dem prognostizierten Anstieg des allgemeinen Betreuungsbedarfs in Zukunft, richtet sich der Hauptfokus der Organisationen derzeit auf die Bereitstellung einer qualitativ sicheren Grundversorgung aller KlientInnen. Kulturelle Konflikte erwiesen sich bisher in der Pflegepraxis als nicht problematisch, daher liegt die Priorität derzeit auf der Bearbeitung anderen Themen.

„Ich denke, dass einfach noch essentiellere Überlegungen bisher im Vordergrund standen, seis wie schaffen wir es überhaupt ausreichend Personal zur Verfügung zu stellen, dass die Klienten alle versorgt sind auf einem Mindeststandard zu versorgen...ich denke dass aufgrund der Rahmenbedingungen die in Wien sind auch aufgrund finanzieller Natur einfach noch nicht darüber hinaus gegangen werden konnte,..."

Die schlechte Personalsituation in der Hauskrankenpflege und der generelle Anstieg des Pflegebedarfs in der Bevölkerung stellen die Organisationen derzeit vor die Schwierigkeit alle ihre KlientInnen entsprechend zu versorgen.

„...wir sind derzeit froh, wenn wir die Klienten versorgen können mit dem Personalstand den wir haben..."

Solch grundlegende Versorgungsschwierigkeiten wurden von fast allen befragten Organisationen angegeben und als Grund dafür genannt, sich bisher nicht explizit mit Fragen der transkulturellen Pflege beschäftigt zu haben.

Für eine strategische Auseinandersetzung mit dem Thema und eine Planung konkreter Maßnahmen, muss das Thema in der Praxis aktuell sein und gehäuft auftreten. Derzeit werden kulturell bedingte Herausforderungen noch als Einzelfälle beschrieben. Erst wenn sich der Bedarf offensichtlich zeigt und man in der Praxis häufiger mit Fragen der Herkunft, Sprache und Kultur konfrontiert ist, werden Maßnahmen gesetzt werden.

Als notwendig erachten es die befragten ExpertInnen organisationsübergreifend Maßnahmen zu setzen. Dafür müssten die übergeordneten strategischen Partner, wie die Stadt Wien und der Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen, das Thema aufgreifen und gemeinsam mit den Organisationen als operative Partner Handlungen planen. Diese Stellen sind auch für die Bereitstellung finanzieller Mittel

verantwortlich. Bei wienweiten Überlegungen ist jedenfalls der Fonds Soziales Wien als Unterstützer notwendig.

„Wahrscheinlich wird über den Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen dann einmal versucht mit dem FSW auch darüber zu sprechen, der Dachverband ist da eine relativ gute Schnittstelle, wo die Organisationen als Mitglieder gemeinsam mit dem FSW in verschiedenen Arbeitsgruppen verschiedene Themen auch besprechen.“

Der Handlungsbedarf ergibt sich im Allgemeinen aus konkreten Problemsituationen, die in der Pflegepraxis auftreten. Da MigrantInnen derzeit eine sehr kleine Gruppe unter den KlientInnen darstellen und wenig bis keine Probleme ersichtlich werden, wird derzeit kein Bedarf konkrete Handlungen transkultureller Pflege in die Organisationen zu integrieren, gesehen. Handlungsbedarf sehen die Organisationen intern derzeit im Abbau von Zugangsbarrieren und in einer Verbesserung der Kommunikation in der Pflegebeziehung.

6.2.4. Zukünftiger Bedarf und Handlungsbedarf seitens der Organisationen

Es wird in allen befragten Organisationen davon ausgegangen, dass der Anteil der MigrantInnen unter den KlientInnen in der mobilen Pflege- und Betreuung steigen wird. Generell kann der zukünftige Bedarf an Pflege für MigrantInnen jedoch schwer eingeschätzt werden. Einig sind sich die Organisationen darüber, dass das Thema in näherer Zukunft für die Anbieter von mobiler Pflege und Betreuung relevant werden wird.

Dafür wurden von den Befragten vielfältige Gründe angegeben. Der Anteil von MigrantInnen an der Bevölkerung steigt generell an, dadurch werden prozentuell auch mehr MigrantInnen pflegerische und soziale Dienste in Anspruch nehmen. Derzeit gehören die meisten MigrantInnen noch jüngeren

Altersgruppen an, dies wird sich mit der Zeit ändern und es werden zunehmend auch MigrantInnen in das pflegebedürftige Alter kommen.

Ferner wird angenommen, dass MigrantInnen, wenn sie längere Zeit hier verbracht haben, über immer mehr Wissen über bestehende Angebote der Stadt verfügen. Weiter wird davon ausgegangen, dass der Bildungsstatus der MigrantInnenbevölkerung steigt und sich dadurch der Informationsstand über Pflege und Betreuung verbessert.

Zudem haben MigrantInnen vermehrt Anspruch auf Förderleistungen, wie Pflegegeld und Pension, wodurch der Zugang zu Pflege und Betreuung erleichtert wird. Von einigen der Befragten wurde auch die Auflösung traditioneller Familienstrukturen in den MigrantInnenfamilien, durch die zunehmende Berufstätigkeit unter den Frauen und dem damit verbundenen Wegfall familiärer Pflege, als möglicher Grund für den steigenden Bedarf professioneller Pflege angegeben.

Einigkeit herrscht unter den ExpertInnen über den besonders starken Anstieg der KlientInnen mit Migrationshintergrund in der Hauskrankenpflege, da hier die Grenzen der familiären Betreuung schneller erreicht sind und der Hauskrankenpflegesektor in Zukunft generell stark wachsen wird.

„Wenn der Anstieg im MigrantInnenbereich bei Klienten kommt glaube ich, dass er uns eher trifft in der Pflege,...Wenn auch die Familie beim besten Willen sagt okay, dass können wir nicht leisten, weil jetzt eine Fachkenntnis hergehört.“

Die besondere Förderung des ambulanten Pflegebereichs aus Kostengründen wird als weiterer Grund für den generellen Anstieg der KlientInnenzahlen im Bereich der Hauskrankenpflege genannt.

„In der Hauskrankenpflege glaub ich, dass das ungebremsst kommen wird, weil da geh's um medizinische Themen, die von der Familie kaum abgedeckt werden können. Nach dazu ist es ja generell so, dass man in der Stadtentwicklung in der Stadt Wien gibt's ja diesen Spruch ambulant vor stationär,...dahin tendiert's auch und somit gibt es einen generellen Anstieg im Bereich der Hauskrankenpflege.“

In Bezug auf die Beschaffenheit der KlientInnengruppe der MigrantInnen in Zukunft gibt es unter den Befragten unterschiedliche Einschätzungen. Türkische MigrantInnen werden weniger als KlientInnen erwartet, als Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Einige Organisationen gehen davon aus, dass die Sprache in Zukunft weiter eine große Rolle in der Pflege und Betreuung von MigrantInnen spielen wird. Sie nehmen an, dass auch zukünftig viele Menschen zu betreuen sein werden, die nicht oder nur sehr schlecht deutsch sprechen. Andere Organisationen sehen Sprachprobleme in Zukunft als zweitrangig.

„So wie wirs jetzt haben dieses Bild, dass es einige Menschen gibt, die überhaupt kein deutsch können oder nur ganz schlecht, ich glaub das wird nicht so massiv zunehmen.“

Sie nehmen an, dass die zukünftigen KlientInnen mit Migrationshintergrund bessere Sprachkenntnisse aufweisen werden, da der Druck der Öffentlichkeit deutsch zu lernen generell größer wird. Sie sehen kulturelle Aspekte in der Versorgung zukünftig als ausschlaggebend.

„Die Kultur wird sich nicht verändern“

Die Entwicklung in Bezug auf Integration wird als Grundlage dafür gesehen, wie das zukünftige Klientel mit Migrationshintergrund beschaffen sein wird. Menschen, die gut integriert sind und auch die deutsche Sprache sprechen,

werden nicht als MigrantInnen auffallen. Andere wiederum werden stark in ihre Traditionen verhaftet bleiben und über geringe Deutschkenntnisse verfügen. Auf diese Gruppe müssen die Angebote der Pflege- und Sozialdienste dann abgestimmt werden.

6.2.5. Zukünftige Maßnahmen und Rahmenbedingungen

Zukünftige Maßnahmen

Für den Fall eines Anstiegs des Anteils von MigrantInnen unter den KlientInnen sind in allen befragten Organisationen MitarbeiterInnenschulungen vorgesehen. Diese Schulungen sollen dazu dienen, das Bewusstsein der MitarbeiterInnen für das Thema „Migration und Pflege“ zu erhöhen und sie für den Umgang mit MigrantInnen in der Pflege und Betreuung zu sensibilisieren.

„Ich könnte mir vorstellen, dass man vor allem die Mitarbeiter schult oder das Bewusstsein erhöht bezüglich der verschiedenen Kulturen, einfach die Kulturen zugänglicher macht, ...“

Zudem soll durch Schulungen Wissen vermittelt werden, um Hintergründe bestimmter Verhaltensweisen und Einstellungen der KlientInnen besser verstehen zu können. Schulungen zum Thema sollen den MitarbeiterInnen Sicherheit im Umgang mit verschiedenen Kulturen geben und dadurch auch die Pflegearbeit erleichtern.

Zusätzlich könnten von den Organisationen Fortbildungen zum Thema angeboten werden und den MitarbeiterInnen vermehrt in Supervisionen und Ähnlichem die Möglichkeit zum Austausch und zur Reflexion gegeben werden.

Diese Möglichkeiten werden von den Befragten als relativ leicht realisierbar beschrieben.

„Wenn sich das jetzt vom Klientenprofil so stark in diese Richtung bewegt, dann muss man einen Schwerpunkt setzen. Jetzt intern was Fortbildungen und Schulungen betrifft ist das schwerpunktabhängig,..., ich glaub das is ned so das Thema...“

Organisationsintern wäre es zudem denkbar noch spezieller und flexibler in der Einsatzplanung auf die Wünsche der KlientInnen einzugehen. Um individueller pflegen zu können, müssten kleinere Teams geschaffen werden, in denen der Austausch untereinander erleichtert wird und der Zugang zu den einzelnen KlientInnen persönlicher.

Als weitere Möglichkeit wird die gezielte Anwerbung und Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund gesehen. Diese Personen würden das nötige Wissen und auch die sprachlichen Kompetenzen für eine qualitativ hochwertige Pflege von MigrantInnen mitbringen.

„...da wirts dann auch in Zukunft darum gehen gezielt Personal zu suchen mit diesen Sprachkenntnissen zu Beispiel um das abdecken zu können,.....,damit da wirklich auch eine gute Qualität gewährleistet ist in Zukunft.“

Auch die gezielte Beschäftigung von ExpertInnen auf dem Gebiet der transkulturellen Pflege oder Diversität im Allgemeinen wird von einigen Organisationen als sinnvoll erachtet. Diese könnten den MitarbeiterInnen, aber auch dem Pflegemanagement beratend und unterstützend zur Seite stehen.

Rahmenbedingungen

Um all diese Maßnahmen realisieren zu können, werden von den befragten Organisationen einige notwendige Rahmenbedingungen beschrieben.

Primär muss der Bedarf ersichtlich sein. Dazu sind Erhebungen zum Thema notwendig, um den Bedarf genau angeben zu können und darauf Maßnahmen abstimmen zu können.

„Erhebungen zum Thema wären sicher a Ausgangslage, dass man weiß, wie viele würden jetzt dafür in Frage kommen, wie viele MigrantInnen werden von uns gepflegt und wie wird der zukünftige Bedarf sein. ..., weil wenn man sieht, dass der Bedarf überproportional steigt, dann könnte ich mir sehr gut vorstellen, dass wir da in diese Richtung auch konkrete Maßnahmen unternehmen, derzeit gibt es das noch nicht.“

Einige der ExpertInnen sehen es als relevant, das Thema vermehrt bereits in der Ausbildung zu berücksichtigen, damit das Pflege- und Betreuungspersonal bereits Wissen zum Thema mitbringt. Manche Organisationen verfügen über ein eigenes Ausbildungszentrum, der Großteil ist jedoch auf das Personal am freien Markt angewiesen. In der Ausbildung könnten auch Kooperationen mit MigrantInnenvereinen geschlossen werden, die ihr Know-How zur Verfügung stellen.

Da die meisten dieser möglichen Maßnahmen mit erhöhtem finanziellen Aufwand verbunden sind, müssten sie gemeinsam mit der Stadt Wien, als Fördergeber und Koordinationsstelle, geplant, anerkannt und unterstützt werden. Organisationsübergreifende Maßnahmen könnten gesetzt werden, um Kosten und Zeit zu sparen. Dafür muss jedoch wiederum der Bedarf konkret angegeben werden können.

„Es wäre natürlich wünschenswert wenn solche Projekte von öffentlicher Hand grad finanziell unterstützt werden, weil wir sind lauter NPOs und haben ja, wie allgemein bekannt, nicht diese Geldmittel, ...“

Zudem müsste eine entsprechende Personalsituation für die Umsetzung bestimmter Maßnahmen gegeben sein. Es muss ausreichend Personal vorhanden sein, um die Grundversorgung sicherzustellen, damit die Beschäftigung mit spezielleren Themen und spezielle Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen möglich sind.

Die Organisationen sehen die Umsetzung solcher Maßnahmen als Stärkung des Unternehmens im Sinne einer Schaffung von Vertrauen in der Öffentlichkeit. Die Implementierung transkultureller Maßnahmen könnte, den Einschätzungen der Organisationen zufolge, dazu beitragen den Zugang von MigrantInnen zu mobiler Pflege und Betreuung zu verbessern, indem Offenheit für unterschiedliche Kulturen und Lebensweisen gezeigt wird.

Mit dem Auftreten von Schwierigkeiten innerhalb der Organisationen rechnen die ExpertInnen im Falle der Umsetzung von Maßnahmen in Richtung kultursensible Pflege nicht. Dies liegt nach Aussage der Befragten vor allem daran, dass ein Großteil der Beschäftigten im mobilen Pflege- und Betreuungsbereich selbst Migrationshintergrund hat.

6.3. Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Zusammenfassung

Gegenwärtig werden die Leistungen der befragten Anbieter – Organisationen vereinzelt von MigrantInnen in Anspruch genommen. Prozentuell auf den Anteil der MigrantInnen in der Wiener Bevölkerung gesehen, wird die Inanspruchnahme als gering eingeschätzt. Fehlende Erhebungen

organisationsintern und durch die vermittelnden Stellen und das grundlegende Problem der MigrantInnen – Definition erschweren die Einschätzung des MigrantInnenanteils unter den KlientInnen. Einigkeit herrscht darüber, dass die Hauskrankenpflege gegenwärtig eher in Anspruch genommen wird, als andere soziale Dienstleistungen.

Grundlegende Bedürfnisse der KlientInnen werden unabhängig vom Migrationshintergrund als sehr ähnlich wahrgenommen. Unterschiedlichen kulturellen Bedürfnissen kann zudem mit bedürfnisorientierter Pflege begegnet werden.

Derzeitige Angebote und Projekte für MigrantInnen der Organisationen sind im Bereich der Servicequalität angesiedelt und dienen hauptsächlich dem Abbau von Zugangsbarrieren. In der Pflegebeziehung wird Kommunikation als zentrales Thema der Pflege für MigrantInnen gesehen und findet Auseinandersetzung auf organisatorischer Ebene.

MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund werden gegenwärtig in den befragten Organisationen als Wissenslieferanten und Vermittler zwischen den Kulturen eingesetzt. Zudem sind in einigen Organisationen MitarbeiterInnen mit spezieller Ausbildung im Bereich Diversity und Migration/Integration angestellt.

Regelmäßige Teambesprechungen und Supervisionen werden von den Organisationen als Reflexionsräume angeboten und auch in Bezug auf transkulturellen Austausch genutzt.

Im Rahmen des Erstbesuches bei den KlientInnen werden in der Pflegeanamnese auch kulturelle Bedürfnisse erhoben und finden in der Personal- und Einsatzplanung Berücksichtigung.

Derzeit besteht in allen befragten Organisationen ein Bewusstsein für das Thema MigrantInnen in der Pflege und Betreuung. Aufgrund des Einzelfallcharakters kulturell bedingter Herausforderungen und Probleme in

der Betreuung von MigrantInnen, kam es bisher jedoch zu keiner konkreten Strategieplanung auf Ebene des Pflegemanagements.

Einigkeit herrscht bei allen befragten Organisationen über den zukünftig steigenden Anteil von MigrantInnen in der Pflege und Betreuung. Dieser Anstieg wird vor allem im Bereich der Hauskrankenpflege erwartet. Die Beschaffenheit der potentiellen Zielgruppe wird bezüglich Herkunft und sprachlichen Kompetenzen hingegen sehr unterschiedlich eingeschätzt.

Angedachte zukünftige Maßnahmen für MigrantInnen in der Pflege sind organisationsinterne MitarbeiterInnenschulungen, spezielle Fortbildungen und vermehrte Bereitstellung von Reflexionsräumen. Flexiblere Einsatz- und Personalplanung, sowie Überlegungen bezüglich gezielter Personalaufnahme werden ebenfalls als möglich erachtet.

Zur Umsetzung der angedachten Maßnahmen muss der Bedarf an Pflege für MigrantInnen ersichtlich sein, eine ausreichende Datenlage vorliegen und finanzielle und strategische Unterstützung übergeordneter Stellen erfolgen.

Schlussfolgerungen

Organisationen reagieren in der Auseinandersetzung mit bestimmten Themen meist auf den gegenwärtigen Bedarf und auf Probleme in der Pflege- und Betreuungspraxis. Aktuelle Themen werden aufgegriffen und auf Managementebene Maßnahmen zur Verbesserung bzw. Problemlösung geplant. Da dies im Bereich der Pflege für MigrantInnen bisher noch nicht der Fall ist, wurden auch noch keine konkreten Maßnahmen überlegt.

Basierend auf der Bedürfniserhebung und –orientierung erfolgt die individuelle Pflege. Da KlientInnen mit Migrationshintergrund derzeit noch als Einzelfälle wahrgenommen werden, können ihre möglicherweise speziellen Bedürfnisse problemlos erhoben und berücksichtigt werden. Wenn zukünftig mehr KlientInnen mit Migrationshintergrund häusliche Pflege in Anspruch nehmen, ist zu überlegen, ob die Einbeziehung transkultureller Aspekte in

den Pflegeprozess notwendig ist, um Zeit und Kosten zu sparen und die Pflegequalität sicher zu stellen.

Im Pflegeprozess basieren derzeit alle Auseinandersetzungen mit kulturellen Bedürfnissen der KlientInnen auf Einzelinitiativen der behandelnden Betreuungsperson. Auch auf organisatorischer Ebene ist die Auseinandersetzung mit dem Thema durch das Interesse und die Initiative Einzelner bestimmt.

In der Befragung wird ersichtlich, dass das Thema „MigrantInnen“ derzeit in der Pflege nicht abgedeckt wird. Handlungsbedarf bestand bisher im Abbau von Zugangsbarrieren. Durch Information und Beratung versuchen sich einige Organisationen für die Anliegen von MigrantInnen zu öffnen.

Dies könnte auf die Entwicklung der letzten Jahre im Bereich Migration zurückgeführt werden. Publikationen (Senior Plus, diversity@care) machten vermehrt auf die rechtlichen, sozialen, finanziellen und kulturellen Zugangsbarrieren von MigrantInnen zu Gesundheits- und Sozialeinrichtungen aufmerksam. Die Relevanz des Abbaus dieser Barrieren wurde den Organisationen bewusst und sie haben Maßnahmen in Richtung Beratung, Information und Kommunikation mit dieser Zielgruppe gesetzt.

Jedoch gibt es hier große Unterschiede zwischen den befragten Organisationen, während einige das Thema besonders aufgreifen, gibt es in anderen keinerlei Bestrebungen dazu. Dies könnte auf die Partizipation und das Interesse der Organisationen am wissenschaftlichen Diskurs und migrationsspezifischen Projekten in Wien zurückgeführt werden.

Im Rahmen von Projekten und Studien entstanden migrationsspezifische Einrichtungen und Maßnahmen für den Umgang mit MigrantInnen. Einige Organisationen haben diese weitergeführt, andere nicht. Obwohl nicht in die Pflege integriert, stellen diese Angebote und Projekte wichtige Ressourcen zum Thema transkulturelle Pflege dar. Sie liefern das benötigte Wissen über Diversität, Integration, Migration sowie Lebenslagen, Vorstellungen und

Bedürfnisse von MigrantInnen und können als Partner in der Entwicklung transkultureller Pflege dienen.

Der Abbau von Zugangsbarrieren seitens Anbieter sozialer und pflegerischer Dienstleistungen in Wien könnte als erster Schritt in die richtige Richtung betrachtet werden. Können die Zugangsbarrieren soweit abgeschafft werden, dass mehr Menschen mit Migrationshintergrund die Dienste auch in Anspruch nehmen, müssen aber auch den Pflege- und Betreuungsprozess betreffende Maßnahmen gesetzt werden. Dies wäre der nächste Schritt zur Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege und Betreuung für alle in der Gesellschaft lebenden pflege- und betreuungsbedürftigen Personen.

Der hohe Anteil an MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund im Pflege- und Betreuungsbereich macht die Offenheit der Organisationen für das Thema transkulturelle Pflege deutlich. Die Organisationen sehen diese MitarbeiterInnen als Ressource für die Betreuung von MigrantInnen. Um diese geeignet einsetzen zu können und die Pflegequalität zu erhalten, muss seitens der Organisationen vermehrt Unterstützung der MitarbeiterInnen gewährleistet werden.

Die Bereitschaft ihre Strukturen und Prozesse auf ihre Kultursensibilität hin zu überprüfen und ändernde Maßnahmen zu setzen kann in allen Organisationen festgestellt werden. Um organisationsintern Maßnahmen zu setzen müssen jedoch Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Umsetzung dieser unterstützen. Organisationsübergreifende Maßnahmen, wie Aus-, Fort-, und Weiterbildungen, gehören ebenso dazu, wie finanzielle, personelle und rechtliche Rahmenbedingungen, die entsprechend angepasst werden müssen.

Als operative Partner im Hauskrankenpflegebereich können Anbieter-Organisationen kleine Veränderungen intern planen und durchführen. Die befragten Anbieter stehen jedoch in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Stadt Wien und dem Fonds Soziales Wien. Für die strategische Planung und

Öffnung des Hauskrankenpflegeangebotes in Wien ist die Zusammenarbeit mit diesen verantwortlichen Stellen notwendig.

Schlussendlich wurde in der Erhebung ersichtlich, dass die gegenwärtige finanzielle und personelle Situation in der Hauskrankenpflege eine tiefgreifende und strukturelle Auseinandersetzung mit dem Thema transkulturelle Pflege – Pflege für MigrantInnen - auf operativer Ebene kaum zulässt. Für die Organisationen ergibt sich durch den Mangel an Erhebungen zum Thema keine Handlungsgrundlage. Strategien transkultureller Pflege sind daher strukturiert und geplant gegenwärtig kaum möglich. Die Organisationen können den Bedürfnissen von MigrantInnen derzeit durch die individuelle Ausrichtung ihres Angebotes begegnen. Steigt der Anteil an MigrantInnen in der Hauskrankenpflege jedoch rapide, wären die befragten Organisationen wenig gerüstet.

7. Fazit und Empfehlungen für die weitere Forschung

Aufgrund der demographischen Alterung der österreichischen Bevölkerung und den Bestrebungen seitens der Stadt Wien den ambulanten Pflegesektor aus Kostengründen auszubauen, kann von einem generellen Wachstum des Hauskrankenpflegesektors in Wien ausgegangen werden. Die Anzahl pflege- und betreuungsbedürftiger Personen wird kontinuierlich steigen. Dies stellt Pflegeanbieter vor die Herausforderung den Pflege- und Betreuungsbedarf zu decken und qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung bereitzustellen.

Zusätzlich werden auch in Wien lebende MigrantInnen älter. Die hohe Akzeptanz häuslicher Pflege und der zunehmend bessere Informationsstand älterer MigrantInnen macht die steigende Inanspruchnahme pflegerischer und sozialer Leistungen im häuslichen Bereich durch MigrantInnen wahrscheinlich.

Organisationen der Hauskrankenpflege sehen sich daher einem Anstieg der MigrantInnen unter ihren KlientInnen entgegen. In vielen von Migration in

höherem Ausmaß betroffenen Ländern befasste man sich bereits mit den Herausforderungen, die eine Pflege für MigrantInnen mit sich bringt. Die kulturelle Vielfalt der Gesellschaft spiegelt sich im Klientel der Pflege wider. Pflege findet immer im interkulturellen Rahmen statt. Begegnungen unterschiedlicher Kulturen, sozialer Schichten und unterschiedlicher Lebensstile sind in der Pflege alltäglich. Vor allem die Hauskrankenpflege ist in besonderer Weise von der kulturellen Vielfalt der Gesellschaft geprägt. Migration betraf in den vergangenen Jahren hier besonders das Pflegepersonal. Zunehmend kommen nun auch MigrantInnen als KlientInnen in die Hauskrankenpflege. Dies macht die Auseinandersetzung mit unterschiedlich kulturell geprägten Bedürfnissen, Traditionen und Wünschen Pflegebedürftiger notwendig. Die Arbeit der Hauskrankenpflege unmittelbar im sozialen Umfeld der KlientInnen stellt dabei erhöhte Anforderungen an MitarbeiterInnen und Anbieter -Organisationen.

Auf Organisationsebene macht die Planung und Umsetzung transkultureller Maßnahmen eine konkrete Bedarfserhebung notwendig. Organisationen sollen im Sinne der interkulturellen Öffnung erheben, wie sich ihr Klientel zusammensetzt, ob und welche MigrantInnengruppen vertreten sind, um genaue Planungen zu ermöglichen.

MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund stellen im Sinne der interkulturellen Öffnung eine große Ressource transkultureller Pflege dar. Auch die befragten Organisationen gaben an, sprachliche und kulturelle Kompetenzen ihrer MitarbeiterInnen in der Pflegepraxis und im Umgang mit MigrantInnen in der Pflege einzusetzen. Auch in Zukunft werden diese MitarbeiterInnen als Schlüssel in der Umsetzung transkultureller Maßnahmen in den Organisationen gesehen. Sinnvoll wäre es daher zu erheben, was diese zusätzlichen Aufgaben für die MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund im Gesundheits- und Sozialsystem bedeuten. Wie werden diese Aufgaben von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund wahrgenommen? Wie nehmen sie ihre eigenen kulturellen Kompetenzen wahr? Fühlen sich MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund dadurch in der

Organisation gewürdigt? Weitere Forschungen zu dieser Thematik könnten bei der Planung und Umsetzung transkultureller Maßnahmen auf Ebene des Pflegemanagements hilfreich sein.

Da interkulturelle Öffnung ein Prozess ist, der alle gesellschaftlichen Ebenen erfasst, ist er umfangreich und nur mit Aufwand seitens der Organisationen durchzuführen. Anbieter-Organisationen in Wien sind dazu bereit intern Veränderungen in kleinen Schritten durchzuführen. Es besteht Offenheit im Sinne der interkulturellen Öffnung auf allen Ebenen, einerseits durch den ideellen Anspruch Pflege für alle Menschen in einer Gesellschaft bereitzustellen, andererseits durch ein Bewusstsein für die Thematik bedingt durch den hohen Anteil an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund in der mobilen Pflege- und Betreuung.

Der Abbau von Zugangsbarrieren seitens der Anbieter – Organisationen ist Bestandteil der interkulturellen Öffnung. Maßnahmen in diesem Sinne finden derzeit in den Organisationen im Servicebereich statt. Aufgrund der strukturellen Gegebenheiten von Hauskrankenpflege in Wien, ist es für die Organisationen jedoch kaum notwendig aktiv Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Anwerbung neuen Klientels durchzuführen, da KlientInnen in Wien größtenteils durch den Fonds Soziales Wien vermittelt werden.

Die in dieser Arbeit erhobenen Angebote und Projekte in Wien, die derzeit für MigrantInnen bestehen bzw. durchgeführt wurden, stellen keine vollständige Erhebung dar. Diese Arbeit zeigt einen Ausschnitt der derzeitigen Versorgungslage von MigrantInnen. Sinnvoll wäre es, bestehende Angebote in Wien vollständig zu erheben, zusammenzutragen und den Organisationen zur Verfügung zu stellen. So könnte ein Überblick für die Organisationen gegeben, der Blick für die Zielgruppe der MigrantInnen geschärft werden, und auch die Zusammenarbeit mit Anbietern solcher migrantInnenspezifischen Angebote gefördert werden. Dadurch kann ein intensiverer Austausch ermöglicht werden, welcher die interkulturelle Öffnung der Regeldienste im Hauskrankenpflegebereich fördern würde.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen eine Diskrepanz zwischen den Wertvorstellungen der Anbieter-Organisationen und der Umsetzung in der Praxis. Die befragten Organisationen sind sich unterschiedlicher Bedürfnisse der MigrantInnen bewusst, bedienen transkulturelle Pflege derzeit mit der individuellen Bedürfniserhebung und der bedürfnisorientierten Pflege. Dies kann nicht mit transkultureller Pflege gleichgesetzt werden. Derzeit bestehen in den Organisationen keinerlei Strategien oder Modelle, die transkulturelle Pflege sichern oder fördern würden. Gegenwärtig wird in den Organisationen reagiert und nicht agiert. Dies entspricht dem „reaktiven Charakter“ der interkulturellen Öffnung. (vgl. Kremla, 2004, S.147)

Die Entwicklung, Implementierung und Umsetzung der in der Arbeit beschriebenen Standards und Modelle wäre sinnvoll, um einheitliche, regelgeleitete und damit qualitativ hochwertige transkulturelle Pflege anbieten zu können. Inwiefern eine Implementierung der vorgestellten Standards möglich ist, ist abhängig von der Bereitschaft der Beteiligten. In verstärktem Maße jedoch ist sie von externen Gegebenheiten, der Unterstützung übergeordneter Stellen und ausreichender Förderung abhängig. Eine interkulturelle Öffnung, wie sie hier beschrieben wurde, benötigt ausreichend qualifiziertes Personal und finanzielle Mittel. Die derzeitige personelle und finanzielle Situation der Hauskrankenpflege in Wien lässt so eine Öffnung kaum zu. Hier sind politische Entwicklungen von Nöten.

Sinnvoll wäre es, die strategischen Partner im ambulanten Pflegebereich zum Thema zu befragen. Weiters sind Erhebungen zur Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit von älteren MigrantInnen notwendig, um den strategischen und operativen Partnern im mobilen Pflege- und Betreuungsbereich eine ausreichende Datenlage für die Umsetzung transkultureller Maßnahmen anbieten zu können. Darüber hinaus könnte die Notwendigkeit organisationsübergreifender Maßnahmen mit dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen und dem Fonds Soziales Wien diskutiert werden.

8. Literatur

ANA – American Nurses Association: Nursing Case Management, Kansas City MO, ANA, 1988

BACKES, G., CLEMENS, W.: Lebensphase Alter – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung, 3.Aufl., Weinheim: Juventa Verlag, 2008

BECKER, H., LANGOSCH, I.: Produktivität und Menschlichkeit – Organisationsentwicklung und ihre Anwendung in der Praxis, 4. Aufl., Stuttgart: Enke, 1995

BIFFL, G.: Bevölkerungsentwicklung und Migration – Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung, WIFO, 2006

CAMPINHA-BACOTE, J.: The Process of Cultural competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care, In: Journal of Transcultural Nursing, Vol.13 No.3, 2002, p.181-184

CAMPINHA-BACOTE, J.: A Framework for Providing Culturally competent Health Care Services in Managed Care Organizations, In: Journal of Transcultural Nursing, 1999, Vol.10 No.4, p.290-291

DACHVERBAND WIENER PFLEGE- UND SOZIALDIENSTE (Hrsg.): Das Wiener Modell für ambulante Dienste – Kooperation als Qualitätsinstrument, Wien: Facultas, 2001

DAVID, M.; BORDE, T.: Kranksein in der Fremde? – Türkische Migrantinnen im Krankenhaus, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2001

DIETZEL-PAPAKYRIAKOU, M.: Altern in der Migration – Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben?, Stuttgart: Ferdinand Enke, 1993

DOMENIG, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege-Gesundheits- und Sozialberufe, 2.Aufl, Bern: Hans Huber, 2007

DOMENIG, D.: Das Konzept der transkulturellen Kompetenz, In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2.Aufl., Bern: Hans-Huber, 2007, S.165-189

DOMENIG, D.: Transkulturelle Organisationsentwicklung, In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2.Aufl., Bern: Hans-Huber, 2007, S.341-368

DONABEDIAN, A.: Evaluating the quality of medical care. Milbank memorial fund Quarterly, 2, 166-206, 1966

DONABEDIAN, A. et al.: The definition of quality and approaches to its assessment, Ann Arbor, 1972

ERTL, R.; KATZER, U.: Hauskrankenpflege. Wissen – planen – umsetzen, 2. Aufl., Wien: Facultas, 2007

EWERS, M.; SCHAEFFER, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2.Aufl., Bern: Hans-Huber, 2005

FASSMANN, H. (Hrsg.): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht – rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, Band 2 2001-2006, Klagenfurt: Drava Verlag, 2007

FASSMANN, H.; STRACHER, I. (Hrsg.): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht - Demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, rechtliche Rahmenbedingungen, Wien: Drava Verlag Klagenfurt/Celovec, 2003

GERZ, D.; KRAIMER, K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung – Konzepte, Methoden, Analysen, Opladen: Westdeutscher Verlag, 1991

GÖRRES, S.: Qualitätssicherung in Pflege und Medizin: Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektiven am Beispiel des Krankenhauses, Bern: Huber, 1999

GREIFENEDER, M.; LIEBHART, G.: Pflegegeld – Grundsätze, Einstufung und Verfahren – Absicherung pflegender Angehöriger – Pflegeverträge und Heimaufenthaltsgesetz – Handbuch, Wien: Manzsche, 2008

HABERMANN, M.: Interkulturelles Management in der Altenpflege – Eine Einführung, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, 2002
www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/habermann01_02.htm
(21.10.08)

HERMANN, U.: Das deutsche Wörterbuch, München: Knauer, 1985

HINZ-ROMMEL, W.: Interkulturelle Öffnung als Innovation – Erfahrungen für die Praxis, In: Blätter der Wohlfahrtspflege 7-8, 2000, s.154ff
<http://www.tik-iaf-berlin.de/pages/HauptSeiten/TextSeiten/texte6.html>
(30.10.08)

HUNGERBÜHLER, H.: Altern und Migration, In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege- Gesundheits- und Sozialberufe, 2.Aufl, Bern: Hans Huber, 2007, S.395-411

KAEWNETARA, E.: Kulturkompetente Pflege – Ein Leitfaden zur interkulturellen Öffnung ambulanter Pflegedienstleistungen, Duisburg/Wupperthal, 2002
<http://prolog.uni-duisburg.de/Pflege1.pdf> (30.10.08)

KREMLA, M.: Interkulturelle Altenpflege in Wien - Angebot und Veränderungsbedarf aus der Sicht von ZuwanderInnen und Trägereinrichtungen, Wien: Asylkoordination Österreich, 2004
http://www.asyl.at/projekte/endbericht_interkulturelle_oeffnung.pdf (30.10.08)

KROHWINKEL, M.: Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken – Fördernde Prozesspflege als System, 3.Aufl., Bern: Hans-Huber, 2008

KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE – Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (Hrsg.): Eine Handreichung, Köln, 2002
<http://www.kultursensible->

[altenhilfe.de/download/materialien_kultursensibel/handreichung.pdf](http://www.kultursensible-altenhilfe.de/download/materialien_kultursensibel/handreichung.pdf)

(30.10.08)

LONCAREVIC, M.: Migration und Gesundheit, In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2.Aufl., Bern: Hans-Huber, 2007, S.139-161

LEBHART, G.; MARIK-LEBECK, S.: Bevölkerung mit Migrationshintergrund, In: Fassmann, Heinz: Österreichischer Migrations- und Intergationsbericht - rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, Band 2 2001-2006, Klagenfurt: Drava Verlag, 2007, S.165-182

LEININGER, M.: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege, Freiburg: Lambertus, 1998

MEUSER, M.; NAGEL, U.: ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht – Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, In: Gerz, D.; Kraimer, K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung – Konzepte, Methoden, Analysen, Opladen: Westdeutscher Verlag, 1991, S.441-467

ÖSTERREICHISCHER INTEGRATIONSFONDS (Hrsg.): Migration und Integration. Zahlen, Daten, Fakten 2009, Wien, 2009

OMH, Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services: National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Final Report, Washington, D.D., 2001.
www.nhmamd.org/pdf/CLASfinalreport.pdf (9.april 2006)

PELIKAN, J.. et al.: Integrierte multiprofessionelle Versorgung für Schwerkranke zu Hause – wissenschaftliche Konzepte, Defizite, Chancen und Projekte am Beispiel Österreichs, In: Schaeffer, D.; Ewers, M. (Hrsg.): Ambulant vor stationär – Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker, Bern: Hans-Huber, 2002, S.45-77

PFABIGAN, D.: Kultursensible Pflege und Betreuung: Methodische Ermutigungen für die Aus- und Weiterbildung, Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes GmbH, 2007

REINPRECHT, C.: Ältere MigrantInnen in Wien. Empirische Studien zu Lebensplanung, sozialer Integration und Altersplanung, Wien: Senior Plus, 1999

REINPRECHT, C.: Nach der Gastarbeit – Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft, Wien: Braumüller, 2006

SALCHER, M.: Non-Profit-Organisationen in Österreich, Wien: Studien-Verl., 2005

SCHAEFFER, D.; EWERS, M. (Hrsg.): Ambulant vor stationär – Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker, Bern: Hans-Huber, 2002

SCHAFFENBERGER, E. et. al.: Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder, Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ÖBIG, 1999

SPICKER, I.; SCHOPF, A.: Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen – Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste, Wien: Springer, 2007

STATISTIK AUSTRIA [a]: Bevölkerungsstand 1.1.2008 – Bevölkerungsentwicklung, Wien: Verlag Österreich, 2008

www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=492 (23.08.09)

STATISTIK AUSTRIA [b]: Mikrozensus Arbeitskräftererhebung 1. Quartal 2008 Bevölkerung nach Migrationshintergrund im Überblick
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/033240.html

THIEME, F.: Alter(n) in der alternden Gesellschaft – Eine soziologische Einführung in die Wissenschaft vom Alter(n), Wiesbaden: VS Verlag, 2008

WELSCH, W.: Transkulturalität – zwischen Globalisierung und Partikularisierung, In: Mainzer Universitätsgespräche, Sommersemester 1998: Interkulturalität, Grundprobleme der Kulturbegegnung, Mainz, 1999

WIENER SOZIALDIENSTE: Projektdatenblatt „Kontaktbesuchsdienst für ältere MigrantInnen“, 2008

WIED, S.: Pschyrembel® - Pflegetechniken, Pflegehilfsmittel, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Psychologie, Recht, 2.Aufl., Berlin: de Gruyter, 2007

Internet:

www.volkshilfe.at/diversitycare (17.08.09)

www.fsw.at (23.08.09)

www.fsw.at/ueber_uns/Aufgaben.html (23.08.09)

http://pflege.fsw.at/bzp/bzp_leistungen.html - 23.08.09

www.fsw.at/ueber_uns/rechtliche_Grundlagen.html (23.08.09)

www.fsw.at/export/sites/fsw/fswportal/downloads/broschueren/fsw/GB2007.pdf (23.08.09)

http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_de.cfm (23.08.09)

9. Anhang

9.1. Überblick Pflegegeldstufen

Pflegebedarf in stunden pro Monat	Pflegestufe	Betrag in € monatlich
mehr als 50 Stunden	1	EUR 154,20
mehr als 75 Stunden	2	EUR 284,30
mehr als 120 Stunden	3	EUR 442,90
mehr als 160 Stunden	4	EUR 664,30
mehr als 180 Stunden wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	5	EUR 902,30
mehr als 180 Stunden (wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen bei Tag und bei Nacht erforderlich sind, oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist)	6	EUR 1.242,00
mehr als 180 Stunden (wenn keine zielgerichteten Bewegungen von Armen und Beinen mit funktioneller Umsetzung möglich sind, oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt)	7	EUR 1.655,80

Abb. 9: Pflegegeldstufen

(www.pflege.fsw.at/finanzielles/pflegegeld.html)

9.2. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Altersaufbau der österreichischen Bevölkerung am 1.1.2008 (Statistik Austria [a], 2008, S.23).....	14
Abb. 2: Das Gesundheits- und Sozialsystem (Ertl, 2007, S.42).....	17
Abb. 3: Bevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit und/oder ausländischen Geburtsland am 1.1.2008 (Statistik Austria [a], 2008, S.27)	38
Abb. 4: Bevölkerung mit ausländischer Herkunft am 1.1.2008 (österreich. Integrationsfonds, 2009, S.19).....	39
Abb. 5: Bevölkerung am 1.1.2008 nach Alter, Geschlecht und Herkunft (österreich. Integrationsfonds, 2009, S.17).....	41
Abb. 6: Bedürfnisse im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit (Angaben in Prozent) (Reinprecht, 1999, S.76)	62
Abb. 7: Zuwanderung 2000-2006 je 1000 EinwohnerInnen im Durchschnitt (österreich. Integrationsfonds, 2009, S.25).....	85
Abb. 8: Befragte Organisationen	102
Abb. 9: Pflegegeldstufen (www.pflege.fsw.at/finanzielles/pflegegeld.html)	135

9.3. Lebenslauf

Marlene Macek

Persönliche Angaben

Geburtsdatum: 15.05.1983

Familienstand: ledig

Staatsangehörigkeit: Österreich

Ausbildung

1989-1993 Öffentliche Volksschule Florian Hedorfer – Straße 1110 Wien

1993-2001 Bundesgymnasium und Bundesrealgymnasium Schützengasse
31, 1030 Wien bzw. Gottschalkgasse 21, 1110 Wien

2001 Matura

2001-2005 Studium der Psychologie an der Universität Wien

2005 Studiumswechsel zu Pflegewissenschaft an der Universität Wien

2005-2009 Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Berufliche Tätigkeit

2003 - 2006 geringfügige Beschäftigung bei Fa. Turek Moden

2006 – 2007 geringfügige Beschäftigung bei Wiener Sozialdienste Alten- und
Pflegedienste GmbH als Verrechnungskraft

Seit 2007 geringfügige Beschäftigung bei Wiener Sozialdienste Alten- und
Pflegedienste GmbH als Einsatzleitung im Journaldienst