



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Transkulturelle Kompetenz von Klinikpersonal bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund“

Verfasser

Hans-Jürgen Posch

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, August 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin:

Dr. Martina Steiner

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Problemstellung in Pflege und Betreuung aus der Sicht der Sozial-anthropologie.....	6
1.2	Grundannahmen in der Arbeit: „Professionelle transkulturelle Pflege erfordert eine veränderte Pflegekultur“	8
2	Transkulturelle Kompetenz – eine zukünftige Schlüsselkompetenz?	9
2.1	Begriffliche Annäherung und Begriffseingrenzung	9
2.1.1	Was ist „Kultur“ und soziale Gegebenheit?	9
2.1.2	Kulturelle Standardisierungen – die ungeschriebenen Spielregeln.....	15
2.1.3	Kulturelle Unterschiede als Konfliktpotenzial.....	16
2.1.4	Multikulturalität – Interkulturalität – und Transkulturalität	18
2.1.4.1	Multikulturalität	19
2.1.4.2	Interkulturalität.....	20
2.1.4.3	Transkulturalität – die veränderte Sichtweise heutiger Kulturen	21
2.1.4.4	Warum also Transkulturalität und nicht Interkulturalität?.....	22
3	Gesund- und Kranksein im Kontext von Migration.....	24
3.1	Was bedeutet Migration?	24
3.1.1	Die KlientInnen mit „Migrationshintergrund“	24
3.1.2	Migrationsstrukturen und Wanderungsbewegungen.....	25
4	Migration und Gesundheit.....	29
4.1	Migrationsspezifische Auswirkungen auf die Gesundheit von MigrantInnen.....	29
4.1.1	Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand von MigrantInnen.....	30
4.1.2	Unterschiede im Verständnis von Gesundheit und Krankheit.....	31
4.1.3	Bedürfnisse und Erwartungshaltung der Minderheiten-Gesellschaft.....	33
4.1.4	Migrationsspezifische Anamnese (Vorgeschichte einer Krankheit).....	33
5	Konfliktpotenziale bei der Interaktion zwischen Klinikpersonal und KlientInnen mit Migrationshintergrund.....	35
5.1	Sprachliche und kulturelle Kommunikationsprobleme	35
5.1.1	Verbale Kommunikation	35
5.1.2	Non – verbale Kommunikation.....	37
5.2	Sprach- und Übersetzungshilfen im Klinikalltag	40
5.3	Kommunikationsstörungen	42
5.4	Machtasymmetrien	44
5.5	Muslimische KlientInnen in der Klinik	46
5.5.1	Religion – Glaube und religiöse Praxis.....	47
5.5.2	Gebet und Klinikalltag	47
5.5.3	Speisevorschriften im Islam	48
5.5.4	Fasten	49
5.5.5	Der Hodscha (arab. Imam) als Heiler.....	50
5.5.6	Tod und Bestattung	51
5.5.7	Umgangsformen und Schamgefühl.....	52

5.5.8	Krankenbesuche.....	53
5.6	Gender und Migration.....	55
5.6.1	Geschlecht – Kultur – Gesellschaft.....	55
5.6.2	Gender und Rollenverhalten.....	56
5.6.3	Gender und transkulturelle Kompetenz.....	57
6	Die Vermittlung transkultureller Kompetenz zur Überwindung kultureller Barrieren zwischen medizinischem / pflegenden Personal und KlientInnen mit Migrationshintergrund in Österreich.....	59
6.1	Definition und Begrifflichkeit.....	59
6.2	Die drei Säulen transkultureller Kompetenz.....	61
6.3	Transkulturelle Handlungskompetenz.....	64
6.3.1	Transkulturelles Lernen.....	65
6.3.2	Transkulturelles Verstehen.....	67
6.3.3	Transkulturelles Handeln.....	67
6.3.4	Vermittlung transkultureller Handlungskompetenz in der Klinik.....	68
7	Transkulturelle Organisationsentwicklung und Fortbildung.....	72
7.1	Transkulturelle Öffnung und die Bedeutung transkultureller Öffnung.....	72
7.2	Begrifflichkeit und Auseinandersetzung mit „Diversity“ in Pflege und Betreuung.....	73
7.2.1	Diversity und Managing Diversity.....	75
7.2.2	Diversity Management als Teil des Qualitätsmanagement.....	76
8	Studien und Initiativen in Österreich.....	77
8.1	Mitarbeiterfortbildung als integraler Bestandteil transkultureller Fachdienste.....	77
8.2	Transkulturelle Kompetenz in der Aus – und Weiterbildung.....	77
9	Transkulturelle Kompetenz als Bestandteil des medizinischen Versorgungssystem in Österreich an zwei Fallbeispielen.....	80
9.1	Migrant – Friendly Hospitals.....	80
9.2	Projekt des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zur „Transkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen“.....	81
10	Zusammenfassung und Ausblick.....	83
11	Literaturverzeichnis.....	87

1 Einleitung

Österreich ist schon seit längerer Zeit eine begehrte Destination internationaler Migration, allerdings unter ständig ändernden Voraussetzungen. Sollte die Zuwanderung weiter zunehmen und damit ist aufgrund der derzeitigen politischen Bestrebungen zu rechnen – um die notwendige Absicherung des Sozialsystems zu gewährleisten – wird die kulturelle Heterogenität der Bevölkerung zukünftig in Österreich noch zunehmen.

Damit verbunden ist auch eine zunehmende Herausforderung an das Gesundheitswesen, denn diese wachsende Mobilität stellt die medizinische Versorgung und Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund vor eine große Herausforderung.

Hierzu ist festzuhalten, dass das medizinische und pflegende Personal bei der Behandlung von MigrantInnen zunehmend mit neuen „transkulturellen“ Anforderungen konfrontiert sein wird.

In dieser Arbeit soll durch theoretische Vergleiche und Überlegungen unter Zuhilfenahme vorliegender wissenschaftlicher Literatur zum Thema geprüft werden, inwieweit „Transkulturelle Kompetenz“ des Klinikpersonals bei der Bewältigung von Problemen, die sich aufgrund der Migrationshintergrundes von KlientInnen ergeben, behilflich sein kann.

Im Detail soll einerseits durch theoretische Aufarbeitung des Themas auf Grundsatzfragen zu Kultur, Migration und Gesundheit eingegangen werden, andererseits möchte ich schwerpunktmäßig auf die Thematik von

- Interaktion und Kommunikation zwischen Klinikpersonal und zugewanderten KlientInnen
- Kernprobleme des Krankseins von MigrantInnen
- Kulturelle Differenzen und Konfliktpotenzial und
- Optimales Managen von ethno-kultureller Diversität in der Klinik

eingehen und versuchen, die „Transkulturelle Kompetenz“ in Kliniken unter Einbeziehung anthropologischer Aspekte zu untersuchen.

Im Umgang zu Menschen aus anderen Kulturen werden in der wissenschaftlichen Literatur (je nach Datum der Veröffentlichung) unterschiedliche Begriffe wie interkulturell, transkulturell, kulturspezifisch, kultursensibel verwendet. Jede dieser Bereiche hat/hatte ihre Berechtigung, aber seitdem Welsch (1999) dem Konzept der Interkulturalität die Konzeption der „Transkulturalität“ gegenübergestellt hat, setzt sich dieses Konzept in der wissenschaftlichen Sprache (im wissenschaftlichen Diskurs) durch.

Auch Steiner (vgl. 2009: 272) sieht durch die „transkulturelle“ Perspektive die Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Individuen und Gruppen hervorgehoben, im Gegensatz zur „interkulturellen“ Perspektive wo davon ausgegangen wird, dass zwischen Individuen und Gruppen unterschiedlicher Kulturen kommuniziert bzw. interagiert wird.

In der von mir gesichteten Literatur werden die Begriffe – je nach wissenschaftlichen Kontext und Zeitpunkt der Veröffentlichung – unterschiedlich verwendet, obwohl die Autoren inhaltlich keinen Unterschied zwischen interkulturell und transkulturell erkennen lassen.

Deshalb werde ich in der Arbeit durchgehend „interkulturell“ durch „transkulturell“ als Begrifflichkeit verwenden, zumal ein einheitlicher, durchgehender Kulturbegriff aus postmoderner Betrachtungsweise nicht existiert.

1.1 Problemstellung in Pflege und Betreuung aus der Sicht der Sozialanthropologie

In der Sozial- und Kulturanthropologie bewegen wir uns zum Teil auf sehr glattem Parkett. Einerseits soll das Andere (das Fremde) beschrieben und gezeigt werden, andererseits birgt jede Beschreibung abseits des Eigenen die Gefahr einer ethnozentrischen Sichtweise in sich, zumal das Fremde für „mich“ fremd ist und damit wiederum „etwas mit mir“ zu tun hat. Somit ist jede Fremdzuschreibung zugleich auch eine Selbstzuschreibung.

Für die Pflege würde dies eine Hinterfragung der Positionen der Pflege- und Betreuungspersonen bzw. des Gesundheitssystems, in dem sie agieren, bedeuten. Dazu formulierte Fragen könnten lauten:

- Was mache ich und warum mache ich es so und nicht anders?
- Welche Bedeutung können Rituale und Symbole haben?
- Welche unterschiedlichen Wahrnehmungen bestehen in Bezug auf Nähe, Scham, Haut- und Augenkontakt während der Körperpflege für mich und mein Gegenüber?
- Verfügen wir über dieselbe Interpretation von Sauberkeit und Reinheit?
- Welche Rolle spielt die Familie in der Pflegesituation?
- Inwieweit können transkulturelle Kompetenzen des Personals bei der Bewältigung von Problemen, die sich aufgrund des Migrationshintergrundes von KlientInnen ergeben, behilflich sein?
- Ist das Klinikpersonal ausreichend qualifiziert, um KlientInnen mit Migrationshintergrund auf deren Anforderungen und Bedürfnisse einzugehen?

Die monokulturelle Betrachtung der Pflegemaßnahmen, die von einem naturwissenschaftlichen Körperverständnis ausgeht, ist teilweise inkompatibel mit der großen Zahl an unterschiedlichen krankheitsverursachenden Vorstellungen der zu pflegenden Menschen und erfordert deshalb eine ethnologische Perspektivenerweiterung.

Dabei ist es wichtig, dass die Pflege über ein kontextuelles Wissen verfügt, wie wesentlich die sozialkulturelle Prägung der Menschen für sein Verständnis von Gesundheit, Krankheit, „Kranksein“, Glaube, sozialem Umfeld, Rollenvorstellungen etc. ist. (vgl. Dachs 2010: 168ff)

1.2 Grundannahmen in der Arbeit: „Professionelle transkulturelle Pflege erfordert eine veränderte Pflegekultur“

Es sind grundsätzlich vier Thesen, die laut Monika Habermann eine veränderte Pflegekultur in der Zukunft verlangen und diese Annahmen sollten auch in meiner Arbeit als roter Faden sichtbar werden:

1. Migration als ein grundlegendes Merkmal prägt schon jetzt und noch mehr zukünftig alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens und somit auch die Gesundheits- und Pflegeversorgung.
2. Die professionelle Versorgung wird zunehmend auch durch MigrantInnen in den Gesundheitsberufen gestaltet. „Transkulturelle“ Begegnung wird damit zu einem mehrdimensionalen Geschehen.
3. Eine wesentliche Grundlage der professionellen Pflegearbeit ist die gelungene Kommunikation. Misslingende „transkulturelle Kommunikation“ ist ein Teilaspekt weitreichender, ungelöster Qualitätsprobleme der Pflegearbeit.
4. Veränderte Pflegekulturen benötigen angemessene Rahmenbedingungen der Organisation, die mit dem Managementmodell „Diversity Management“ gewährleistet werden kann. (zit. n. M. Habermann: 2008) (vgl. Dachs 2010: 171f)

2 Transkulturelle Kompetenz – eine zukünftige Schlüsselkompetenz?

2.1 Begriffliche Annäherung und Begriffseingrenzung

Im Folgenden sollen einige Grundbegrifflichkeiten definiert werden, die mit dem Thema eng verwoben sind und für die Aufarbeitung der unterschiedlichen Denk- und Verhaltensweisen der Rahmen der Transkulturellen Kompetenz notwendig sind.

2.1.1 Was ist „Kultur“ und soziale Gegebenheit?

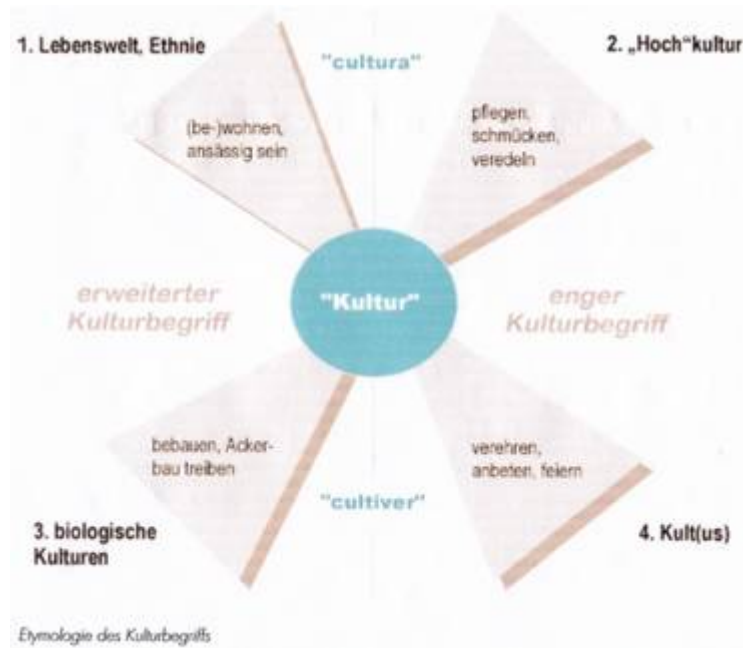
Von zentraler Bedeutung für den hier vorliegenden Forschungsansatz zum Thema „Transkulturelle Kompetenz von Klinikpersonal“ ist der Begriff „Kultur“ ganz sicher ein Schlüsselbegriff und es sollte zunächst untersucht werden, was denn überhaupt unter „Kultur“ zu verstehen ist.

Dabei muss berücksichtigt werden, dass es zahlreiche, vielfältige, unterschiedliche und historisch bedingte Definitionen des Kulturbegriffes gibt und wie Bolten ausführt: „DEN“ allgemein gültigen Kulturbegriff gibt es nicht.

Eine Ursache hierfür mag in dem etymologisch breiten Spektrum von Kultur angelegt sein:

Abgeleitet aus dem lateinischen Verb *colere* fanden über die Vermittlung des französischen *cultiver* Zusammensetzungen mit dem Wortstamm Kult- Eingang in das Deutsche, die hinsichtlich ihrer Bedeutungskontexte in vier deutlich voneinander abgrenzbare Gruppen eingeteilt werden können. Es handelt sich hierbei um:

1. (be-)wohnen, ansässig sein
2. pflegen, schmücken, ausbilden, wahren, veredeln
3. bebauen, Ackerbau treiben und
4. verehren, anbeten, feiern



Offenkundig sind Unterschiede in Bezug auf die Breite der jeweiligen Bedeutungsspektren festzustellen: während der lebensweltliche (1) und der im weiteren Sinne naturbezogene Kulturbegriff (3) jeweils auf sehr unterschiedliche und breitgefächerte Gegenstandsbereiche verweisen, verfügen die auf hochkulturelle (2) und kulturbezogene Aspekte (4) verweisenden Kulturbegriffe auf eher enge Bedeutungsspektren wie Kultiviertheit, Kunst und Religion bzw. deren säkularisierte Kultformen.

Dementsprechend unterscheidet Bolten zwischen engem und erweitertem Kulturbegriff:

a) der enge Kulturbegriff

Laut Bolten zielt dieser Kulturbegriff auf „Hochkultur“ und wirkt schon deshalb verengend, weil er sich logisch nur durch die Setzung seines Gegenteils, eben des „Nicht kultivierten“ der „Unkultur“ erhalten kann. Ein solcher Kulturbegriff ist in Bezug auf das Anliegen der interkulturellen Kommunikation und des interkulturellen Handelns in zweierlei Hinsicht fatal: Zum einen unterstellt er ein erhebliches Machtpotenzial der „Sehenden“ gegenüber den „Blinden“, weil erstere beliebig festlegen können, was „Kultur“ ist und was nicht; zum anderen ist er unhistorisch und damit und dynamisch, weil er „ewig“ und unwandelbar ist.

„Entwickelte“ Kulturen werden auf diese Weise gegen „naive“ Kulturen abgegrenzt. Auch wenn der enge („hochkulturelle“) Kulturbegriff heute noch verwendet wird, hat sich der „erweiterte“ Kulturbegriff inzwischen durchgesetzt.

Dieser *lebensweltlich orientierte Kulturbegriff* ist es auch, mit dem wir notwendigerweise arbeiten, wenn wir uns mit transkulturellem Lernen und Handeln beschäftigen. Er ist nicht auf das vermeintlich „Besondere“ eingeschränkt, sondern umfasst alle Lebensäußerungen. Hierfür zählen Religion, Ethik, Recht, Technik, Bildungssysteme, materielle und immaterielle Produkte ebenso wie Umweltprobleme.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der erweiterte bzw. lebensweltlich definierte Kulturbegriff im Gegensatz zum engen Kulturbegriff weniger ausgrenzt als vielmehr integriert, dass ihm kein zeitlos-statische, sondern eine historisch-dynamische Bedeutung eigen ist, und dass er sich Wertungen zu entziehen versucht.

Entsprechend dem erweiterten Kulturbegriff verstehen wir unter Kulturen Lebenswelten, die sich Menschen durch ihr Handeln geschaffen haben und ständig neu schaffen. Diese Lebenswelten existieren ohne Bewertungsmaßstäbe. Sie basieren nicht auf einer Auswahl des Schönen, Guten und Wahren, sondern umfassen alle Lebensäußerungen derjenigen, die an ihrer Existenz mitgewirkt haben und mitwirken. Hierzu zählen auch Religion, Ethik, Recht, Technik, Bildungssysteme sowie alle weiteren materiellen und immateriellen Produkte. (vgl. Bolten 2007: 24)

Damit beinhaltet der Kulturbegriff wesentliche Voraussetzungen, die erbracht sein müssen, um Prozesse kulturübergreifenden Handelns (z. B. in der Klinik) ohne Wertungsbedürfnis beginnen und mitgestalten zu können.

Im Rahmen des aktuellen Globalisierungsgeschehens führt Bolten aus, dass spätestens seit Mitte der neunziger Jahre die Argumentationen zugenommen haben, die ein „Containerdenken“ (Kultur als geschlossener Gegenstand) ablehnen.

Im Zentrum der Kritik steht dabei insbesondere der unter den Varianten des erweiterten Kulturbegriffs immer noch dominierende nationalstaatliche Kulturbegriff.

Zu einer Zeit, in der sich der klassische Nationalstaat in weiten Teilen der (industrialisierten) Welt als Auslaufmodell erweist, ist auch ein nationalstaatlich orientierter Kulturbegriff überflüssig.

„Gesellschaft hat keine Kultur, sondern ist Kultur.“ (vgl. Bolten 2007 : 14)

Knapp legt in ihren Überlegungen einen Kulturbegriff zugrunde, der „Kultur“ als ein abstraktes System von zwischen Gesellschaftsmitgliedern geteilten Wissensständen, Standards des Wahrnehmens, Glaubens, Bewertens und Handelns fasst, das in Form kognitiver Schemata organisiert ist und das sich im öffentlichen Vollzug von symbolischem Handeln manifestiert. Dieses System produziert Normalitätserwartungen, die als Folie für die Interpretation von Situationen und Handlungen sowie für Entscheidungen über die Gestaltung eigenen Handelns dienen.

„Vor diesem Hintergrund könnte in einer ersten allgemeinen Bestimmung transkulturelle Kommunikationsfähigkeit verstanden werden als die Fähigkeit, mit Mitgliedern anderer Kulturen ebenso erfolgreich Verständigung zu erreichen, wie mit denen der eigenen und dabei kulturbedingte Missverständnisse zu vermeiden“ (Knapp 2008: 82).

Gleichzeitig betont Knapp, dass diese allgemeine Bestimmung ihre Tücken hat, weil die Idee diskreter, voneinander unterscheidbarer Kulturen in den letzten Jahren in mehreren wissenschaftlichen Kontexten zunehmend in Frage gestellt worden ist. In diesem Zusammenhang sind auch „Transkulturalität“ und „transkulturelles Lernen“ zu umstrittenen Kontexten geworden:

- Eines der Probleme betrifft die Vermischung alltagssprachlicher und wissenschaftlicher Konzepte von Kultur und deren Abgrenzung gegenüber verwandten Konzepten. Insbesondere ist problematisch, dass eine Tendenz besteht, alltagssprachlich und im Zuge des alltagssprachlichen Gebrauchs dann

auch gelegentlich im wissenschaftlichen (fach)didaktischen Diskurs „Kultur“ mit Nation gleichzusetzen. Angesichts von zunehmenden Migrationsbewegungen ist dies natürlich keine adäquate Sichtweise. Denn so wie Nationen mehr oder weniger von Kulturpluralismus geprägt sein können, kann auch dieselbe Kultur regional versprengt existieren.

- Kulturen sind nicht homogen, sondern variieren intern: Innerhalb dessen, was man mit gewissem Recht noch die deutsche Kultur – im Sinne von „mainstream“-Kultur – bezeichnen kann, gibt es erhebliche soziale, regionale, altersspezifische Unterschiede.
- Es gibt eine zunehmende Anzahl multikulturell geprägter Individuen, die sich nicht eindeutig der einen oder anderen Kultur zuordnen lassen.
- Im Kontakt mehrerer in ähnlicher Weise multikulturell geprägter Individuen kann wiederum eine neue Kultur, eine Kulturvariante oder eine Zwischenkultur entstehen. Kulturen unterliegen also einem dynamischen Entwicklungs- und Mischungsprozess.
- Eine weitere Konsequenz der durch technologische Entwicklungen (Verkehr, Medien) erleichterten Kommunikationsmöglichkeiten überterritorial gebundener nationaler Grenzen hinweg ist, dass sich zunehmend unabhängig von nationalen Grenzen themen-, interessen- und aufgabenbezogene Kommunikationsnetzwerke etablieren. (z. B. Wissenschaft, Wirtschaft, Kunst, Sport usw.) (vgl. Knapp 2008: 82ff)

Verena Dreißig lehnt sich bei ihrer Definition an die Theorie der neueren kognitiven Anthropologie an und bezeichnet Kultur als kontextabhängig, als bis zu einem gewissen Grade subjektiv und „hergestellt“, als dynamisch, als motivations-, erwartungs- und interessen- und interessen- und aufgabenbezogen sowie als (teilweises) Konstrukt, das gewisse Handlungsspielräume zulässt.

Daraus schließt sie, dass bei kulturbezogenen Interaktionen

- die gesellschaftlichen, sozialen, politischen und institutionellen Rahmenbedingungen kulturellen Handelns berücksichtigt werden.
- Machtverhältnisse offen gelegt werden.
- dass der Kulturbegriff subjektiv ist und von den Akteuren (auch) produziert wird. (Kultur/Nation)
- dass kulturspezifische Scripts die Interaktion steuern, was bei interkultureller Kommunikation zu Erwartungsdivergenzen führen kann, und dass entsprechend Motive, Erwartungen, Interessen und Strategien eine Rolle spielen.
- dass innerhalb eines bestimmten kulturellen Rahmens individuelle Handlungsspielräume bestehen. (vgl. Dreißig 2005: 20f)

Eine Definition des Kulturbegriffes im kulturwissenschaftlich-anthropologischem Sinne bietet Maletzke:

„In der Kulturanthropologie ist Kultur im wesentlichen zu verstehen als ein System von Konzepten, Überzeugungen, Einstellungen, und Wertorientierungen, die sowohl im Verhalten und Handeln der Menschen, als auch in ihren geistigen und materiellen Produkten sichtbar werden. Ganz vereinfacht kann man sagen: Kultur ist die Art und Weise, wie die Menschen leben und was sie aus sich selbst und ihrer Welt machen.“ (Maletzke 1996: 16)

Kulturellen Wandel gab es immer schon; schon Heraklit, ein Philosoph des alten Griechenland, brachte diese Erkenntnis in seinem bekannten Ausspruch „alles fließt, nichts bleibt stehen“ zum Ausdruck.

Neu sind jedoch Denkwürdigkeit und Ausmaß der heute ablaufenden kulturellen Wandlungsprozesse die weltweit die Gesellschaften erschüttern. (vgl. Ramaswamy 1985: 36)

2.1.2 Kulturelle Standardisierungen – die ungeschriebenen Spielregeln

Steiner versteht unter „Kulturstandards“ oder kulturelle Standardisierungen ein implizites System von Symbolen, Codes, Systemen, Normen und Regeln, nach der innerhalb der kulturellen „in-groups“ kommuniziert wird. Diese verändern sich ihrerseits durch demographische Mobilität und Kommunikation/Interaktion. (vgl. Steiner 2009: 271)

Von zentraler Bedeutung ist die Auffassung von Kultur als spezifisches Orientierungssystem. Jede Kultur hat in ihrem Orientierungssystem über Generationen hinweg spezifische Bewertungs- und Verhaltensstandards ausgebildet, die als Kulturstandards bezeichnet werden. Menschen nehmen Personen und Ereignisse in ihrer Umwelt nicht nur einfach wahr, sondern mit der Wahrnehmung ist zugleich eine Bewertung verbunden. Z. B. Eine Person mit Migrationshintergrund wird sofort als eine sympathische oder unsympathische Person, als eine „zur eigenen Gruppe gehörende“ oder „nichtdazugehörende“ Person wahrgenommen, erlebt und behandelt.

Die Art der Wahrnehmung von Personen, Gegenständen und Ereignissen, die zur Informationsverarbeitung verfügbaren Schemata und die Attributionskonzepte sind dabei kulturtypisch ausgeprägt.

Wie eine Person wahrgenommen wird, wie ihr Verhalten bewertet wird und welche Bedeutung ihr anerkannt wird, ist abhängig von zentralen Kulturstandards als Maßstäbe zu Bewertungs- und Bedeutungszuschreibung.

Ein Beispiel: Ein den deutschen Kulturstandards wie Pünktlichkeit, Ordnung und Höflichkeit wird von Deutschen als „richtig“ und „gut“ akzeptiert und bewertet, wohingegen ein vom Standard abweichendes Verhalten abgelehnt wird.

Neben der Auffassung von Kultur als einem spezifischen Orientierungssystem und dem Konzept der Kulturstandards als zentrale Orientierungsmerkmale in diesem System ist für die in dieser Arbeit zu hinterfragende Formulationsfrage die Analyse interpersonellen Verhaltens als Handlung von zentraler Bedeutung. (vgl. Thomas 1996: 114f)

Thomas versteht unter Kulturstandards alle Arten des Wahrnehmens, Denkens, Wertens und Handelns, die von der Mehrzahl der Mitglieder einer bestimmten Kultur für sich persönlich und andere als normal, selbstverständlich, typisch und verbindlich angesehen werden. Eigenes und fremdes Verhalten wird auf der Grundlage dieser Kulturstandards beurteilt und reguliert. (vgl. Thomas 1996: 112)

Krewer definiert Kulturstandards als spezifische Orientierungssysteme, die konstruiert werden, um eigenes und fremdes Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln in spezifischen transkulturellen Konfliktsituationen verständlich und kommunizierbar zu machen, oder kurz gesagt:

Kulturstandards sind Mittel der Selbst- und Fremdrelexion in transkulturellen Begegnungen. (vgl. Krewer 1996: 151f)

Nicole Kollermann, Dipl.-Psychologin und Kommunikationstrainerin in London beschreibt Kulturstandards als kulturspezifische „Spielregeln“, und wir beurteilen fremde Kulturen zunächst einmal vor dem Hintergrund unserer eigenen Kulturstandards, da es die einzigen Normen sind, auf die wir zurückgreifen können. (vgl. Kollermann 2009: 76)

Dadurch, dass Menschen einer anderen Kultur Dinge anders tun und bewerten als wir selbst, werden automatisch unsere eigenen Kulturstandards in Frage gestellt, die wir für selbstverständlich und universell gültig halten. Besonders schwierig ist es, wenn unsere Werte hinterfragt werden, denn sie sind eng mit unserer kulturellen Identität verknüpft. Die Reaktion „Der spinnt“ stellt somit eine Verteidigung der eigenen kulturellen Identität dar, die uns in gewisser Weise hilft, unsere eigene Integrität zu bewahren. (Kollermann 2009: 81)

2.1.3 Kulturelle Unterschiede als Konfliktpotenzial

Nach weit verbreiteter Vorstellung ergeben sich Kommunikationsstörungen und Konflikte in der Interaktion von Menschen mit Migrationshintergrund und dem Klinikpersonal auf Grund von kulturbedingten, dem reflexiven Bewusstsein weitgehend entzoge-

nen Normalitätserwartungen und Handlungsroutinen, sogenannten *cultural patterns* oder *mind sets* oder durch konkurrierende, nicht selten einander ausschließende Wertauffassungen. (vgl. Fechler 2008: 180)

In einer durch Migration und Globalisierungsprozesse geprägten Gesellschaft lässt allein schon die unterschiedliche Herkunft der Konfliktparteien scheinbar auf einen „interkulturellen/transkulturellen“ Hintergrund schließen und die Vermutung liegt nahe, dass es bestimmter „interkultureller/transkultureller Kompetenzen bedarf, um in solchen Konflikten richtig zu reagieren.

Es gibt unterschiedliche Auffassungen darüber, was „interkulturelle/transkulturelle Konflikte sind und wie in der Praxis mit ihnen umzugehen ist. Entscheidend ist die Frage, worin genau die Konflikträchtigkeit zwischen den Menschen mit Migrationshintergrund und dem Klinikpersonal gesehen wird.

In der transkulturellen Interaktion geht es nicht vorrangig um kulturelle Differenzen, sondern mit den in diesen Kontexten vorhandenen Machtasymmetrien und den damit verbundenen Kränkungen. Transkulturelle Beziehungen sind in der Regel keine Beziehungen auf gleicher Augenhöhe. Es geht im Wesentlichen um Struktur, Status, Macht, Vorurteile und ökonomische Ungleichheiten. (vgl. Fechler 2008: 173f)

Strukturelle Konfliktgründe und personelle Konfliktynamiken im Gesundheitswesen können kontraproduktiv wirken. Strukturelle Komponenten sind z.B. die organisatorische Infrastruktur oder Verwaltungsebene, während sich die interkulturelle/transkulturelle Dimension der Konflikte in erster Linie durch Diskrepanzen in der verbalen und non-verbalen Kommunikation zutragen.

Viele Themen im Pflegebereich betreffen die Beziehungsebenen, zumal diese wie bereits in Kapitel 5 näher ausgeführt stark kulturell geprägt sind und eine breite Palette an Konfliktpotential sowie unterschiedliche Standpunkte der Interakteure beinhalten können. Diese Themen sind in der westlichen Leistungsgesellschaft mit klar definierten

Erfolgsparadigmen angelegt, können aber von den Wertmaßstäben nicht- westlicher Kulturen ganz wesentlich abweichen und differieren.

Wenn die Verhaltensparameter zu Konflikten führen, soll man versuchen herauszufinden, wo die Wurzeln des Konflikts liegen, was nicht immer leicht und eindeutig feststellbar ist.

Der Konflikt kann seinen Ursprung auf der strukturellen Ebene haben, aber auch auf der personellen Ebene entstanden sein. In diesem Fall sollte der Konflikt auf beiden Seiten analysiert werden. (vgl. Steiner 2005: 1-4)

Natürlich ist bei einer derartigen Analyse das Wissen über andere Kulturen hilfreich, wenn wir dieses Wissen lediglich als Kontaktbrücke nützen. Bei ausschließlicher Betrachtung durch die Kulturbrille erscheinen die Angehörigen einer Kultur sehr viel ähnlicher, als sie es in Wahrheit sind. Aber jede Kultur besteht aus Individuen mit unterschiedlichen Persönlichkeiten und Erfahrungshintergründen.

Es wäre demnach zu vermeiden – und darin besteht eine gewisse Gefahr – dass Konflikte einfach auf den Einfluss eines Kulturunterschiedes zugeschrieben werden und nicht einfach auf Probleme und Störungen auf der Beziehungsebene.

Diese verdeckte Beziehungsstörung würde dann im Verborgenen fortwirken und sich vermutlich in Form weiterer Konflikte entladen. (vgl. Wiechelmann: 330ff)

2.1.4 Multikulturalität – Interkulturalität – und Transkulturalität

Die kulturellen Aspekte, Prozesse und Veränderungen im Rahmen der Globalisierung sind in einem hohen Maß von Faktoren geprägt, die wir als multi-, inter- oder transkulturell bezeichnen.

Schon der Versuch, die Begriffe zu definieren stößt spätestens dann auf Schwierigkeiten, wenn man das Gebot der Interdisziplinarität ernst nimmt und den Gebrauch der

Begriffe „Multikulturalismus“, „Interkulturalität“ und „Transkulturalität“ in verschiedenen kulturwissenschaftlichen Fächern untersucht. (Antor 2006: 26)

Multikulturelle Gesellschaften, interkulturelle Begegnungen und transkulturelle Kommunikation: es werden verschiedene Begriffe verwendet, um Begegnungssituationen von Menschen aus unterschiedlichen Kulturen zu beschreiben. Die folgenden Erklärungsversuche sollen verdeutlichen, welche Haltungen sich hinter dem multikulturellen, interkulturellen und transkulturellen Ansatz verbergen. (vgl. Fischer/Fürer-Küttel 2009)

2.1.4.1 Multikulturalität

Multikulturalismus als Begriff bezeichnet das Neben – oder Miteinander verschiedener Kulturen in einer Gesellschaft. Kultur wird in diesem Zusammenhang als Gesamtheit aller Merkmale verstanden, die das soziale, wirtschaftliche und geistige Leben einer ethnischen oder religiösen Gruppe bestimmen. Es wird also vom gruppenbezogenen Kulturverständnis ausgegangen und die klassische Variable, welche diese Gruppen bestimmt, ist die nationale oder ethnische Herkunft. (ebd.)

Multikulturalität gründet auf der Multikulturalitätsdebatte, welche von einem gesellschaftlichen Konzept des friedlichen Nebeneinanders von verschiedenen „Kulturen“ ausgeht. (Domenig 2007: 172)

Das Multikulturalitätskonzept will sich der Koexistenz unterschiedlicher Kulturen „innerhalb ein und derselben Gesellschaft“ stellen. Gegenüber den alten Forderungen nach gesellschaftlicher Homogenisierung bedeutet dies gewiss einen Fortschritt.

Aber das Konzept ist unfähig, zur Lösung der „Folgeprobleme“ dieser kulturellen Pluralität beizutragen, und zwar deshalb, weil seine Vorstellung der Einzelkulturen noch immer durch den alten, homogenisierenden Kulturbegriff geprägt ist – nur dass er diesen jetzt nicht mehr auf die Großkulturen von einst, sondern auf die vielen Partialkulturen anwendet. Es denkt diese Einzelkulturen noch immer als homogen und wohlabgegrenzt – also genau im alten Stil Herders.

Daher kann es sogar zur Rechtfertigung und verstärkter Berufung auf Abgrenzungen herhalten. Es leistet regressiven Tendenzen Vorschub, die unter Berufung auf kulturelle Identität zu Gethosierung und Kulturfundalismus führen. Eben darin schlägt die Erblast eines antiquierten Kulturverständnisses hervor.

Das Fortwirken des alten Kulturkonzepts mit seinen Geboten innerer Homogenisierung und äußerer Abgrenzung führt im Kontext des Multikulturalismus geradezu logisch zu Chauvinismus und kulturellen Separatismus. (vgl. Welsch 1999: 49 f)

2.1.4.2 Interkulturalität

Wird eine „ interkulturelle “ Perspektive eingenommen, so wird davon ausgegangen, dass zwischen Individuen oder Gruppen unterschiedlicher, differenzierbarer Kulturen kommuniziert bzw. interagiert wird. (Steiner 2009: 271)

Der Begriff der Interkulturalität tauchte Mitte der siebziger, Anfang der achtziger Jahre auf und wurde benutzt, um Situationen zu benennen, wo Menschen unterschiedlicher ethnischer, sprachlicher oder religiöser Zugehörigkeit, mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund in Interaktion treten. Zum einen wird durch diesen Begriff ausgedrückt, dass es Unterschiede zwischen Kulturen gibt und zum anderen zeigt er an, dass trotz dieser Unterschiede Möglichkeiten zum Austausch zwischen den Kulturen gegeben sind.

In einer kulturellen Überschneidungssituation treffen Eigenkultur und Fremdkulturen aufeinander – das interkulturelle entsteht.

Es wird aber wie beim Multikulturalismus vom traditionellen Kulturverständnis, d.h. vom gruppenorientierten Kulturbegriff, ausgegangen.

Im Unterschied zum multikulturellen, betont aber der interkulturelle Ansatz, dass die Kulturen nicht so stark voneinander getrennt sind, dass kein Austausch möglich wäre. (vgl. Fischer/Fürer-Küttel 2009)

Wolfgang Welsch, (deutscher Philosoph und einer der bedeutendsten Theoretiker der Postmoderne) kritisiert am traditionellen Konzept der Einzelkulturen sowie an den neueren Konzepten der Multi- und Interkulturalität, dass sie inselartig und kugelhaut verfasst wären. (vgl. Welsch 1999:51)

„Nur ist die Beschreibung heutiger Kulturen als Inseln bzw. Kugeln deskriptiv falsch und normativ irreführend. Unsere Kulturen haben de facto längst nicht mehr die Form der Homogenität und Separiertheit, sondern sind weitgehend durch Mischungen und Durchdringungen gekennzeichnet.“

Diese neue Struktur der Kulturen bezeichnet Welsch, da sie über den traditionellen Kulturbegriff ‚hinaus‘ – und durch die traditionellen Kulturgrenzen wie selbstverständlich ‚hindurch gehen‘ als ‚transkulturell‘ (Welsch 1999: 51).

2.1.4.3 Transkulturalität – die veränderte Sichtweise heutiger Kulturen

Die alte, homogenisierende und separierende Idee der Kulturen ist heute insbesondere durch die „externen(den) Vernetzungen der Kulturen“ überholt.

Heutige Kulturen sind aufs stärkste miteinander verbunden und verflochten. Die Lebensformen enden nicht mehr an den Grenzen der Nationalkulturen, sondern überschreiten diese, finden sich ebenso in anderen Kulturen.

Diese neuen Verflechtungen sind eine Folge von Migrationsprozessen sowie von weltweiten Verkehrs – und Kommunikationssystemen und ökonomischen Verflechtungen und Abhängigkeiten. (vgl. Welsch: 51)

Transkulturalität dringt darüber hinaus nicht nur auf der Makroebene der Gesellschaft, sondern auch auf der Mikroebene der Individuen vor. Die meisten unter uns sind in ihrer kulturellen Formation durch „mehrere“ kulturellen Herkunft und Verbindungen bestimmt. Wir sind kulturelle Mischlinge. „Es gehört zu den muffigsten Annahmen, daß (sic!) die kulturelle Formation eines Individuums schlicht durch seine Nationalität oder Staatszugehörigkeit bestimmt sein müsse“ (Welsch 1999: 53).

„Durch die „transkulturelle „ Perspektive werden den Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Individuen und Gruppen hervorgehoben, wodurch Differenzen vielmehr als positive Herausforderungen der kulturellen Kompetenz wahrgenommen werden, denn als divergierende kulturelle Dynamik. Die Globalisierung, die damit einhergehenden Vernetzungen und umfassenden Interaktionen und daraus entstehenden Organisationen, wie etwa Menschenrechtsorganisationen oder andere transnationale Interessensverbände, zeigen, dass die gesellschaftspolitischen Entwicklungen der letzten 20 Jahre den Fokus vielmehr auf Interaktion als auf Interkulturalität zentrieren“ (Steiner 2009: 272).

Das Konzept der Transkulturalität setzt die Sichtweise nicht mehr in erster Linie auf Differenzen (Eigen- und Fremdkultur), sondern auf Gemeinsamkeiten.

Transkulturalität verdeutlicht, dass Kultur und kulturelle Identität keine absoluten oder statischen Größen sind und berücksichtigt, dass das Individuum sich Neues aneignen kann, ohne Altes ganz aufgeben zu müssen.

Im Unterschied dazu stellen Interkulturalität und Multikulturalität das Zwischen- oder Nebeneinander in den Vordergrund. (vgl. ÖRK/Österreichisches Rotes Kreuz 2004: A49)

2.1.4.4 Warum also Transkulturalität und nicht Interkulturalität?

Interkulturalität betont die Begegnung zwischen zwei „Kulturen“ und beleuchtet mögliche Reibungsflächen. Der Begriff reproduziert den essentialistischen Kulturbegriff, indem „Kulturen“ als klar voneinander abgegrenzt dargestellt werden.

Im Unterschied dazu stellt Transkulturalität nicht das Zwischen oder das Nebeneinander (Multikulturalität), sondern das über das kulturelle hinausgehende, grenzüberschreitende und somit wieder Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum.

Transkulturalität fordert also auf, nicht nur Unterschiede sondern auch Gemeinsamkeiten zu entdecken und dazwischen gegenseitiges Aufeinander zugehen und verstehen Abgrenzungen und Ausgrenzungen zu verhindern. (vgl. Domenig 2007: 172f)

3 Gesund- und Kranksein im Kontext von Migration

3.1 Was bedeutet Migration?

Grundsätzlich finden sich zahlreiche unterschiedliche Definitionen von Migration, die je nach wissenschaftlicher Disziplin, je nach AutorInnen bzw. Kontext, in dem der Begriff verwendet wird, breiter oder enger gefasst sind. (Strasser 2009: 17)

Wörtlich übersetzt heißt „Migration“ Wanderung (lat. „migrare“: wandern), das heißt, man versteht darunter die Wanderung bzw. Bewegung von Individuen oder Gruppen im geographischen und sozialem Raum (ebd.)

„Eine allgemeine Definition von „MigrantIn“, die international meist verwendet wird, ist die UN-Definition, nach der ein/e international/er MigrantIn eine Person ist, die in ein anderes Land als ihr Herkunftsland einreist und sich dort mindestens 12 Monate aufhält“ (Strasser 2009: 18).

Long Term Migrant:

A person who moves to a county other than that of his usual residence for a period of at least a year (12 months), so that the country of destination effectively becomes his or her new country of usual residence. Frim the perspective oft he country of departure the person will be a long-term emigrant and from that oft he country of arrival the person will be a long-term imigrant (UN 1998: 18)

3.1.1 Die KlientInnen mit „Migrationshintergrund“

Personen mit Migrationshintergrund werden heutzutage noch fälschlicherweise als MigrantInnen bezeichnet, unabhängig davon, ob sie selbst migriert sind oder nicht. (vgl. Strasser 2009: 21)

Die von der Statistik Austria verwendete Definition von Migrationshintergrund folgt den „Recommendations for the 2010 censuses of population and housing“ der United

Nations Economic Commission for Europe (UNECE; siehe www.unece.org/stats/documents/2010.00.census.htm) [20.7.2010]

„Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden.

Diese Gruppe lässt sich in weiterer Folge in MigrantInnen und Migranten der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Zuwanderer der zweiten Generation (Kinder von Zugewanderten Personen, die aber selbst in Österreich zur Welt gekommen sind) untergliedern“ (Statistik Austria-Press: 5).

Die Zuwanderer der 1. Generation (eigener Geburtsort und Geburtsort beider Elternteile im Ausland) kommen mehrheitlich aus Ländern außerhalb der EU (0,702 Mio., 65%). Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bilden dabei die größte Gruppe (0,349 Mio.) gefolgt von Personen aus der Türkei (0,162 Mio.)

Bei den Zuwanderern der 2. Generation (eigener Geburtsort in Österreich und Geburtsort beider Elternteile im Ausland) zeigt sich ein ähnliches Bild: Die Eltern dieser Personengruppe stammen mehrheitlich aus dem ehemaligen Jugoslawien (0,134 Mio.) oder der Türkei (0,08 Mio.) (vgl. Statistik Austria – Die Presse [04.02.2010])

„Gerade die in dem Begriff ‚Migrationshintergrund‘ kondensierte Vielschichtigkeit ist dabei jedoch nicht nur Problem sondern auch Chance: Er bietet sich als ‚Marker‘ an für das potentielle ‚Besondere‘, einschließlich der besonderen Verantwortung, genauer hinzuschauen, innezuhalten und nachzudenken“ (Knipper/Bilgin 2010: A79).

3.1.2 Migrationsstrukturen und Wanderungsbewegungen

Seit Menschengedenken sind Einzelpersonen und auch ganze Völker aus den verschiedensten Gründen und Ursachen aus ihrer Heimat aufgebrochen, um sich andernorts niederzulassen, manchmal auch, um von dort wieder weiterzuziehen: meist aus der Not und gezwungenermaßen, aber auch aus Neugier und freiwillig. Sie alle sahen sich bewusst oder unbewusst den Fragen ausgesetzt: Wo gehör ich hin? Wo ist meine Heimat? Wie gehe ich mit den verschiedenen kulturellen Einflüssen um, die mich prägen? Gerade

heutzutage betrifft die Auseinandersetzung mit diesen Fragen immer mehr Menschen, da durch die Globalisierung die Mobilitätsansprüche sehr gestiegen sind (vgl. Stierling Doctor 2009: 151)

Die Erfassung bzw. Struktur der internationalen Migrationsbewegung wird von drei grundsätzlichen Formen bestimmt:

1. „Legale oder dokumentierte Migration“ (Arbeits- und Ausbildungsmigration und Familienzusammenführung)

Diese wird wesentlich durch gesetzliche Bestimmungen gestaltet. (Fremdenrecht, Visa-Einreisebestimmungen)

2. „Illegale und nicht dokumentierte Migration“

- Ihr Ausmaß ist naturgemäß schwer zu bestimmen, hängt aber letztlich von den ökonomischen Gegebenheiten (z.B. Nachfrage Schwarzarbeit) sowie den ergriffenen Gegenmaßnahmen ab. (z.B. Grenzschutz im Burgenland)

3. „Flüchtlings- und Asylmigration“

Sie wird in den meisten Fällen durch kriegerische Ereignisse und humanitäre Katastrophen ausgelöst. In vielen Industriestaaten fallen unter diese Bezeichnung aber auch Versuche, die zunehmend strengeren Einreisebestimmungen zu umgehen. (vgl. Marik-Lebek 2010: 13)

Wanderungsbewegungen können, wie schon erwähnt verschiedene Ursachen haben, je nachdem in welchem Ausmaß verschiedene Faktoren in bestimmten Regionen zum Tragen kommen:

- Arbeitsmigration zur Verbesserung der individuellen ökonomischen Situation
- Familienzusammenführung
- Flüchtlingsmigration durch Kriegs- bzw. Naturereignisse

Seit Ende des zweiten Weltkrieges hat Österreich alle drei genannten Formen von Migration erlebt, mit unterschiedlichem Schwerpunkt und in zunehmender Überlagerung. Die Migration nach Österreich ist traditionell vor allem Migration aus anderen europäischen Staaten, wobei seit dem EU-Beitritt Österreichs eine deutliche Verschiebung in der Zusammensetzung der Zuwanderer nach Österreich zu beobachten ist. Waren von 1960 bis etwa zur Jahrtausendwende das ehemalige Jugoslawien und die Türkei die wichtigsten Quellländer von ZuwanderInnen, hat sich der Schwerpunkt nun auf die EU-Staaten verlagert (insbesondere deutsche und polnische Staatsangehörige). (vgl. Marik-Lebeck 2010:22)

4 Migration und Gesundheit

4.1 Migrationsspezifische Auswirkungen auf die Gesundheit von MigrantInnen

In der internationalen Forschung zeigt sich seit Jahren, dass die Gesundheit von MigrantInnen stärker und anders beeinträchtigt ist als diejenige der einheimischen Bevölkerung. Zwar sind MigrantInnen nicht per se kränker als Nicht-MigrantInnen, aber ihre Lebensumstände vor, während und nach der Migration erweisen sich in vielen Fällen als „krank machend.“

Die vielschichtigen Zusammenhänge, welche sich negativ auf die gesundheitliche Verfassung von MigrantInnen auswirken können, sind ausgesprochen komplexer Natur. Entsprechend komplex kommen sie im Krankheitsfall auch zum Ausdruck. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von psychosozialen Erkrankungen. MigrantInnen leiden häufiger nicht nur körperlich an einzelnen konkreten somatischen Erkrankungen, sondern äußern vielmehr zahlreiche diffuse Symptomkomplexe, die - wie ich noch weiter erklären werde - das Gesundheits- und Pflegepersonal vor große Herausforderungen stellen.

Für die MigrantInnen ist die körperliche Ausdrucksform des Leidens häufig die einzige mögliche Kommunikationsform und das Gesundheitssystem der einzige legitime Ansprechpartner. Die daraus resultierende „Sprachlosigkeit“ wird dann meist auf sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme reduziert. Die strukturellen, sozialen und gesellschaftspolitischen Bedingungen, welche die Begegnungen von Behandelnden und MigrantInnen maßgeblich mitbestimmen, bleiben im Hintergrund. (vgl. Domenig 2007: 154f)

Verweise auf „kulturspezifische Erkrankungskonzepte und/oder typische Verhaltensweisen“ im Krankheitsfall basieren in der Regel auf einem unreflektierten Kulturverständnis, welches von einer herkunftsbezogenen kulturellen „Prägung“ der Menschen ausgeht, die auch durch Migrationserfahrungen oder anderen biografischen Faktoren kaum Änderungen unterliegen.

Diese Kulturvorstellung äußert sich etwa in stereotypen Aussagen über das „mystische Medizinverständnis“ zum Beispiel türkischer KlientInnen oder die vermeintlich „ganzheitliche Wahrnehmung von Krankheit“ und einer ganzheitlichen Präsentation von Symptomen“ bei KlientInnen aus dem Mittelmeerraum. (vgl. Knipper/Bilgin 2009: 74)

Kutalek meint, dass Problematiken in Bezug auf Migration und Gesundheit in erster Linie struktureller Natur sind und Verbesserungen in diesem Bereich können ebenfalls nur strukturell sein. Das impliziert aber auch, dass von positiven Veränderungen nicht nur MigrantInnen, sondern alle Bevölkerungsbereiche, wie wir in Kapitel 5 „Transkulturelle Kompetenz“ noch sehen werden, profitieren. (vgl. Kutalek 2009: 303)

4.1.1 Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand von MigrantInnen

Die Grafik stellt die unterschiedlichen psychischen und sozialen Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand näher dar. An dem Modell ist zu entnehmen, dass Faktoren wie beispielsweise Heimweh, Depression, die Arbeits- und Wohnsituation, mangelnde Deutsch-Kenntnisse etc. Auswirkungen auf den physischen Gesundheitszustand von MigrantInnen haben können.

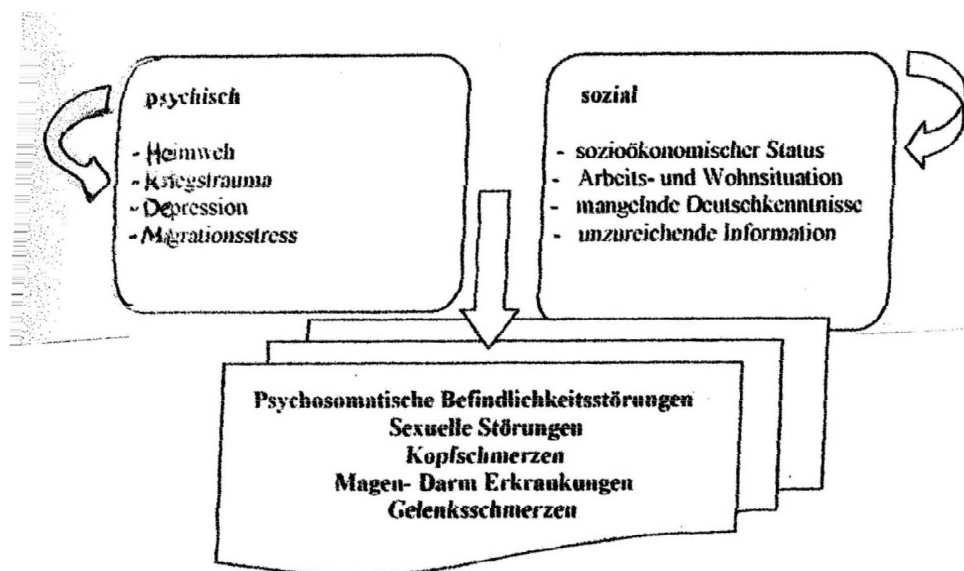


Tabelle 27 Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand von MigrantInnen

(Abb.: nach JKU/Johannes Kepler Universität Linz 2006:54)

Aber auch die Menschen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen – überlagert durch soziale und psychische Einflüsse – erleben Krankheit unterschiedlich. Dies hängt von diversen Faktoren ab, wie beispielsweise von religiöser Zugehörigkeit, herkunftsspezifischen Normen und Werthaltungen und einem unterschiedlichen Verständnis vom eigenen Körper und zur ärztlichen Behandlung.

Verschiedenartige Wahrnehmungen von Krankheit aufgrund kultureller Unterschiede sowie diverse Arten der Symptompräsentation und der Erfahrung von Schmerz machen Diagnosen für den/die Arzt/Ärztin äußerst schwierig und können die Gefahr von Fehlurteilen bilden. (vgl. JKU/Johannes Kepler Universität Linz: 2006: 54, zit. nach Volk/Bauböck 2001: 222)



Abbildung 22 Einfluss kultureller Bedürfnisse auf den Gesundheitszustand

(Abb.: nach JKU/Johannes Kepler Universität Linz 2006:55)

4.1.2 Unterschiede im Verständnis von Gesundheit und Krankheit.

In vielen Bereichen gibt es erhebliche Unterschiede im Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie bei der Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen durch Migrantinnen und Migranten, unabhängig von methodischen Problemen, die insbesondere durch Unterschiede im Altersaufbau aber auch durch die soziale Lage bestehen.

Unterschiede zeigen sich zum Beispiel im Bereich der Infektionskrankheiten, bei Schwangerschaft und Geburt, der Zahngesundheit, der Inanspruchnahme rehabilitiver Leistungen, bei Unfällen und Berufskrankheiten, aber auch bei der psychischen Gesundheit.

Auch wenn eine wissenschaftlich fundierte Analyse der Krankheits- und Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten durch unterschiedliche methodische Probleme erschwert wird, so wissen wir aus verschiedenen Untersuchungen und Erfahrungsberichten, dass unser Gesundheitssystem diese Menschen nur unzureichend erreicht hat.

(vgl. Assion 2005: 122)

Laut Domenig hatten nach einer Befragung aller KlientInnen – unabhängig von der Ethnizität – hohe Erwartungshaltungen an:

- fachliche Kompetenz und Qualifikation der ÄrztInnen und Pflegekräfte,
- sorgfältige Untersuchung und Behandlung,
- Ehrlichkeit bei der Aufklärung,
- größtmögliche Sicherheit und Hygiene,
- moderne medizinische Einrichtung.

Ebenso bedeutsam waren für beide Vergleichsgruppen soziale und kommunikative Fähigkeiten des Klinikpersonals, wie

- verständliche Informationen und geduldige Erklärungen,
- Informationen und Beratung durch die ÄrztInnen,
- Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit,
- Ausreichende Zeit des Personals für die KlientInnen.

Neben diesen offensichtlich universellen KlientInnenerwartungen hoben die Migrantinnen darüber hinaus folgende Kriterien als wichtig für eine gute stationäre Versorgung hervor:

- gute sprachliche Verständigungsmöglichkeiten,
- Akzeptanz kultureller Besonderheiten,
- Gleichbehandlung mit deutschen KlientInnen.

(vgl. Domenig 2007: 429)

4.1.3 Bedürfnisse und Erwartungshaltung der Minderheiten-Gesellschaft

Die Bedürfnisse und die Erwartungshaltung der MigrantInnen an Gesundheitseinrichtungen bzw. Kliniken werden durch Herkunft, Kultur, Wertvorstellung, religiöser Zugehörigkeit sowie dadurch bedingten Krankheits- und Gesundheitsverhalten immer vielfältiger.

Um allen Menschen in der Gesellschaft eine optimale Betreuung und gesundheitliche Versorgung gewährleisten zu können, ist es von großer Bedeutung, Rücksicht auf ihre individuellen Bedürfnisse zu nehmen. Das Erkennen von Bedürfnissen ist notwendig, um ein besseres gegenseitiges Verständnis zu erreichen. (vgl. JKU/Johannes Kepler Universität Linz 2006: 54)

Was ist damit gemeint, wenn gesagt wird, Menschen mit Migrationshintergrund hätten besondere (Gesundheits-) Bedürfnisse?

„Das Streben nach einem guten Leben entspringt einem allgemeinen menschlichen Bedürfnis. Die Fähigkeit sich guter Gesundheit zu erfreuen, im Sinne eines „umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“, ist ein von uns allen geteiltes Ziel“ (Reinprecht 2010: 69).

4.1.4 Migrationsspezifische Anamnese (Vorgeschichte einer Krankheit)

Die für eine Behandlung von MigrantInnen relevanten bio-psycho-sozialen Krankheitsbilder werden bei einer Anamnese oft ungenügend oder überhaupt nicht erfasst. Oft

wird auch ein wichtiger Teil der Biographie, der Herkunfts- und Migrationsgeschichte, die ökonomische und soziale Situation ausgeklammert, was oft für das Verständnis von Erkrankungen hilfreich sein kann. Sehr wichtig wäre auch die Frage nach dem Aufenthaltsstatus, der, je unsicherer ist, desto eher psychische Symptome miterklärbar sind.

Oft erlaubt die Migrationsanamnese eine emotional tragfähige Beziehung aufzubauen oder zu vertiefen und kann die Erwartungen der MigrantInnen genauer kennenlernen. (vgl. Gelzer 2005: 129)

„Eine differenzierte Anamneseerhebung, die auch biografischen und sozialen Aspekten Rechnung trägt und diese medizinisch bewertet, gilt bis heute als zentrale Aufgabe ärztlichen Handelns“ (Knipper/Bilgin 2010: A79-9).

Die Erhebung und Ausarbeitung eines persönlichen Krankheitsbildes der KlientInnen mit Migrationshintergrund ist für die wirksame und erfolgreiche Behandlung von großer Bedeutung.

Vielfach ist das Krankheitsbild der MigrantInnen von Umständen geprägt, die migrationsbedingt entstanden sind und in der Interaktion zwischen ÄrztInnen und KlientInnen Berücksichtigung finden sollten/müssen. Das migrationspezifische Krankheitsbild kann z.B. durch Flucht, durch Gewalterfahrung, aber auch aus ökonomischen und psychosozialen Gründen bestimmt sein und deshalb zu unserem Krankheitsverständnis unterschiedlich sein.

Krankheitsvorstellungen sind zum Teil kulturell geprägt und deshalb sollten Vorurteile, Stereotypen und unreflektierte Denkweisen bei einer migrationspezifischen Anamnese keinen Platz haben.

Außerdem sollten bei der Erhebung des Krankheitsbildes die spezifischen Erwartungshaltungen, gewisse Wertvorstellungen und kulturell bedingte Tabus berücksichtigt werden.

5 Konfliktpotenziale bei der Interaktion zwischen Klinikpersonal und KlientInnen mit Migrationshintergrund

5.1 Sprachliche und kulturelle Kommunikationsprobleme

5.1.1 Verbale Kommunikation

Die letzten zwanzig Jahre waren gekennzeichnet von zunehmender Fremdenfeindlichkeit, Ausgrenzung und Xenophobie. Der Kultur- und Sozialanthropologie kommt hier die soziopolitisch relevante Aufgabe zu, das Miteinander in Differenz und Gleichheit zu unterstützen und zur Entwicklung einer tragfähigen Basis einer inter- bzw. transkulturellen Kommunikation beizutragen. (Steiner 2009: 267)

Wir beschränken uns in unserer Auseinandersetzung mit Kommunikation nicht auf die Sprache wie etwa Habermas (1999) oder auch Luhmann (1998) taten, sondern wir beziehen uns auf ein umfassendes Konzept von Kommunikation, in dem gerade auch dieser Raum zwischen Sprache und Performance und Bild von maßgeblicher Bedeutung ist. (Steiner 2009: 278)

Im Spitalsalltag etwa ist Kommunikation auf Grund mangelnder Deutschkenntnisse bei MigrantInnen oft ein Problem. Professionelle ÜbersetzerInnen sind praktisch nicht vorhanden und so müssen sich ÄrztInnen, weiteres Spitalspersonal und KlientInnen meist mit Notlösungen behelfen.

Fehlende Kommunikation im Spitalsalltag aufgrund von Zeitmangel ist jedoch ein grundlegendes Problem, das mit wenigen Ausnahmen alle Involvierten betrifft – MigrantInnen und ÖsterreicherInnen, ÄrztInnen sowie anderes Gesundheitspersonal. MigrantInnen zeigen eine grundlegende Problematik einfach nur verschärft auf. (Kutalek 2009: 303)

Das Thema Sprache und Kommunikation bei KlientInnen mit Migrationshintergrund ist komplexer als eine einfache Frage der Deutschkenntnisse auf Seiten der KlientInnen. Sprache und Kommunikation sind zentrale Instrumente ärztlicher und medizinischer Handlungen allgemein. Auch wenn vielfach der nackte Austausch sachlicher Informati-

on im Mittelpunkt zu stehen scheint, hat Kommunikation in der Medizin auch eine soziale Komponente. Die Begriffe Information, die eine KlientIn bzw. ihre Angehörigen erhalten, werden stets vor dem Hintergrund der individuellen Situation (geprägt z.B. durch Schmerzen, Angst, Sorgen, etc.) Vorerfahrungen mit vergleichbaren Situationen, Vorhandenen Wissensbeständen über den Körper, Krankheiten und Therapieverfahren sowie mit Blick auf soziale Beziehungen und über Bezug auf kulturell und/oder religiös vermittelte Wertvorstellungen und Präferenzen gedeutet. (Knipper/Bilgin 2009:70)

Obwohl den meisten nicht bewusst ist, werden in der verbalen Kommunikation vor ärztlicher und pflegerischer Seite Strategien eingesetzt, die dem wenig sprachlich kompetenten ausländischen KlientInnen das Verstehen erleichtern soll. So werden durchwegs ausländische KlientInnen wesentlich lauter ausgesprochen, als ob die Lautstärke das Verstehen erleichtern könnte, die Sprache ist besser akzentiert, langsamer und häufig wird der Inhalt wiederholt. Die (ausländischen) KlientInnen wiederum empfinden dieses Verhalten ihnen gegenüber als unpassend, als Befehlssprache und häufig als herabsetzend.

Ist nun schon die Verständigung in der ÄrztInnen-KlientInnen Kommunikation erschwert oder schlimmstenfalls unmöglich, so wird dies noch zusätzlich erschwert wenn die Beherrschung der deutschen Sprache auf Seiten der ausländischen KlientInnen so gering ist, dass nicht erst das Inhalts- und Handlungsverstehen, sondern schon das einfache Wortverstehen zum Problem wird. Ein Gespräch wird dann reduziert auf das sogenannte „Ausländerdeutsch“, auch „Fabriksdeutsch“ genannt, wo es nur um die Mitteilung simpelster Informationen geht. Desweiteren können wir in der Interaktion zwischen KlientInnen und Klinikpersonal „Schlagwort oder Stichwortkommunikation“ (Du sehr krank, Kind schwer krank, sofort Krankenhaus...) oder „Kleinkindkommunikation“ (hier Wasser, schön ..) beobachten. (vgl. Zimmermann 2000:16ff)

Besonders benachteiligt in den ÄrztInnen-KlientInnen-Beziehungen sind in Hinsicht der Kommunikation vor allem die weiblichen KlientInnen und unter ihnen überwiegend Frauen türkischer Abstammung. Da ihr Kontakt zu den Angehörigen der Residenzgesellschaft, insbesondere, wenn sie nicht berufstätig sind, meist sehr gering ist, sind ihre

Sprachkenntnisse auch nach vielen Jahren des Aufenthalts hier oft noch sehr mangelhaft.

Nicht selten erlernen sie Deutsch nur von ihren Kindern, wodurch nicht nur ihr Wortschatz sehr minimiert bleibt, sondern ihr Sprachausdruck zudem noch eine kindliche Prägung erhält. Da vor allem in den traditionellen muslimischen Familien die sozialen Außenbeziehungen vom Vater hergestellt und ausgestaltet werden, sind türkische Frauen, durch die aus der allgemeinen sehr tief verinnerlichten Rollenforderungen resultierende "institutionelle Hilflosigkeit", zusätzlich noch verunsichert. Als Klientinnen, in Abwesenheit ihres Mannes, trauen sie sich häufig kaum zu, einer ärztlichen Aufklärung folgen zu können und fühlen sich zur Übernahme von erheblichen Entscheidungen meist völlig außerstande.

Durch diese sprachlichen Defizite kommt dann nur allzu leicht das ärztliche und pflegerische Personal zu falschen Einschätzungen der ausländischen Klientinnen (ebd:22)

Ausländische KlientInnen verfügen allgemein über keine oder andere Konventionen und Erfahrungen aus dem medizinischen Bereich und da ihnen zudem die hier üblichen Regeln der ritualisierten Kommunikation nicht geläufig sind, kommt es ärztlicher -und pflegerischerseits zu immer wieder beklagten Situationen, die dann in dem Lamentogipfel: .."selbst wenn sie recht gut Deutsch sprechen, verstehen tun sie aber rein gar nichts!" (vgl. Zimmermann 2000.14f)

Nur mit Achtung und einer ständigen Reflexion des eigenen Verhaltens, der eigenen Sichtweisen, ist transkulturelle Kommunikation auch eine „gute“ transkulturelle Kommunikation. Kommunikation heißt im Fall transkultureller Kommunikation, dass die gegenseitige Wahrnehmung ausgehandelt werden kann, also alle Beteiligten die Recht und die Möglichkeit haben, Wahrnehmungen zu korrigieren. (vgl. Keding 2009: 346)

5.1.2 Non – verbale Kommunikation

Aber nicht nur die verbale Kommunikation bereitet Schwierigkeiten, sondern auch die non-verbale Kommunikation, die von vielen Wissenschaften als hochgradig kulturspezi-

fisch gesehen wird. Zu einem besonderen Problem wird non-verbale Kommunikation bei transkultureller Kommunikation auch deshalb, weil es oft an Bewusstsein für die kulturelle Variabilität non-verbaler Codes mangelt.

Die non-verbale Kommunikation umfasst verschiedene Bereiche. Alle kommen innerhalb einer Kultur als Teil non-verbaler Kommunikation zu tragen. In einem komplexen Wechselspiel, sowohl miteinander als auch mit verbaler Kommunikation etablieren sie im Idealfall eine Atmosphäre für die Kommunikation die von den Sprechern als angenehm bzw. „natürlich“ empfunden wird. Für alle Bereiche gilt aber auch, dass sie von Kultur zu Kultur sehr stark variieren können.

Bezüglich der non-verbale Kommunikation werden vor allem folgende Bereiche unterschieden:

➤ Gestik

Bewegung von Fingern, Händen, Armen und Kopf

➤ Mimik

Bewegung der Gesichtsmuskeln, vor allem im Bereich des Mundes, der Augen, der Augenbrauen und der Stirn

Gestik und Mimik variieren von Kultur zu Kultur ganz erheblich und die Unterschiede hinsichtlich des Einsatzes an Gestik und Mimik führen in der transkulturellen Kommunikation sehr leicht zu negativen Reaktionen und Fehleinschätzungen des Kommunikationspartners.

➤ Blickkontakt

Die Bedeutung von Blickkontakten variiert auch in Abhängigkeit davon, ob der Blickkontakt zeitgleich mit verbaler Kommunikation erfolgt. In einem Gespräch signalisiert ein langer und intensiver Blickkontakt, etwa in westlichen Ländern, das Interesse des Empfängers an dem, was der Sender sagt. Viele andere Kulturen fassen einen Blickkontakt als unhöflich, als Verletzung der Privatsphäre auf,

während in der arabischen Kultur ein intensiverer Blickkontakt festzustellen ist als im westlichen Bereich.

- Proxemik (der körperliche Abstand zwischen den Gesprächspartnern)
- Haptik (das Berührungsverhalten)

Proxemik und Haptik sind durch eine beträchtliche Zahl von Variablen beeinflusst. Vom Geschlecht der Interaktionspartner und vor allem von deren Beziehung zueinander hängt es maßgeblich ab, welche Formen des Abstands und der Berührung erlaubt sind.

- Begrüßung und Händedruck

Begrüßungsrituale sind hochgradig kulturabhängig und gehören aufgrund ihres häufigen Gebrauchs zudem wohl zu den auffälligsten kulturspezifischen Aspekten verbaler und nonverbaler Kommunikation. Die Auseinandersetzung mit fremdkulturellen Begrüßungsritualen ist ein Ansatz zum Erwerb transkultureller Kompetenz.

Aber auch die non-verbale Komponente spielt bei der Begrüßung eine wichtige Rolle und kann bei Unkenntnis- zu Missverständnissen führen. Das reicht von Wangenkuss und Umarmung, über den Händedruck und Verbeugung bis hin zur körperlich-räumlichen Distanz der Gesprächspartner voneinander (vgl. Erll/Gymnich 2007:110-130)

Eigenheiten des non-verbale Verhaltens und der non-verbale Kommunikation sollten vor allem dann beobachtet werden, wenn in einer gegebenen Situation die Möglichkeiten zur verbalen Kommunikation eingeschränkt werden oder gar nicht vorhanden ist, wenn gleichzeitig ein konkreter kommunikativer Austausch unumgänglich wird und wenn von dessen Gelingen das Erreichen wichtiger außerkommunikativer Ziele abhängt. All dies trifft auf transkulturelle Begegnungen im pflegerischen Kontext in einem bestimmten Maße zu und macht sie für Störungen anfällig. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Pflegeperson Mühe hat, die non-verbale und verbale Äußerungen des ihr

anvertrauten Gegenüber zu deuten, ist groß. In dieser Situation kann es für die Pflegeperson zielführend sein, wenn sie sich in die Lage des Gegenübers versetzt und sich seine Sicht der Dinge (z.B. Ängste, Bedürfnisse) auszumalen versucht. (vgl. Domenig 2007: 253 ff)

Auch wenn es keine universelle Körpersprache gibt, die als eindeutig und unmissverständlich z.B. eine positive Grundhaltung signalisiert, so haben Pflegende gerade bei umfangreichen sprachlichen Kommunikationsproblemen sehr wohl die Möglichkeit ihrem Gegenüber zu verstehen zu geben, dass es willkommen ist, dass es sich sicher fühlen kann, dass es in guten Händen ist: Ein von Herzen kommendes Lächeln, ein beruhigendes Nicken, ein wohlwollender Blick wird international verstanden! Hier bedarf es des mutigen Ausprobierens, denn in aller Regel wird der ebenfalls auf non-verbale Gesten ausgewiesene Kranke postwendend reagieren und damit einen Dialog der besonderen Art einleiten. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Dora 2010:97)

5.2 Sprach- und Übersetzungshilfen im Klinikalltag

Um zumindest einen basalen (=grundlegenden) Informationsaustausch gewährleisten zu können, ist bei manchen KlientInnen das Hinzuziehen einer DolmetscherIn notwendig und sogar rechtlich geboten, etwa zur Aufklärung KlientInnen über Operationen als Grundlage ihrer dafür unverzichtbaren, informierten Einverständnisses. Häufig wird in derartigen Fällen improvisiert, indem Angehörige oder nicht weiter qualifiziertes Personal mit gleicher Muttersprache um Hilfe gebeten werden.

Oft werden auch Kinder hinzugezogen. All diese Improvisationen sind im Endeffekt allerdings höchst problematisch, sowohl aufgrund der mangelnden Kompetenz der Übersetzenden für medizinische Sachverhalte als auch wegen der fehlenden Kontrollmöglichkeiten bezüglich Übersetzungsqualität, Zuverlässigkeit und Vertraulichkeit. (Was wurde überhaupt übersetzt? Wird sich die ÜbersetzerIn an die Schweigepflicht halten?). Auch ist die soziale Problematik zu berücksichtigen, vor allem etwa, wenn Kinder und minderjährige Angehörige intime Details und höchst belastende Informationen von ihren Eltern übersetzen oder diesen vermitteln sollen.

Dies kann letztlich zu schweren Belastungen für alle Beteiligten in der ohnehin bereits extrem belasteten Krankheitssituation führen. (vgl. Knipper/Bilgin 2009: 72 f)

Wenn medizinische Begriffe, Diagnosen und Therapien nicht oder nur unzureichend verstanden werden, kann die Versorgung von KlientInnen nicht optimal sein. (Kutalek 2009: 307)

Abhilfe kann in vielen Fällen allein durch den Einsatz qualifizierter DolmetscherInnen erfolgen, ein Angebot, das schon an verschiedenen großen und einigen wenigen kleinen Kliniken besteht. Gerade in Kliniken bietet es sich an, die muttersprachlichen Kompetenzen des Personals zu nutzen, indem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu DolmetscherInnen fortgebildet und nach Möglichkeit anschließend betreut und supervidiert werden. (vgl. Knipper/Bilgin 2009: 72 f)

Immer mehr Häuser sind in der glücklichen Situation, dass zahlreiche MitarbeiterInnen selbst einen Migrationshintergrund haben und sie demzufolge neben der deutschen Sprache auch noch eine zweite oder dritte Sprache beherrschen. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, über diese Gruppe in der Mitarbeiterschaft eine Liste zu führen (so die Betroffenen damit einverstanden sind) und sie im Bedarfsfall als DolmetscherInnen ans Krankenbett zu rufen. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass durch diese Einsätze ein sehr großer Prozentsatz der zu klärenden Fragen zur Zufriedenheit aller geklärt werden konnte. Der Einsatz von ÜbersetzerInnen, die aus dem Kreis der Familie kommen, verbietet sich. Abgesehen davon, dass dadurch z.B. Autoritäts- und Schamgebote verletzt werden könnten und es keine Fachleute sind, ist ein Familienmitglied in der Regel viel zu „verstrickt“ mit dem Erkrankten und unwissend, als dass es diese sachliche und fachlich differenzierende Rolle einnehmen könnte. (Hax-Schoppenhorst/Jünger 2010: 99)

Ilkiliz, Mediziner und Islamwissenschaftler an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, ortet in der ÄrztInnen-KlientInnen-Kommunikation mit Hilfe einer dritten Person erhebliche medizin-ethische Probleme.

„Durch Anwesenheit eines Dolmetschers wird zunächst das klassische duale Arzt-Patienten-Verhältnis gestört. Dabei ist aus medizinethischer Perspektive höchst problematisch, dass dadurch die Schweigepflicht beeinträchtigt ist. Der Patient soll in Anwesenheit einer dritten Person, die nicht direkt in den Behandlungsprozess involviert ist, über höchst private Angelegenheiten sprechen und, wenn dies erforderlich ist, seine Intimsphäre offenbaren“ (Ilkilic 2006: 4).

Ilkilic ist auch gegen die Übernahme der Dolmetscherrolle eines Familienmitgliedes, gibt aber keine Antwort darauf, wer nun bei Kommunikationsproblemen die Dolmetschertätigkeit übernehmen soll oder darf. (vgl. Ilkilic 2006-2007: <http://www.kultur-gesundheit.de/...>)

5.3 Kommunikationsstörungen

Divergenzen in den Konventionen des Kommunizierens können zu Kommunikationsproblemen im transkulturellen Kontakt führen – sie müssen es aber nicht. Entscheidend ist zum einen, ob die InteraktantInnen diese Unterschiede erkennen und im Bestreben, Fremdheit zu reduzieren, sie auszugleichen bzw. für ihre Interpretation der Kommunikationsereignisse einzubeziehen versuchen, oder ob sie sie zur bewussten Konstruktion von Differenz und Fremdheit einsetzen wollen. (Auernheimer 2008: 88)

Es gibt in jeder Kommunikation, so auch in der medizinischen, Probleme inhaltlicher Art, die auf Missverstehen und Missverständnissen beruhen. Wir können nicht nicht-kommunizieren, ist ein Grundsatz der Kommunikationswissenschaft. (Watzlawick)

Missverständnisse, Brechungen und Verwerfungen können über Erfolg und Misserfolg jeglicher Beziehung entscheiden. Auch eine noch so gute medizintechnische Betreuung wird keinen längerfristigen Heilerfolg haben, wenn die sie begleitende Kommunikation im Argen liegt.

Die Kommunikation zwischen ausländischen KlientInnen und einheimischen ÄrztInnen ist, mit Ausnahme kultureller Differenzierungen, nicht störanfälliger als die Kommuni-

kation zwischen einheimischen KlientInnen und einheimischen ÄrztInnen. (vgl. Posner – Landsch 2001: 59ff)

Posner – Landsch unterscheidet zwischen strukturellen Störungen der Kommunikation und Störungen auf der Inhalts- bzw. auf der Beziehungsebene der Kommunikation. Strukturelle Störungen können dann auftreten, wenn z.B. die TeilnehmerInnen einer Kommunikation nicht gleichberechtigte PartnerInnen sind, sondern auf Grund von Kompetenzunterschieden ein Gefälle zwischen ihnen entsteht, das Auswirkungen auf die Kommunikation hat.

So ist das ÄrztInnen-KlientInnen-Verhältnis per definitionem nicht symmetrisch. Es wird durch Wissensunterschiede und gegenseitiges Kontrollverhalten bestimmt. Die ÄrztIn will durch direkte und indirekte Kontrollen sowohl die Krankheit als auch die Persönlichkeit der KlientIn kennenlernen. Eine KlientIn fühlt sich dann vernachlässigt, wenn KlientInnen- und ÄrztInnentkontrolle niedrig sind oder er auch nur den Eindruck hat, dass sie niedrig sind. Ist die ÄrztInnenkontrolle hoch und die KlientInnenkontrolle niedrig, dann besteht die Gefahr der Paternalisierung. Die KlientIn wird/oder fühlt sich väterlich oder mütterlich behandelt.

In manchen kulturellen Kontexten wird dies gewünscht, in anderen abgelehnt. Kommunikationsstörungen auf der Beziehungsebene können vielfältiger Natur sein. Sie können gegenseitige Wertschätzung oder auch Missachtung betreffen. Sie können aber auch auf der Beachtung ungeschriebener Regeln oder Traditionen beruhen.

Die Ursachen für Kommunikationsstörungen können sehr vielfältig sein, z.B.:

- Kontrollverlust über die Umgebung. (erzeugt Angst und lässt hilflos werden)
- Anhören statt zuhören mindert das Vertrauen. (jemanden anhören, gleichzeitig wegschauen oder in Akten blättern)
- Diskrepantes verbales und nonverbales Verhalten erzeugt Unglaubwürdigkeit. (ernsthaften Sachverhalt mit Standardlächeln vermitteln)

- Das Nichtwissen über kulturelle Implikationen einer Kommunikationssituation führt nahezu automatisch zu Kommunikationsstörungen.

Informationen über den anderen und das andere einzuholen, ist die erste und wichtigste Maßnahme zur Vermeidung von Kommunikationsstörungen. Das muss nicht eine Frage finanzieller Mittel sein, sondern eine Frage von Prioritäten und Eigeninitiative. (vgl. Posner – Landsch: 75 ff)

5.4 Machtasymmetrien

Wenn auch noch nicht wirklich ein Zusammenhang gesehen wird, so ist gerade die Kommunikation mit MigrantInnen mit der Machtfrage/dem Machtaspekt verbunden.

Mit „Machtaspekt“ wird hier die Tatsache bezeichnet, dass ImigrantInnen von Angehörigen der Mehrheitsgesellschaft häufig (bewusst oder nicht bewusst) herablassend oder verächtlich behandelt werden. (vgl. Dreißig 2005: 132)

Dies scheint weniger mit rassistischen oder ausländerfeindlichen Stimmungen unter MitarbeiterInnen zu tun haben. Es scheint eher auf die generelle Verhaltenstendenz von KlinikmitarbeiterInnen gegenüber KlientInnen zurückzuführen sein. Besonders KlientInnen mit denen die Verständigung eingeschränkt ist, werden weniger ernst genommen und distanziert, zeitsparend und/oder wenig kooperativ teils geringschätzig behandelt. (vgl. Hax-Schoppenhorst 2010: 98)

Auch werden Aufgaben vermehrt delegiert. Damit wird die Verantwortung für diese KlientInnen abgegeben, teilweise ohne dass gleichzeitig überprüft wird, ob andere Personen dies auffangen. Die hat mit der typischen Rollenbeziehung zwischen ÄrztInnen und KlientInnen zu tun.

Distanzierung, Abgrenzung und das Nicht-Ernst nehmen von KlientInnen sind dabei als Strategien von MitarbeiterInnen zu verstehen, die eigenen Interessen – wie Arbeitersparnis, Distanz, Abwehr von Krankheit und Leid sowie die Aufrechterhaltung der institutionellen Ordnung – durchzusetzen. (vgl. Dreißig 2005: 221 ff)

In Bezug auf die unterschiedlichen Perspektiven und Rollen, welche die Interaktion der AkteurInnen im Krankenhauskontext beeinflussen, ist eine starke Machtasymmetrie zwischen dem Personal vorhanden. Dies ergibt sich daraus, dass

- die ÄrztInnen meist über erheblich mehr Wissen in Bezug auf Abläufe, Zielsetzungen und interne Regeln der Institution verfügt als die KlientInnen,
- die ÄrztInnen auf dem medizinischem Gebiet ExpertInnen sind und die KlientInnen Laien,
- die ÄrztInnen in der Hierarchie ganz oben stehen und Hilfe gewähren, während die KlientInnen dagegen Hilfesuchende sind,
- die ÄrztInnen prinzipiell handlungsfähig, die KlientInnen eher handlungsunfähig sind,
- beide unterschiedlich emotional in das Geschehen involviert sind. (vgl. Dreißig 2005: 37)

Auernheimer hat ein heuristisches Modell zur Interpretation transkultureller Begegnungen entworfen. Dieses mehrdimensionale Modell oder Schema dient zur Identifikation möglicher Störfaktoren. Es sollte nicht missverstanden werden als die Abbildung eines ursächlichen Zusammenhangs, der jede als transkulturell definierte Kommunikation beeinträchtigt.

Auernheimer berücksichtigt vier Dimensionen:

- Machtasymmetrien
- Kollektiverfahrungen
- Fremdbilder
- und differente Kulturmuster oder Scripts.

Bei der Interpretation richtet sich der Blick zunächst auf diejenigen Machtasymmetrien, die sich unmittelbar aus der Situation ergeben, zum Beispiel durch die unterschiedliche

Sprachmächtigkeit der InterpretantInnen. Aber auch auf die gegenseitige Wahrnehmung und das Verhalten wirken institutionelle Strukturen, allgemeine gesellschaftliche Verhältnisse und politische Situationen ein. Die jeweilige Institution gibt Rollen vor. Die gesellschaftlichen Machtasymmetrien bedingen vielfach kollektive Erfahrungen.

Der Minderheitenstatus zum Beispiel ist nicht nur demographisch durch die zahlenmäßige Stärke einer Gruppe bestimmt, sondern durch geringere Partizipationsmöglichkeiten und geringere öffentliche Repräsentanz.

Die kollektiven Erfahrungen einer Gruppe bilden den Stoff für ihre Fremdbilder, die zum jeweiligen kulturellen Bestand gehören. (vgl. Auernheimer 2008: 45 f)

5.5 Muslimische KlientInnen in der Klinik

Die Komplexität der Thematik bedingt, dass die Probleme bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in einer Klinik auf die muslimischen KlientInnen – als eine der größten religiösen Gruppierung – in dieser Arbeit beschränkt werden muss.

Vieles in Umgang mit MuslimInnen muss prinzipiell nicht anders gehandhabt werden, als bei nichtmuslimischen Personen (etwa Respekt, Wahren der Grenzen, Schutz vor Überforderung), nur sind bei diesen eben *islamisch-religiöse* Belange von Bedeutung, die nichtmuslimischen HelferInnen nicht ohne weiteres bekannt sind und die darüber hinaus in der heutigen säkularen Gesellschaft häufig als vormodern, überholt und unangemessen gelten.

Es ist einleuchtend, dass MuslimInnen am besten mit Argumenten erreichbar sind, die sich mit der Religion vereinbaren lassen oder gar deren Bestandteil sind. (vgl. Laabdal-laoui/Rüschoff 2010: 10 ff)

5.5.1 Religion – Glaube und religiöse Praxis

Die Frage, ob eine religiöse Orientierung und die Einhaltung religiöser Regeln und Gebote der Krankheitsentwicklung und der Genesung der KlientInnen förderlich sind oder sie eher behindern, wird meist sehr kontrovers diskutiert.

Für einen religiösen Menschen ist seine Religion ein grundlegend sinnstiftendes Le-benselement, auch Krankheit und Leid bekommen durch sie einen Sinn, wenn sie bei-spielsweise als Prüfung Gottes verstanden werden.

Praktizierende MuslimInnen bewegen sich also *immer* auf religiösem Gebiet. Dieser Aspekt ist dem säkularisierten Menschen der westlichen Welt erfahrungsgemäß am schwierigsten nachvollziehbar und führt immer wieder zu schwerwiegenden Missver-ständnissen.

Praktizierende MuslimInnen verstehen ihre Religion als Lebensweise, die auch alle All-tagshandlungen umfasst, wenn sie im Bewusstsein erfolgen, gottwohlgefällig zu sein. Dies betrifft auch Notwendigkeiten in der Krankenbehandlung. (vgl. Laabdalla-oui/Rüschhoff 2010: 10 ff)

5.5.2 Gebet und Klinikalltag

Das Pflichtgebet und das Fasten sind zwei der fünf Säulen des Islam. Kranke *müssen nicht* beten. Auch alte und gebrechliche Menschen und Frauen während der Menstruati-on sind von der Pflicht ausgenommen. Das Befolgen dieser zwei Grundpflichten ist ein konkretes Zeichen der KlientInnen ihrer Zugehörigkeit zum Islam.

Es gibt jedoch immer noch einige strenggläubige MuslimInnen, die die Gebete auch im Krankenhaus verrichten wollen, wobei die rituellen Voraussetzungen für muslimische KlientInnen und medizinischem bzw. Pflegepersonal nicht ganz einfach sind. Eine nor-male Körperreinigung kann eine rituelle Waschung nicht ersetzen. Allerdings kann die muslimischen KlientInnen mit der Hand die Wand berühren und die Waschung andeu-ten. Dies leitet sich aus der islamischen Regel ab, dass statt Wasser auch Sand bzw. Stein verwendet werden kann. Eine Ganzkörperwaschung ist nach großen Verunreini-

gungen erforderlich (Blut/Eiter) und auch vor dem Freitagsgebet ist diese große Wäsche vorgeschrieben.

Die Anwesenheit fremder Personen beim Gebet stört nicht, wohl aber wenn jemand vor dem Betenden vorbeigeht. Vor dem Betenden darf (sollte nach Möglichkeit) kein religiöses Bild an der Wand hängen. Ein Kreuz an der Wand empfinden viele MuslimInnen als Zumutung. (vgl. Becker/Wunderer/Schultz-Gambard 2006: 20 f)

In vielen Kliniken ist bis dato diese Anforderung nicht durchführbar, zumal es in Österreich viele Ordensspitäler gibt, die ihren christlichen Glauben durch Anwesenheit von Kreuz und Bibel dokumentieren.

Bedeutsam für den medizinischen Alltag ist, die religiöse Orientierung gerade von „fremden“ KlientInnen nicht als „Problem“ sondern als wichtige Ressource der transkulturellen bzw. interethnischen Zusammenarbeit anzusehen. (vgl. Knipper/Bilgin 2009: 75)

In diesem Fall sollte das medizinische Personal/Pflegepersonal ihre eigenen Grenzen ebenso ansprechen, wie auch ihre Bereitschaft, dazuzulernen:

„Ich weiß (ein wenig / nicht viel) über ihre Religion/Kultur, aber das was ich für die Behandlung wissen muss, kann ich wahrscheinlich von Ihnen erfahren, oder sie sagen mir, wo ich mich informieren kann.“ (vgl. Laabdallaoui/Rüschoff 2010: 31)

5.5.3 Speisevorschriften im Islam

In unserer beinahe täglichen Begegnung mit Menschen muslimischen Glaubens und durch die Beschäftigungen mit deren religiösen Pflichten ist auch dem Klinikpersonal bekannt, dass religiöse MuslimInnen der Verzehr von Schweinefleisch nicht erlaubt bzw. verboten ist. Dies kann und wird heute durchaus organisatorisch im Klinikalltag berücksichtigt und es werden den muslimischen KlientInnen gemäß den Glaubensrichtlinien entsprechende Speisen angeboten.

„Ein anderes, wenig bekanntes, von recht wenigen muslimischen Patienten aber geachtetes Gebot verlangt den Verzicht auf Arzneien, die nach den islamischen Quellen als

verboten (haran) geltende Mittel beinhalten. Darunter fallen beispielweise alle alkoholhaltigen flüssigen Arzneien sowie aus dem Schwein genommenen Präparate, Herzklappen oder Arzneibestandteile wie Gelatine bei Kapseln. Auch hier kann bei Muslimen abhängig von Schweregrad der Erkrankung und Frömmigkeitsintensität eine ablehnende Haltung zur Therapie entstehen, wenn solche Substanzen verabreicht werden sollten“ (Ilkilić 2006: 4).

Im Hinblick auf eine transkulturelle Kompetenz sollte in der medizinischen Praxis festgestellt werden, ob religiöse Pflichten bzw. Speisevorschriften und therapeutische Maßnahmen miteinander konfliktieren. Eine kultursensible ärztliche Aufklärung und – wenn erwünscht eine individuelle theologische Beratung der muslimischen KlientIn durch einen Imam - könnten zur Konfliktlösung beitragen. (vgl. Ilkilić 2007: 1588)

Es muss erwähnt werden, dass die Kliniken schon seit längerer Zeit Rücksicht auf die Speisevorschriften muslimischer KlientInnen nehmen und bieten dementsprechende Gerichte an. Probleme kommen allerdings auf, wenn Familienangehörige von zuhause Speisen mitbringen, um den KlientInnen damit Gutes zu tun. Mitunter wird dann ein zwingend erforderlicher Diätplan ins Wanken gebracht.

Die Empörung über die Uneinsichtigkeit der Familienmitglieder beim Klinikpersonal durch Einwände ist zwar gerade in Zeiten wachsender Belastungen auf den Stationen nachvollziehbar. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Jünger 2010: 75)

In diesem Zusammenhang erleichtert transkulturelles Hintergrundwissen über muslimische Speisevorschriften – unter Berücksichtigung dieser sehr sensiblen Glaubensvorschriften – in eine für beide Gruppen angenehme, professionelle Interaktion zu treten.

5.5.4 Fasten

Das Fasten beinhaltet u.a. den Verzicht auf flüssige und feste Nahrung und während des Fastens im Fastenmonat Ramadan können vielleicht einige Therapien, die mit der Einnahme von flüssigen Arzneien oder Injektionen und Infusionen verbunden sind, nicht

durchgeführt werden. „Reisende, Stillende, Menstruierende, Schwangere und nicht zuletzt Kranke sind von der Fastenpflicht ausgenommen“ (Ilkilic 2006: 3).

Für die ÄrztInnen ist es wichtig zu wissen, ob der mit Fasten verbundene Verzicht auf die Medikation bzw. deren zeitliche Verschiebung nach dem Fastenbrechen die Gesundheit der muslimischen KlientInnen beeinträchtigt. Wenn das der Fall ist, so soll dies den muslimischen KlientInnen bei der Aufklärung klar vermittelt werden. (vgl. Ilkilic 2007: 1588)

5.5.5 Der Hodscha (arab. Imam) als Heiler

Im türkisch – islamischen Bereich ist vor allem der HOCAR (türk. Hodscha), je nach seiner Ausbildung, Gelehrter, Lehrer oder auch spirituell religiöser Heiler . In abgelegenen Dörfern (... in der Türkei) kann er im Bewusstsein der Gesellschaft alles zusammen sein oder auch nur, ohne irgendwelche, anerkannte Ausbildung zu haben, Usurpator einer oder mehrerer dieser Positionen sein.

Das Repertoire des Hodscha (auch Hocalar) ist allgemein sehr umfangreich und schließt neben den üblichen volksmedizinischen, kräuterheilkundlichen, chiropraktischen und diätischen auch die der islamischen kosmologischen und alchemistischen Praktiken mit ein.

Verhaltensauffälligkeiten und Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis werden von ihm vorwiegend durch Gebete therapiert, wobei er enge Beziehungen zu Geistern und sonstigen übernatürlichen Instanzen knüpft, bei denen das Volk die Ursachen dieser Krankheit verneint. Da eine große Zahl türkischer Kranker den Hodscha aufsucht, ist es nicht verwunderlich, dass auch stationär aufgenommene KlientInnen Hilfe durch oder beim Hodscha suchen. Entsprechend dem Wunsch christlicher KlientInnen nach geistlichem Beistand ist es einerseits recht und billig, diesen auch muslimischen KlientInnen zu gewähren, sofern der Hodscha, was mit ihm unzweideutig abgesprochen werden kann, sich nicht in die klinischerseits durchgeführte Therapie einmisch.

Andererseits kann der Hodscha (Hoca) durch unterstützendes Gebet, durch Schreiben der „*muskular*“ (griech. „*musha*“ und heißt: „ etwas geschriebenes“ z.B. aus dem Koran) oder durch das Verteilen der blauen Schutz – und Abwehrperlen dem Kranken die Gewissheit vermitteln, dass nicht nur die medizinische Therapie gegen sein Krankheit arbeitet, sondern auch alle magischen und religiösen Mittel, was ihm/ihr hilft, seine/ihre Hoffnung zu stärken und somit die Selbstheilungskräfte zu mobilisieren. (vgl. Zimmermann 2000: 75 f)

Wenn Hodschas die KlientInnen auf der Station besuchen, fühlen sich die Kranken mit ihrem gesamten kulturellen Hintergrund angenommen. Außerdem vermittelt der Besuch des Hodschas den KlientInnen die Gewissheit, dass alles erdenkliche getan wird, damit sie gesund werden. KlientInnen, die einen Hodscha besucht haben oder von einem Hodscha besucht wurden, geben dies aus Angst vor Spott und Abwertung meist nicht zu. In diesem Fall sollte man dies bei KlientInnen hinterfragen um zu verhindern, dass der Hodscha die Behandlung im Hintergrund stört. Wenn nötig, sollte man dem Betroffenen erklären, dass eine bestimmte Erkrankung nicht Sache des Hodschas ist, sondern der ÄrztInnen. (vgl. Becker/Wunderer/Schulz-Gambard 2006: 32)

5.5.6 Tod und Bestattung

Türkische (muslimische) KlientInnen haben meist sehr große Angst vor dem Tod. Über das Sterben wird nicht offen gesprochen, man versucht bis zuletzt Hoffnung zu geben. Gläubige MuslimInnen akzeptieren den Tod als Allahs Wille.

Wenn muslimische KlientInnen im Sterben liegen, kümmern sich ihre Angehörigen besonders intensiv um sie. Sie würden am liebsten nicht mehr von ihrer Seite weichen und Tag und Nacht bei ihnen bleiben oder sie mit zu sich nach Hause nehmen.

Die Angehörigen lesen dem Sterbenden aus dem Koran vor und bereiten den KlientInnen auf die Fragen vor, die der Seele im Grab gestellt werden. Der Sterbende wird mit dem Gesicht in Richtung Mekka gebettet. Die Angehörigen sprechen dem Sterbenden

Mut zu und spenden ihm Trost. Sie versuchen, dem Sterbenden die letzte Zeit so angenehm wie möglich zu machen und nehmen ihm alle Verpflichtungen ab.

Unter Umständen wird ein Hodscha hinzugezogen; dies ist aber kein festes Ritual wie bei uns der Beistand eines Geistlichen. Oft wird von KlientInnen der Wunsch geäußert, in der Heimat zu sterben, da sich dort meist der Großteil der Verwandtschaft befindet.

Die Angehörigen reagieren sehr emotional (lautes Weinen, Haare raufen) auf den Tod des KlientInnen, obwohl im Islam starke Trauerreaktionen verpönt sind.

Der Tod ist Allahs Wille und diesem sollen sich die MuslimInnen fügen. Im Islam müssen nach Eintreten des Todes bestimmte Rituale vollzogen werden wie z.B. – Ganzkörperwaschung – Leichnam wird in weiße Tücher gewickelt – Leichnam muss möglichst schnell bestattet werden – Obduktion ist für Muslime verboten – das Grab muss ewig sein. (vgl. Becker/Wunderer/Schultz-Gambard 2006: 94 f)

5.5.7 Umgangsformen und Schamgefühl

Dominierend für die Umgangsformen im Islam ist die Frage nach der Nähe und der Distanz. Es gibt klare Abstufungen und Grenzen zwischen den Geschlechtern und den Generationen. So wird dem ältesten Mann das höchste Maß an Ansehen, Ehrerbietung und Höflichkeit eingeräumt, weshalb es auch üblich ist, dass ein jüngerer Mann schweigt, wenn er nicht direkt angesprochen wird. Für Männer und Frauen, die nicht miteinander verheiratet sind, gilt, dass sie nicht unmittelbar nebeneinander sitzen dürfen, einander nicht berühren, sich zur Begrüßung nicht die Hand reichen und sich nicht ohne Beisein Dritter begegnen oder in einem Zimmer aufhalten dürfen. (vgl. ÖRK/ Österreichisches Rotes Kreuz 2004: Teil C)

Bei der Behandlung durch ÄrztInnen oder bei Interaktionen mit dem Pflegepersonal sollte bedacht werden, dass es für muslimische KlientInnen körperliche Tabubereiche gibt, die zu beachten sind und denen mit großer Sensibilität begegnet werden soll. Im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung ist ein körperlicher Kontakt oft nicht zu vermeiden, allerdings sollte berücksichtigt werden, dass sehr streng religiöse MuslimInnen

gegengeschlechtliche Untersuchungen ablehnen. Sollte das nicht möglich sein, sollten die ausschlaggebenden Gründe den KlientInnen bzw. der Familie erklärt werden.

„Dementsprechend ist der sich bei einer ärztlichen Untersuchung oder einer pflegerischen Tätigkeit ergebende körperliche Kontakt nicht dem Körperkontakt im alltäglichen Leben gleichzustellen. Abhängig von ihrer Religionsform entstehen in der Praxis verschiedene Verhaltensformen“ (Ilkilic 2006: 3).

Natürlich gibt es strenge Richtlinien, was den gegengeschlechtlichen Umgang betrifft und dementsprechend spielt das Schamgefühl eine große Rolle. Wir finden allerdings große individuelle Unterschiede vor (Stadt/Land) wobei es auch unterschiedliche Tabubereiche im Umgang mit dem muslimischen Mann und der muslimischen Frau gibt.

Aus dem muslimischen religiösen Kontext lassen sich – die uns bekannte – charakteristische Bedeckung des Körpers und der distanzierte körperliche Umgang zwischen Personen unterschiedlichen Geschlechts, wenn sie nicht verwandt oder verheiratet sind, ableiten. Diese Handlungsformen weisen somit eine islamisch–moralische Dimension auf.

Viele Muslime legen großen Wert darauf, von gleichgeschlechtlichem medizinischen Personal untersucht und behandelt zu werden. Wenn dies organisatorisch durchführbar ist, sollte die medizinische und pflegerische Behandlung muslimischer KlientInnen von ÄrztInnen und Pflegepersonal desselben Geschlechts durchgeführt werden.

(vgl. Ilkilic 2007: 1588)

5.5.8 Krankenbesuche

Der Besuch eines Kranken gehört für den Muslim zur Entfaltung seiner religiösen und traditionellen Identität! Anteil zu nehmen am Leid des Erkrankten, seine Betroffenheit zum Ausdruck zu bringen, Genesungswünsche zu übermitteln – all das gehört einfach zum muslimischen Habitus. Den KlientInnen bringt ein solcher Besuch Achtung und Anerkennung durch das familiäre und soziale Umfeld und ist als sehr konkretes Zeichen

für die Zugehörigkeit zur Gemeinschaft zu verstehen. Bleibt der Besuch aus, fühlen sich die KlientInnen absolut im Stich gelassen.

Verhaltensweisen bzw. die Anzahl der BesucherInnen und die Dauer des Besuches werden vielfach als „Störfall“ empfunden. Gerade andere MitklientInnen auf den Zimmern fühlen sich mit dieser Intensität überfordert. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Jünger 2010: 75)

In allen Gesellschaften ist es eine soziale Verpflichtung, Kranken uneingeschränkt beizustehen, allerdings empfinden ausländische (muslimische) KlientInnen oft die geltenden Pflegeformen als fremd und unnatürlich.

Auch die Angehörigen, die gewohnt sind einen Großteil der pflegerischen Aufgaben zu übernehmen und dies auch uneingeschränkt tun würden, fühlen sich durch den Stationsablauf und die Stationsregeln in Distanz zu ihrem kranken Angehörigen gedrängt und ihrer sozialen Verpflichtung entzogen.

Auch wenn sie nicht in die Pflege mit einbezogen werden, so wird doch eine dauernde Präsenz beim Kranken – auch nachts – angestrebt. Für MuslimInnen ist es nicht nur soziale Verpflichtung, sondern auch religiöses Gebot, das im Koran verankert ist. Dass ein solches Begehren auf vielen Stationen, insbesondere auf Intensivstationen, zurückgewiesen wird, ist verständlich. (vgl. Zimmermann 2000: 65)

In solchen Situationen ist oft zwischen BesucherInnen bzw. KlientInnen und Stationsteam ein Kompromiss erforderlich. Wichtig ist dabei die Klarstellung gegenüber KlientInnen und BesucherInnen, dass das Stationsteam einen Krankenbesuch schätzt und respektiert. Ebenso soll aber auch deutlich gemacht werden, dass die BesucherInnen den Stationsablauf beeinträchtigen und MitklientInnen überfordern können. (vgl. Ilkilic 2006-2007: <http://www.kultur-gesundheit.de /..>)

5.6 Gender und Migration

Vor dem Hintergrund der Globalisierung mit weltweiten Migrationsströmungen sind die westlichen Gesundheitssysteme zunehmend vor die Aufgabe gestellt, ihre Serviceeinrichtungen der ethnischen, kulturellen, sozioökonomischen und religiösen Diversität der Bevölkerung entsprechend auszurichten, um „*allen* Bevölkerungsgruppen eine gleich hohe Qualität der Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können“. (vgl. Binder-Fritz 2009: 35 f)

Auf Grund von Verfolgung aus politischen, religiösen, ethnischen Gründen oder einfach auf Grund ihres Geschlechts bleibt vielen Frauen keine andere Wahl, als ihre Heimat zu verlassen. Sie fliehen vor Hunger, Krieg, Naturkatastrophen oder Armut, denn nicht zuletzt drängt die ökonomische Zwangslage Frauen in die Immigration, um die eigene Existenz und die ihrer Angehörigen zu sichern.

Verallgemeinert kann zunächst festgehalten werden: In Österreich lebende Migrantinnen leben mehrheitlich unter schlechteren Lebensbedingungen als inländische Frauen.

Die Rolle der Frau im Migrationsprozess war jahrzehntelang passiv, aber ab den 90er Jahren wurden sie nicht mehr ausschließlich als Opfer wahrgenommen, sondern als Frauen, die ihr Leben und das Leben ihrer Familien aktiv gestalten und dabei unterschiedliche Handlungskompetenzen entwickeln. (vgl. Akgün 2004: BMGF o.S.)

5.6.1 Geschlecht – Kultur – Gesellschaft

„Geschlecht und Kultur sind keine konstanten Größen einer homogenen Gesellschaft, sondern immer nur mit ihren Variationen in Zeit und Raum zu erfassen“ (Binder-Fritz 2009: 34).

Die Geschlechteridentität ist nur eine von vielen Variablen – wenngleich auch eine sehr bedeutende – , mit denen die Individuen eines Kollektivs die Erfahrung von Zugehörigkeit machen und welche ihr eigenes Selbst maßgeblich bestimmen.

Deshalb muss „*Frausein*“ genauso wie „*Mannsein*“ immer als Ergebnis spezifischer sozialer, ökonomischer und historischer Kontexte betrachtet werden.

Der Körper der Frau steht – genauso wie der Körper des Mannes – in jeder Gesellschaft für einen bestimmten Bezug, nämlich einen symbolischen, metaphorischen und analogen Bezug zur umgebenden Gesellschaft oder auch Welt.

Im Zusammenhang von kulturspezifischen Symbolen rund um den Körper, die in engem Bezug zu sozialem Status, gesellschaftlichen Normen und Gruppenidentität stehen, interessierte sich die Sozial- und Kulturanthropologie seit jeher für die verschiedenen Manipulationen am Körper beiderlei Geschlechts, wie sie von im Rahmen von Initiationsriten in der ethnologischen Literatur beschrieben sind. (vgl. Binder-Fritz 2009: 35 – 39)

5.6.2 Gender und Rollenverhalten

Der Aspekt Gender und das diesbezügliche geschlechtsspezifische Rollenverhalten sind in der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Migrantinnen von beträchtlicher Bedeutung; insbesondere im Rahmen der transkulturellen Kommunikation zwischen ÄrztInnen und KlientInnen sowie in sozialen Interaktionssituationen, etwa bei ärztlichen Untersuchungen und Pflegehandlungen.

Im Übrigen gewinnt das Spannungsfeld von „*Frau*“ und „*fremd*“ in seinen aktuellen Bezügen wieder hohe Aktualität. Im Zusammenhang mit der Integration von Migrantinnen in unsere westlichen Gesundheitseinrichtungen ist häufig von der „*fremden Kultur*“ die Rede.

Hierbei wird meist außer Acht gelassen, dass mit der Betonung auf „*Kultur*“ und auf „*das Fremde*“ Mechanismen der Ausgrenzung in Gang gesetzt werden.

Den Prozess der Migration und der individuellen Lebenserfahrungen einer Frau kommt hier mitunter einer größeren Bedeutung zu als etwa dem Herkunftsland (Türkei). (vgl. Binder-Fritz 2009: 35 ff)

5.6.3 Gender und transkulturelle Kompetenz

Bei der ärztlichen Behandlung und in der Pflege wird der Körper einer Klientin oftmals zum Objekt. Er wird angeschaut, berührt, gewaschen und gepflegt. Dabei wird meist vernachlässigt oder nicht wahrgenommen, dass diese Körper einem Menschen gehört, der eine soziokulturell geprägte Geschichte hat, in der Nacktheit mit Intimität, Sexualität und Scham verbunden war und ist.

Deshalb ist auch z.B. bei Angehörigen des islamischen Glaubens die Versorgung pflegebedürftiger Frauen durch männliche Pflegekräfte häufig entweder ganz ausgeschlossen oder nur mit Hilfe spezieller Arrangements möglich. (vgl. ÖRK/Österreichisches Rotes Kreuz – Teil C)

Für die Fachkräfte in den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe, psychosozialer Arbeit und Therapie wird es daher immer wichtiger, sich transkulturelle Kompetenz zu erwerben. Die weitreichenden Facetten der Probleme kommen in der direkten Begegnung und Arbeit mit den Betroffenen zum Tragen.

„Der Erwerb an transkultureller Kompetenz und ein sicherer Umgang mit gendersensitiver Betreuung gelten als Schlüsselqualifikation für die ProfessionalistInnen in unserem Sozial- und Gesundheitssystem.

Binder Fritz meint, dass der Vergleich von Werten, Normen, Gesundheits- und Krankheitskonzepten sowie den daraus resultierenden Verhaltensmustern der Menschen ‚*hier*‘ und ‚*anderswo*‘ sinnvoll ist“ (Binder-Fritz 2009: 40).

Zusammenfassend muss betont werden, dass dem Aspekt Gender (Soziales Geschlecht) laut Binder - Fritz in Medizin und Pflege v.a. im gynäkologischen, geburtshilflichen, pädiatrischen und psychiatrischen Bereich aus mehreren Gründen besondere Bedeutung zukommt:

- Wegen des Spannungsfeldes von ‚*Frau und fremd*‘, sozialer Benachteiligung.

- Im Hinblick auf geschlechtsspezifische, durch Sozialisation erworbene Normen, Werte und Verhaltensweisen.
- Im Hinblick auf weibliche Geschlechtsrollenidentität.
- Im Hinblick auf gesellschaftsspezifische Konzepte und Vorstellungen bezüglich sexueller Reproduktion. (Familienplanung, Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Menopause)
- In Zusammenhang mit Traumatisierung und Gewalterfahrung.
- Wegen der Möglichkeit und Gefahr von Sexismus und Rassismus. (in Form von vielfach toleriertem „Alltagsrassismus“ auch in unseren Kliniken) (vgl. Binder – Fritz 2010: 198)

6 Die Vermittlung transkultureller Kompetenz zur Überwindung kultureller Barrieren zwischen medizinischem / pflegenden Personal und KlientInnen mit Migrationshintergrund in Österreich

6.1 Definition und Begrifflichkeit

In der Pflege gibt es nach wie vor keine einheitliche Begrifflichkeit: Es wird von multikultureller, interkultureller und transkultureller Kompetenz gesprochen und geschrieben. Diese unterschiedlichen Begriffe haben allesamt das Ziel, Inhalte zu transportieren, welche anknüpfend an Vertrautem in eine neue Richtung zeigen.

Domenig präferiert – und damit stimme ich überein – den Begriff „transkulturell“ weil der Begriff auffordert, nicht nur Unterschiede sondern auch Gemeinsamkeiten zu entdecken und durch ein gegenseitiges Aufeinanderzugehen und Verstehen Abgrenzungen und Ausgrenzungen zu verhindern. (vgl. Domenig 2007: 172)

Domenig versteht unter transkultureller Kompetenz „die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten.

Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierung und Stereotypisierung von bestimmten Zielgruppen“ (Domenig 2007: 174).

Dem Konzept der transkulturellen Kompetenz liegt der Gedanke zugrunde, dass Kultur und kulturelle Identität keine absoluten oder statischen Größen sind. Menschen handeln und interagieren zwar auf der Grundlage der Orientierungen, Deutungen und Verhaltensweisen, die sie in ihrer Lebensgeschichte erworben haben. Jedes Individuum ist jedoch in der Lage, sich Neues anzueignen, ohne Altes aufgeben zu müssen.

Transkulturalität betont über das kulturell Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit das Verbindende und Gemeinsame.

Für die konkrete Begegnung zwischen Gesundheitspersonal und KlientInnen mit Migrationshintergrund bedeutet dies, auch dasjenige wahrzunehmen, worin alle Menschen gleich sind, wie beispielweise im Wunsch nach Schutz der Integrität, nach Respektierung der Autonomie und nach Wahrung der Würde.

Auch im Praxisfeld der Gesundheitsversorgung gilt, dass oft erst ein „Ab-Sehen“ von den gerade sich aufdrängenden Merkmalen – wie schlechte Sprachkenntnisse, überdeutliche Mimik, Jammern etc. – und ein „Hin – Sehen“ auf ganz allgemeine Bedürfnisse den Blick frei machen für das „Mensch-Sein“ des Anderen. (vgl. Pfabigan 2009: 76)

Zusammengefasst beinhaltet der Begriff „ transkulturelle Kompetenz “ in der Gesundheitsversorgung vor allem Sensibilität für die im Einzelfall relevanten soziokulturellen Aspekte von Krankheit, medizinisch-therapeutischen Maßnahmen und insbesondere der sozialen Interaktionen zwischen medizinischem Fachpersonal und KlientInnen bei augenscheinlich bestehenden kulturellen und/oder ethischen Unterschieden.

Die Wahrnehmung und Bewertung kultureller Differenz ist dabei stets abhängig vom situativen Kontext und von subjektiven Voraussetzungen auf beiden Seiten. (Identität, Vorerfahrung, Interesse etc.)

Eine zweite grundlegende Qualität transkultureller Kompetenz liegt folglich in der expliziten Reflexion über die Bedeutung dieser Aspekte für das eigene professionelle Handeln.

Kenntnisse über „fremde Kulturen“ sind dabei nur insoweit sinnvoll, wie sie zum Nachdenken und im konkreten Einzelfall zu respektvollen Nachfragen Anlass geben und mit der notwendigen Skepsis gegenüber Verallgemeinerungen und Stereotypen einhergehen. (vgl. Knipper/Bilgin 2009 : 78 f)

„Transkulturelle kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebenswichtige Prägungen, haben die Fähigkeit, die Perspektiven anderer zu erfassen, zu verstehen und zu deu-

ten, vermeiden dadurch Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen und nehmen vor allem auch eine respektvolle, vorurteilsfreie bzw. Vorurteile reflektierende Haltung gegenüber MigrantInnen und anderen stigmatisierten Zielgruppen ein“ (Borde/David 2003: 94).

6.2 Die drei Säulen transkultureller Kompetenz

„Transkulturelle Kompetenz besteht im Kern aus einer transkulturell kompetenten Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext. Dabei stützt sich diese Aktionsfähigkeit auf „ drei Säulen:

Selbstreflexion

Hintergrundwissen und Erfahrung

Narrative Empathie“ (Domenig 2007:174).

a) Selbstreflexion

„Fachpersonen müssen zuerst lernen, ihre eigene Lebenswelt in einem selbstreflexiven Prozess wahrzunehmen. Erst dann sind sie fähig, individuelle Lebenswelten von MigrantInnen besser einzuordnen und zu verstehen“ (Domenig 2007: 174).

In der Interaktion zwischen Fachperson und MigrantInnen geht es also in erster Linie darum, sich der eigenen Lebenswelt bewusst zu werden und in einem zweiten Schritt auch die Lebenswelt der KlientInnen mit Migrationshintergrund möglichst neutral zu erfassen.

Verschließen sich Fachpersonen dieser selbstreflexiven Auseinandersetzung und Hinterfragung eigener Hintergründe, ist die Gefahr groß, dass sie andere und im speziellen MigrantInnen vorurteilsbeladen und infolge dessen falsch beurteilen.

b) Hintergrundwissen und Erfahrung

„Hintergrundwissen und das Sammeln von transkulturellen Erfahrungen unterstützen neben der Selbstreflexion das Verstehen von MigrantInnen und ihren Geschichten“ (Domenig 2007: 174).

Das im Migrationstext notwendige Hintergrundwissen basiert nicht auf „kulturspezifischem“ Wissen, sondern stützt sich auf Konzepte genereller Art ab, die bei allen MigrantInnengruppen gleichermaßen zur Anwendung kommen können.

Folgendes Hintergrundwissen gehört dabei zu den Grundlagen transkultureller Kompetenz:

- Theoretisches Hintergrundwissen über Kultur, Migration, Integration, Grundrechte und Menschenrechte.
(Fördert die Transkulturalität, baut Stereotypisierungen von MigrantInnen und Kulturalisierungen migrationspezifischer Probleme ab.)
- Kenntnisse über migrationspezifische Lebenswelten wie migrationspezifische Lebensbedingungen, integrationshindernde und integrationsfördernde Faktoren.
(Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit sowie migrationspezifische Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung helfen, Lebenswelten von MigrantInnen besser zu verstehen.)
- Hintergrundwissen über Rassismus, rassistische Diskriminierung und Gewalt.
(Dieses Wissen trägt dazu bei, dass sich Fachpersonal mit dieser vorurteilsbeladenen Thematik nicht nur kritisch auseinandersetzt, sondern sich auch dafür einsetzt, dass diese Aspekte in der Behandlung und Pflege sensibel einbezogen werden.)
- Kenntnisse über frauenspezifische Lebenswelten in der Migration.

(Diese Kenntnisse tragen dazu bei, dass der besonderen Situation von Migrantinnen besser Rechnung getragen wird.)

- Kenntnisse über medizinethnologische Konzepte.

(Diese Kenntnisse sind für das Verstehen des Krankheitsprozesses – nicht nur bei MigrantInnen – wichtig.)

- Kenntnisse über psychische Erkrankungen auf Grund von Folter und Kriegserlebnis.

(Sind im Migrationskontext zentral, da MigrantInnen auf Grund ihrer Herkunfts-, Migrations-, und Integrationsgeschichte auch immer wieder psychisch aus dem Gleichgewicht geraten.)

- Kenntnisse über Unterschiede in der sozialen Organisation.

(Diese Kenntnisse fördern das Verstehen von Migrationsfamilien und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Viele Missverständnisse könnten bei einem besseren Verständnis soziozentrierter Systeme und deren Auswirkungen auf die Kommunikation, auf Rollenverständnisse und den Umgang mit Krankheiten von vornherein vermieden werden.)

- Kenntnisse über eine angepasste Kommunikation im Migrationskontext.

(Sie ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung und Pflege. Dabei kann sich eine transkulturelle Beziehung entfalten.)

Die Aneignung von Hintergrundwissen ist ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg hin zu transkultureller Kompetenz. Doch Wissen wird nicht nur über die kognitive Ebene, sondern auch über die konkrete Erfahrungsebene einverleibt. Fachpersonen haben viele Möglichkeiten, Erfahrungen im Umgang mit MigrantInnen zu sammeln und entsprechend transkulturell erfahrener zu werden.

Doch leider wird diese Chance heute noch viel zu wenig genützt. Die Behandlung und Pflege von Migrantinnen wird im Gegenteil als belastend, schwierig und den Berufsalltag störend erlebt.

c) Narrative Empathie

„Narrative Empathie betont zudem eine wertschätzende, respektvolle Haltung gegenüber MigrantInnen, die eigene Vorurteile Rassismen und diskriminierende Handlungen reflektiert sowie Narrationen in den Mittelpunkt der Behandlung und Pflege stellt“ (Domenig 2007:174).

Empathie ist das Gegenteil von Abgrenzung, indem nicht die Wahrung der Distanz, sondern vielmehr Engagement, Interesse und Neugier bzw. das sich den KlientInnen – Zuwenden im Vordergrund stehen. Gerade im transkulturellen Kontext gewinnt Empathie vermehrt an Bedeutung, da man sich nicht auf Altbekanntes sozusagen distanziert zurückziehen kann, sondern durch Empathie Neues entdecken muss.

Erzählungen von KlientInnen, sogenannte „Narrationen“ spielen eine bedeutende Rolle im Bewältigungsprozess einer Krankheit. Die Narration stellt die KlientInnen wieder in den Mittelpunkt, indem die Krankheitsgeschichte zu einer wirklichen Geschichte ausgeweitet wird. Narrative Empathie betont somit nicht das Mitfühlen mit einem Menschen generell, sondern die Zuwendung mittels narrativer Techniken. (vgl. Domenig 2007: 174 ff)

Zusammenfassend schließe ich mich der Aussage von Bleil an, wonach transkulturelle Kompetenz eine besondere Form sozialer Kompetenz ist, die sich ausschließlich in wahrnehmbaren Verhaltensweisen äußert. Sie ist nötig, um mit Menschen anderer kultureller Prägung auf eine Art in Beziehung zu treten, die für alle Beteiligten akzeptabel oder aber zumindest nicht inakzeptabel ist. Sie wird in allen transkulturellen sozialen Situationen mehr oder weniger relevant und erfordert ein besonderes Verhaltensrepertoire. (vgl. Bleil 2006: 183)

6.3 Transkulturelle Handlungskompetenz

Die Erreichung transkultureller Handlungskompetenz ist nur möglich, wenn die Abfolge folgender aufeinander aufbauender Handlungsschritte realisiert wird:

- 1.) Wahrnehmen und Respektieren der Fremdheit,
- 2.) Verstehen der besonderen Qualität transkultureller Begegnungssituationen,
- 3.) Transkulturelles Lernen,
- 4.) Transkulturelles Verstehen,
- 5.) Wertschätzen des Andersartigen und Fremden.

Um eine transkulturelle Handlungskompetenz zu erreichen, bedarf es:

- a) Transkulturelles Lernen
- b) Transkulturelles Verstehen
- c) Transkulturelles Handeln (vgl. Thomas 1998: 232 f)

6.3.1 Transkulturelles Lernen

„Interkulturelles Lernen findet statt, wenn eine Person bestrebt ist, im Umgang mit Menschen einer anderen Kultur deren spezifisches Orientierungssystem der Wahrnehmung, des Denkens, Wertens und Handelns zu verstehen, in das eigenkulturelle Orientierungssystem zu integrieren und auf sein Denken und Handeln im fremdkulturellen Handlungsfeld anzuwenden. Interkulturelles Lernen bedingt neben dem Verstehen fremdkultureller Orientierungssysteme eine Reflexion des eigenkulturellen Orientierungssystems. Interkulturelles Lernen ist erfolgreich, wenn eine handlungswirksame Synthese zwischen kulturdivergenten Orientierungssystemen erreicht ist, die erfolgreiches Handeln in der eigenen und in der fremden Kultur erlaubt“ (Thomas 1998: 234).

Transkulturelle Lernprozesse können am besten in unmittelbaren Kommunikationssituationen organisiert werden – also in transkulturellen Begegnungssituationen.

Voraussetzung für transkulturelles Lernen wie für das Gelingen eines Dialogs ist erst einmal die Bereitschaft, vorurteilsfrei zuzuhören – ohne gleich einzuordnen, zu korrigie-

ren und zu kritisieren, was in der Alltagskommunikation äußerst selten praktiziert wird. Inhaltlich findet in der transkulturellen Kommunikation ein ständiger Austausch zwischen Fremd – und Selbstbildern statt, die durch geduldiges Zuhören und rationaler Auseinandersetzung mit projektiven Vorurteilen immer mehr zur Deckung gebracht werden können.

Dabei geht es in erster Linie um den Abbau des negativen und /oder romantisierenden Fremdbildes. (vgl. Gaitanes 1994: 26 -33)

Um die meisten Komponenten transkultureller Kompetenz zu erwerben, bleibt ein lebenslanges transkulturelles Lernen unumgänglich. Denn transkulturelle Kompetenz ist das Ergebnis von transkulturellen Lernprozessen. Dabei kommt transkulturelle Kompetenz in drei interdependenten Dimensionen zum Ausdruck:

- in einer kognitiven
 - einer affektiven und
 - einer verhaltensorientierten Dimension.
-
- Kognitive Aspekte bezeichnen Kenntnisse und Denkstile, d.h. das Wissen um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Kulturen.
 - Affektive Aspekte drücken im Zusammenhang mit transkulturellen Begegnungen die Einstellung einer Person gegenüber kultureller Andersartigkeit aus.
 - Mit verhaltensorientierten Aspekten sind vor allem soziale und kommunikative Fertigkeiten gemeint. (vgl. Öztürk 2008: 8f)

Angesichts der hohen Ansprüche an persönliche Eigenschaften und Fähigkeiten, Wissen, Kommunikations- und Handlungskompetenzen, die für transkulturelle Kompetenz gefordert sind, stellt sich die Frage, ob und welche dieser Qualifikationen überhaupt gelernt werden können. Oder, überspitzt gefragt, kann ein bereits intrakulturell kommu-

nikations- und handlungskompetenter Mensch überhaupt transkulturell kompetent werden?

Was also kann zur Erreichung transkultureller Kompetenz „gelernt“ werden?

Allgemein kann dies damit beantwortet werden, dass grundsätzlich unter entsprechend günstigen Rahmenbedingungen „gelernt“, gleichsam durch Praxis und Lebenserfahrung diese Kompetenzen erworben werden können.

Schwieriger hingegen ist es zu bestimmen, welche Kompetenzen „im Rahmen inszenierter Lernerfahrungen“ angeeignet werden können. Hier lässt sich vorwegnehmen, dass die „kognitiven“ Dimensionen von transkultureller Kompetenz leichter zu „lernen“ und zu „lehren“ sind, als die affektiven und handlungsorientierten.

Letztere setzen eine über Wissensaneignung hinaus gehende Bereitschaft zur Veränderung bisherigen Empfindens und Verhaltens voraus, die – wenn überhaupt – nur durch Freiwilligkeit der Lernerfahrung erreicht wird. (vgl. Obermaier 2005: 44 f)

6.3.2 Transkulturelles Verstehen

Thomas sieht in transkulturellem Verstehen den Aufbau eines Verständnisses für fremde Kulturstandards und ihre handlungssteuernden Verlaufsprozesse und Wirkungen.

Ein gedankliches Hineinversetzen in den Kontext des fremdkulturellen Orientierungssystems so, dass Denkprozesse, Urteilsprozesse, Attributionsprozesse und emotionale Vorgänge im Kontext des fremdkulturellen Orientierungssystems nachvollziehbar sind. (vgl. Thomas 1998: 236)

6.3.3 Transkulturelles Handeln

Transkulturelles Handeln findet in kulturellen Überschneidungssituationen statt, in denen der Handelnde sein eigenes, kulturspezifisches Orientierungssystem zur Handlungssteuerung in einem fremdkulturell strukturierten Handlungsfeld verwendet. Zur Ver-

meidung kulturell unangepassten Handelns und daraus resultierender Handlungsstörung bedarf es einer Veränderung und Erweiterung des eigenkulturellen Orientierungssystems in Richtung auf das fremdkulturelle Orientierungssystem. Zur effektiven Handlungssteuerung in kulturellen Überschneidungssituationen müssen beide Orientierungssysteme zum Einsatz kommen. (vgl. Thomas 1998: 236)

6.3.4 Vermittlung transkultureller Handlungskompetenz in der Klinik

Transkulturelle Handlungskompetenz lässt sich nicht mit Hilfe eines Kanons von Lerninhalten beschreiben; sie ist weder allein ein Sender – noch eine Empfängerqualifikation und zeichnet sich nicht durch eine bestimmte Zusammensetzung oder Abfolge von Kenntnissen, Einstellungen und Charakterzügen aus.

Man kann sagen, dass die Vermittlung von transkultureller Kompetenz nur im Rahmen einer umfassenden reflexiven, bewussten, komplexen und andauernden Prozessen von Wissensaneignung und Persönlichkeitsentwicklung zu verwirklichen sein wird.

Umfassend meint dabei Interdisziplinarität auf der einen und die Berücksichtigung von kognitiven und emotiven Aspekten auf der anderen Seite.

Reflexiv ist den Prozess zu organisieren, dem ohne die Reflexion auf das eigene Verhalten, ohne die Kontrolle eigener Einstellungen, Denkweisen und Vorurteile eine bewusste Veränderung nicht zu erreichen ist.

Bewusst sollte der Prozess angegangen werden, weil Nicht-Verstehen in vielen Fällen ein Nicht-Verstehen-Wollen ist.

Komplex verweist auf die Bedingungen, dass man es immer wieder mit Widersprüchlichkeiten, ja auch miteinander unvereinbar gegenüberstehenden Sichtweisen zu tun hat.

Andauernd muss der Prozess sein, weil transkulturelle Handlungskompetenz nicht abschließbar ist, sondern ein offenes Konzept. (vgl. Hinz-Rommel 1994:72 f)

Ziel bei der Vermittlung transkultureller Kompetenzen für die Klinik ist es, zur Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung beizutragen und Unterschiede abbauen zu helfen.

Hauptziele sind:

1. Einstellungen der TherapeutInnen gegenüber ihren KlientInnen mit Migrationshintergrund verbessern. (Persönlichkeitsbildung)

Das wird dadurch erreicht, in dem man über den eigenen soziokulturellen Hintergrund reflektiert und sich Rechenschaft über die Vorurteile und Stereotypen gibt, die mit der Zeit entwickelt wurden. Damit soll das Verhalten den KlientInnen mit Migrationshintergrund gegenüber positiv beeinflusst werden.

Zum Beispiel:

Die ÄrztInnen akzeptieren, dass es zu ihrer Verantwortung gehört, sich bei der KlientInnenbetreuung um die sozialen und kulturellen Aspekte zu kümmern.

2. Bessere theoretische medizinische Kenntnisse erwerben. (Wissen)

Solche Kenntnisse sind wesentlich, wenn wir es mit KlientInnen aus anderen Ländern zu tun haben, wo die Häufigkeit bestimmter Krankheiten sich stark von denjenigen im deutschsprachigen Raum unterscheiden. (Diabetes, Tuberkulose, posttraumatischer Stress) oder wo gewisse Krankheiten häufig vorkommen, die bei uns unbekannt sind. Weiters fällt in diesen Bereich die Kenntnis darüber, wie soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit einwirken und wie wichtig diese sind.

Beispiele wären:

- Die ÄrztInnen kennen soziale, ökonomische und kulturelle Hürden, die die KlientInnen daran hindern, ärztliche Hilfe zu suchen oder den Anweisungen zu folgen.
- Die ÄrztInnen kennen häufige Ursachen von Missverständnissen zwischen ÄrztInnen und KlientInnen.
- Die ÄrztInnen geben sich Rechenschaft über ihre eigenen Fehl- und Vorurteile über bestimmte KlientInnen und deren Auswirkungen auf die KlientInnenbetreuung.
- Spezifische Kenntnisse über das Migrationsphänomen. (Demographie, rechtliche Grundlagen, Arten von Bewilligung, Unterstützungsmöglichkeiten für MigrantInnen).

3. Entwicklung von „Know-how“ beim Klinikpersonal zur Betreuung von KlientInnen mit Migrationshintergrund.

Vor allem die Entwicklung der Kommunikationskompetenz ist für die Verbesserung des „know-how“ entscheidend. Die in der Interaktion von Kommunikation und Gesundheit und in der ÄrztInnen–KlientInnen Beziehung sind im transkulturellen Kontext Trialog:

- Einbezug einer Drittperson, die übersetzt. (ausgebildete DolmetscherInnen)
- Suche nach dem für die KlientInnen gültigen Erklärungsmodell für die Behandlung und Nachsorge sowie das Meistern von Konflikten durch unterschiedliche Erwartungen.
- Das Offenlegen der beiderseitigen Erwartungen bezüglich Behandlungsergebnis.

Beispiele wären:

- Fähigkeit, effizient mit Hilfe von DolmetscherInnen zu arbeiten.
- Fähigkeit, soziokulturelle Faktoren, die bei der Betreuung von KlientInnen eine Rolle spielen können, zu identifizieren und näher zu untersuchen.
- Fähigkeit, einen Behandlungsplan aufzustellen, der die soziokulturellen Voraussetzungen der KlientInnen berücksichtigt und die Fähigkeit, wenn nötig mit den KlientInnen darüber verhandelt. (vgl. Althaus 2010: 81 ff)

7 Transkulturelle Organisationsentwicklung und Fortbildung

7.1 Transkulturelle Öffnung und die Bedeutung transkultureller Öffnung

In Zeiten der Globalisierung, weltweiter Migrationsprozesse und freiheitlicher Lebensformen ist eine wachsende kulturelle Heterogenität in Organisationen die Folge.

Ein nachhaltiger Prozess der transkulturellen Öffnung fordert konzeptionelle Überlegungen und die Verankerung im Leitbild der Dienste und Einrichtungen, wobei die Individualität des Menschen jenseits kultureller Stereotypen in den Mittelpunkt gestellt wird.

Insofern ist die transkulturelle Öffnung nicht auf die Gruppe der Zugewanderten zu beschränken, sondern bezieht sich auch auf die Verschiedenheit aller Menschen.

Transkulturelle Öffnung zielt auf die Anpassung auf struktureller Ebene, die durch die Leitungen initiiert und getragen werden muss. Dabei ist sowohl die Vielfalt in Bereich der Mitarbeitenden wie auch im Bereich der KlientInnen von Bedeutung. Der Prozess der transkulturellen Öffnung ist eine Chance, Mitarbeitende zu motivieren, sich mit dem „Eigenen und Fremden“ gleichermaßen auseinander zu setzen. (vgl. Diakonie Texte 13.2008: 5 f)

Daraus schließend, benötigen Institutionen (z.B. Kliniken) Rahmenempfehlungen, auf die sie ihre Maßnahmen abstützen können. Es genügt nicht, Leitbilder der Institution transkulturell auszurichten, wenn die einzelnen Fachpersonen von diesem Wandel nicht auch in ihrem konkreten Handlungsraum erfasst werden. Um das Handeln der Fachpersonen konkret zu wandeln, muss deren praktisches und diskursives Bewusstsein verändert werden. (vgl. Domenig 2007: 366)

Die Komplexität des Themas weist transkulturelle Öffnung somit als Leitungsaufgabe aus.

Welche Interpretation gewählt wird und wie weit eine transkulturelle Öffnung gewollt oder vorangetrieben wird, wird nicht vom eigenen Leitbild abhängig sein, den zur Verfügung stehenden Mitteln und der Organisationskultur der Einrichtung, in diesem Fall der Klinik.

Sicher ist, dass transkulturelle Öffnung niemals abgeschlossen sein wird, sondern ein „Prozess“ ist, den Einrichtungen durchlaufen müssen, um ihre Angebote allen in dieser Gesellschaft lebenden Menschen zugänglich zu machen, (immer wieder neu).

Dieser Prozess umfasst mehrere Ebenen, die gleichberechtigt entwickelt werden müssen:

- die strukturelle Ebene von Leitbildern, Konzepten, Selbstverständnis, Personalpolitik.
- die fachliche Ebene von Fachwissen, Methoden, Reflexion der beruflichen Praxis, Aus – Fort – und Weiterbildung.
- die persönliche Ebene von Haltungen, Wertungen und Bewertungen.

Erfahrungen aus verschiedenen in den letzten Jahren durchgeführten Projekten zeigen, dass transkulturelle Öffnungsprozesse zwar auch als „bottom – up“ Prozesse mitgestaltet werden können, diese jedoch langwierig und eher zum Scheitern verurteilt sind, als wenn sie „top – down“ erfolgen, die Leitungsebene also von Anfang an mit einbezogen wird. (vgl. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband 2008:19)

7.2 Begrifflichkeit und Auseinandersetzung mit „Diversity“ in Pflege und Betreuung

Diversity (lat. Diversitas) bedeutet, Verschiedenheit, Mannigfaltigkeit, oder auch Vielfalt.

Die Wurzeln des Diversity – Ansatzes sind in der Mitte des 20. Jahrhunderts in den USA zu suchen, als (afro–amerikanische) Frauen und Bürgerrechtsbewegungen begannen, dort die Gleichberechtigung am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft einzufordern.

In weiterer Folge wurden die Dimensionen immer wieder erweitert, sodass das Diversity – Management heute ein multidimensionales Instrument mit einer breitflächigen Sicht – und Herangehensweise darstellt, das die gezielte Wahrnehmung, Nutzung und Forderung von gesellschaftlicher Vielfalt zum Ziel hat.

Eine diversitätspolitische Haltung fordert Aktivitäten auf allen Ebenen, um die Gleichbehandlung aller „BürgerInnen“ gerecht zu werden:

➤ Staatliche Ebene:

Diversity Check als Instrument transkultureller Kompetenz;

➤ Organisatorische Ebene:

Hier ist das „Equal Projekt“ (im folgenden Kapitel wird darauf näher eingegangen) „diversity @ care“ - MigrantInnen in der mobilen Pflege und Betreuung zu nennen;

➤ Individuelle Ebene:

In unzähligen Gesundheits-und Ausbildungseinrichtungen finden Seminare für die MitarbeiterInnen zum Themenkomplex „Transkulturelle Kompetenz“ in der Pflege und Betreuung statt, denn sowohl interkulturelles als auch transkulturelles Wissen können das Erkennen diverser Lebenswelten in einer Gesellschaft fördern.

Eine veränderte Pflegekultur benötigt allerdings auch ein angemessenes Managementmodell, ein sogenanntes „Diversity –Management“, das alle relevanten Aspekte und Perspektiven mit einbezieht. (vgl. Dachs 2010: 161 ff)

Diversity sollte nicht als alleine für sich sprechendes Konzept stehen, sondern vielmehr als übergeordnetes Prinzip neben den Prinzipien der gesundheitlichen Chancengleichheit und Nicht-Diskriminierung konzipiert werden. Diese übergeordneten Prinzipien müssen in einer umfassenden und nicht immer einfach zu meisternden Organisationsentwicklung erst realisiert werden, die hier mit „transkultureller Organisationsentwicklung“ bezeichnet wird. (vgl. Domenig 2007: 366)

7.2.1 Diversity und Managing Diversity

Diversity bedeutet das Achten, Wertschätzen und Fördern der menschlichen Vielfalt, sei es in Alter, Geschlecht, ethnischer und kultureller Herkunft, Behinderung, Religion, Weltanschauung oder sexueller Orientierung.

Persönliche, gesellschaftliche und institutionelle Barrieren gegenüber verschiedenen Gruppen sollen entdeckt und abgebaut werden. Im Zentrum des Diversity – Ansatzes steht das menschliche Grundbedürfnis, für die eigene soziale Zugehörigkeit nicht Ablehnung oder Diffamierung zu erfahren, sondern Wertschätzung und Akzeptanz.

Der Kern des Diversity – Ansatzes strebt an, negative Zuschreibungen (z.B. ethnische Herkunft, Religion etc.) die auf sozialen Zugehörigkeiten basieren, zu hinterfragen, abzubauen und umzukehren, um Vorteilen von Verschiedenheiten eine Chance zu geben und die Vielfalt sich positiv entfalten zu lassen. Durch die Anerkennung des Wertes der Vielfalt und der Integration von bisher marginalisierten Gruppen können neue Synergien entstehen und neue Gemeinsamkeiten entdeckt werden.

Um die Anerkennung von Diversity als wesentliche Ressource zu verwirklichen und um einen aktiven Raum zur aktiven Gestaltung von Vielfalt (managing diversity) zu schaffen, ist es notwendig, die Barrieren (z.B. Diskriminierung, Vorurteile, Stereotypen) abzubauen.

Dazu sind Workshops/Trainings notwendig, die dazu sensibilisieren, motivieren und einen Aktionsplan in Gang setzen.

Ziel der Workshops sollte sein, eine Sensibilisierung für „kulturellen Filter“ zu erlangen und eine Offenheit für jede Art von Differenz zu fördern.

Menschen sollten befähigt werden, Verantwortung für den Abbau von Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung zu übernehmen. Vorurteile und Stereotypen sind diskriminierend und blockieren menschliche Kommunikation und die Chance, sich zu entfalten. (vgl. Wilpert 2004: 46 ff)

7.2.2 Diversity Management als Teil des Qualitätsmanagement

Um eine heterogene Mitarbeiterschaft zu managen, braucht es einen Ansatz, der mit Vielfalt und Verschiedenheit arbeiten kann und eine offene transkulturelle Firmenpolitik begünstigt.

Diversity Management greift die Ressourcen innerhalb der Mitarbeiterschaft auf und agiert wertschätzend und nutzbringend im Sinne einer kulturellen Öffnung, indem zum Beispiel die Sprachenvielfalt innerhalb der Mitarbeiterschaft gezielt eingesetzt wird.

Die besondere Herausforderung des Diversity Managements liegt so gesehen in einem Musterwechsel: Anstatt angesichts der wachsenden Vielfalt Sicherheit wie bisher durch den Rückgriff auf Vertrautes, Bekanntes, Ähnliches zu suchen, gibt es – sozusagen eine Ebene höher – eine neue Art von Sicherheit aufzubauen, basierend auf der gesteigerten Kompetenz in der Auseinandersetzung mit dem Nicht-Ähnlichen, dem Fremden. (vgl. Vater/Gudrun 2004: 25-29)

Die Organisationen werden dadurch ebenso angehalten, Privilegien im Sinne einer selbstreflexiven Haltung zu hinterfragen und Vielfalt zuzulassen. (Dachs 2010:172 f)

8 Studien und Initiativen in Österreich

8.1 Mitarbeiterfortbildung als integraler Bestandteil transkultureller Fachdienste

Eine transkulturelle Öffnung der Gesundheitsversorgung verlangt umfangreiche strukturelle Maßnahmen in allen Versorgungsinstitutionen, eine Überprüfung der Leistungen bzw. des Angebots hinsichtlich der Versorgungsqualität für MigrantInnen und Einheimischen sowie die Erweiterung des Berufsverständnisses von MitarbeiterInnen dieser Institutionen durch Weiterbildung.

Ein ausgeprägtes Interesse an Weiterbildung zeigt sich jedoch nur bei solchen Fachkräften, die in ihrer Arbeit mit MigrantInnen stark an ihre Grenzen im Hinblick auf Zugangsmöglichkeiten und Behandlungsnotwendigkeiten geführt werden.

Fortbildungsbedarf wird besonders dann artikuliert, wenn sich Fachkräfte dieser KlientInnengruppe nicht durch Weiterleitung, Überweisung u.ä. entziehen können, Schritte hinsichtlich einer transkulturellen Öffnung aber institutionell noch nicht genug verankert sind und MigrantInnen entsprechend als anders oder als andere KlientInnen empfunden werden. (vgl. Borde 2001: 109 ff)

8.2 Transkulturelle Kompetenz in der Aus – und Weiterbildung

„Transkulturelle Kompetenz ist Teil der professionellen Pflege, da eine professionelle Pflege auch eine auf die Bedürfnisse von MigrantInnen angepasste situationsgerechte Pflege einschließen muss.

Daher geht es auch nicht darum, für MigrantInnen ein spezifisches Pflegemodell zu konstruieren, sondern darum, in die bestehenden Konzepte die transkulturelle Dimension zu integrieren.

Die meisten Konzepte weisen zudem bereits eine kulturelle Dimension auf, wenn auch nicht immer explizit.

Auch in den meisten Schlüsselqualifikationen für Gesundheitsberufe sind meistens implizite Aussagen zur transkulturellen Kompetenz erhalten“ (Domenig 2007: 181).

„Seit Beginn der Fortbildungsseminare in Teilen von Österreichs Kliniken werden von den KursteilnehmerInnen folgende Herausforderungen in der Pflege von PatientInnen mit Migrationshintergrund genannt:

- Sprachbarrieren in der Kommunikation
- die vielen Besuche im Krankenzimmer
- das geschlechtsspezifische Rollenverhalten
- Konflikte mit männlichen Angehörigen
- höhere Emotionalität bei Schmerzäußerung
- fehlendes Körperwissen
- Krankheitsverhalten
- Religionsausübung im Krankenhaus und „fremde“ Trauerrituale“ (Binder-Fritz 2010: 194).

„Will man nämlich MigrantInnen unter Berücksichtigung obengenannter Schwierigkeiten situationsgerecht pflegen und mit ihnen verständlich und differenziert kommunizieren, muss man sich auch die dafür notwendigen Voraussetzungen aneignen.

Die teilweise unterschiedlichen Sichtweisen und Bedürfnisse von MigrantInnen erfordern zudem von der Pflege keine monokulturellen Konzepte und routinierte Handlungsweisen, sondern große Flexibilität oder eben „ein breites Repertoire an Methoden und Techniken“ (Domenig 2007:182).

Im Fokus einer Aus-und Weiterbildung transkultureller Kompetenz steht jeweils die Frage, was eigentlich am Anderen „anders“ ist und welche Kompetenzen zur Verständigung und zum erfolgreichen Umgang mit Angehörigen einer anderen Kultur notwendig sind.

In transkulturellen Trainings soll die Erkenntnis dieser Forschung didaktisch – methodisch ansprechend vermittelt werden und zu einer Verhaltensänderung des Einzelnen beitragen. (vgl. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband 2008: 20 f)

9 Transkulturelle Kompetenz als Bestandteil des medizinischen Versorgungssystem in Österreich an zwei Fallbeispielen

9.1 Migrant – Friendly Hospitals

Im Rahmen des europäischen Projektes „Migranten-freundliche Krankenhäuser“ starteten Pilot-Krankenhäuser aus 12 EU-Mitgliedsstaaten mit der Unterstützung internationaler Expertinnen und Experten im Oktober 2002 Initiativen zur Qualitätsentwicklung kultursensibler Strukturen und Leistungsprozesse. Aus österreichischer Sicht nahm an diesem Projekt das Kaiser-Franz-Josef Spital in Wien teil.

In der Anfangsphase wurde eine erste Bedarfsanalyse mit kultursensiblen Strukturmerkmalen wie z.B. Dolmetscherdienste, fremdsprachliches Informationsmaterial, Vorrichtung für die Ausübung verschiedener religiösen Praktiken sowie Elemente eines unterstützenden Qualitätssicherungssystems (Verankerung der Wichtigkeit kultursensibler Leistungen in Leitsätze der Organisation, gewidmete Budgets, Programme zur Unterstützung und Schulung von MitarbeiterInnen) mittels Fragebogen ermittelt.

Die Ergebnisse der Ermittlungen zeigten deutlich drei wesentliche Interventionsbereiche auf:

- Sprachbarrieren
- Mangelnde Information und Schulung für bzw. von KlientInnen mit Migrationshintergrund
- Mangelnde transkulturelle Kompetenz von KlinikmitarbeiterInnen

Auf der Basis dieser Ergebnisse entschieden sich die Pilotkliniken für drei spezifische Maßnahmenbereiche:

1. Die Entwicklung von professionellen Dolmetscherangeboten in der Klinik für eine verbesserte klinische Kommunikation mit fremdsprachlichen KlientInnen.
2. Die Entwicklung von migrantinnenfreundlicher Information und Schulung für schwangere Frauen (kultursensible Schwangerenkurse bzw. erarbeiten spezifischen, sprachlich und kulturell sensiblen Informationsmaterials.)
3. Die Einführung von Trainings in transkultureller Kompetenz von Klinikpersonal.

Die Ergebnisse des Projekts wurden im Rahmen der Konferenz „Hospitals in a Culturally Diverse Europe“ im Dezember 2004 präsentiert:

- Investitionen in den drei Maßnahmenbereichen, Dolmetscherservices, Schulung und Information in der Mutter-Kind-Betreuung und MitarbeiterInnentrainings haben zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität von MigrantInnen und zur Entlastung von MitarbeiterInnen geführt.
- Das Assessment zur Organisations – und Leistungsstruktur erwies sich als effektiver Motor für die Weiterentwicklung in Richtung kultursensibler Organisation. (vgl. Karl-Trummer/Novak-Zezula 2009: 370 ff)

9.2 Projekt des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zur „Transkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen“

Im Rahmen einer Studie im Jahre 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen wurde eine Projektgruppe eingesetzt, die Erschwernisse bzw. Defizite im intramuralen (Kliniken) und extramuralen (ÄrztInnen) Bereich aufzeigen sollte, um in der Folge die gewonnenen Erkenntnisse und Vorschläge zu einer Verbesserung der Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund umzusetzen.

Bei der IST – Analyse kam man zu ähnlichen Defiziten, wie bereits in dieser Arbeit in vorhergehenden Kapitel aufgelistet wurde.

In diesem Zusammenhang wären der SOLL – Zustand und die Schlussfolgerungen von Interesse, die unter anderem folgendes feststellen:

- Klinikverbunde und Kliniken müssen im Sinne der Qualitätssicherung den gleichen Zugang für alle KlientInnen zu Gesundheitsleistungen auch von MigrantInnen sicherstellen. In ihrem Leitbild muss transkulturelle Kompetenz auf allen Ebenen gegeben sein.
- Bei Ausschreibungen von Führungspositionen in Kliniken sollte u.a. ein Nachweis über die Ausbildung in transkultureller Kompetenz für Führungskräfte erbracht werden.
- Sicherstellung der Vermittlung kultureller Besonderheiten von KlientInnen in der medizinischen Diagnostik und Behandlung.
- Sichergestellt muss eine laufende Fortbildung der transkulturellen Kompetenz in den Kliniken werden.
- MigrantInnen sollten für Krankenpflegeberufe interessiert und angeworben werden. Hiermit wäre eine Steigerung der Zahl von transkulturellem Pflegepersonal möglich.

Zusammenfassend sollte nach dem Muster des Wiener-Kaiser-Franz-Josef Spitals bzw. des „FEM – Süd“ (Multikulturelle Fortbildungsveranstaltungen für das Personal des KFJ-Spitals: „Andere Länder – andere Sitten. Weniger Stress durch transkulturelle Kompetenz“) im Rahmen der Weiterbildungspflicht für Ärzte und Ärztinnen und Pflegepersonal ein Weiterbildungscurriculum zur Besserung des Verstehens von Wünschen, Ängsten, Kulturspezifika etc. für MigrantInnen eingeführt werden, insbesondere in „sensiblen“ Abteilungen. (Gynäkologie, Neurologie, Psychiatrie etc.). (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: 2005: 3-26)

10 Zusammenfassung und Ausblick

Mit diesen Ausführungen habe ich versucht aufzuzeigen, dass transkulturelle Kompetenz von Klinikpersonal ein ganzes Spektrum von sowohl fachlichen als auch persönlichen Kompetenzen in der Interaktion mit KlientInnen mit Migrationshintergrund einschließt.

Im 21. Jahrhundert sind wir mit weltweiten Migrationsprozessen konfrontiert und die Menschen aus unterschiedlichen sozio-kulturellen, religiösen, wirtschaftlichen und politischen Strukturen stellen heute ein relativ großes Bevölkerungssegment auch in Österreich dar.

Bei dieser Gruppe von immigrierten Personen handelt es sich keinesfalls um eine homogene Gruppe, sondern um eine gesellschaftliche Vielfalt mit unterschiedlichen kulturellen Bezugspunkten, die für die Mehrheitsgesellschaft in Österreich, auf staatlicher, politischer, organisatorischer und individueller Ebene in vielen Bereichen ein Umdenken einfordert.

Diese soziale und kulturspezifische Vielfalt stellt auch im Gesundheitswesen auf Grund unterschiedlicher Erwartungshaltungen und Bedürfnisse auf Grund kultureller Unterschiede einerseits ein gewisses Konfliktpersonal dar, bietet aber andererseits auch die Chance, durch transkulturellen Wandel des arbeitenden Klinikpersonals das anzustrebende Ziel einer gesundheitlichen Chancengleichheit für „alle“ KlientInnen zu erreichen.

Um diesem Ziel näherzukommen und die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, besteht für das Klinikpersonal eine der Hauptaufgaben darin, die im Wege stehenden Barrieren abzubauen, mit den kulturellen Unterschieden sensibel umzugehen und diese Gruppen von Menschen in die Gesellschaft zu integrieren.

Natürlich haben Menschen mit Migrationshintergrund Schwierigkeiten, sich sprachlich einwandfrei zu verständigen, auch Probleme bei der Vermittlung gesundheitsrelevanter

Beschreibungen von Krankheitssymptomen, aber es wäre Aufgabe der zuständigen Institutionen (Klinikleitungen – bottom up), die Ärzteschaft und das Pflegepersonal so auszubilden bzw. zu qualifizieren, dass sie den Anforderungen und Erwartungen dieser sehr heterogenen Gruppe gerecht werden.

Wie in der Arbeit ausgeführt wird, gibt es gravierende Unterschiede in der Auffassung von „Transkultureller Kompetenz“. Natürlich ist die Basis der transkulturellen Kompetenz das Hintergrundwissen über migrationsspezifische Probleme und die Selbstreflexion der eigenen Kultur und Bereitschaft zum Dialog, aber es muss und soll nicht explizites „Kulturwissen“ sein.

Ebenso wichtig sind individuelle Persönlichkeitsbildung und persönliche Einstellung in Bezug auf kulturspezifische Komponenten der Einwanderungsgesellschaft.

Die persönliche Einstellung, die Grundhaltung und die daraus resultierende Interaktion im Klinikalltag könnten zwischen den Erwartungen und Bedürfnissen der Minderheitengesellschaften und dem beruflichen Handlungsraum von medizinischem Fachpersonal und Pflegepersonal größere Missverständnisse und deren Folgen im Ansatz vermeiden.

Die Frage, ob transkulturelle Kompetenz von Klinikpersonal bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund behilflich sein kann, ist aus meiner Sicht durchaus positiv, mit „ja“ zu beantworten.

Die damit verbundene Herausforderung kann allerdings nur dann zum Erfolg führen, wenn in der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung die transkulturelle Kompetenz als integraler Bestandteil der Institution Klinik gefördert wird. Dies sollte jedoch kein statischer Prozess sein, sondern es muss ein kontinuierlicher, tiefgreifender Prozess sein, der alle Teilbereiche der Organisationsstruktur umfassen muss.

In Österreich hat man regional unterschiedlich diesen Veränderungsprozess in der Frequenz der KlientInnen bereits erkannt und durch spezielle Schulungen im hauseigenen

Klinikbetrieb oder durch verschiedene Lehrgänge und Workshops durch NGO's in der Betreuung von MigrantInnen darauf reagiert. Als zukunftsweisende Beispiele wären zu erwähnen:

Migrant friendly hospital; Zentrum für Gesundheit und Migration an der Donau-Universität Krems; das Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Wien.

Ursprünglich war vorgesehen, diese in der Arbeit angeführte theoretischen/praktischen Konzepte durch einen empirischen Teil mittels qualitativer Interviews der involvierten Personengruppen zu ergänzen, wobei der Fokus auf Kliniken mit hohem Ausländeranteil gerichtet war.

Von allen Kliniken erhielt ich eher ablehnende bzw. eingeschränkte Erlaubnis mit unterschiedlichen Begründungen. (Stresssituation, Unruhe, Qualifikationsvergleiche ...etc.)

Ein direkter Zugang zu den MigrantInnen – speziell zu muslimischen Frauen - war sehr schwierig und die Ergebnisse durch schlecht oder unzureichende Verständigung waren verzerrt bzw. ohne im Zusammenhang dieser Arbeit verwendbar. Vielfach dienten Männer als Sprachrohr für die Frauen aber auch für die ganze Familie.

Deshalb habe ich auf eine empirische Studie im Rahmen dieser Arbeit verzichtet, auch unter Berücksichtigung der Komplexität und dem Umfang der Arbeit.

11 Literaturverzeichnis

- Ackermann, Andreas (2002): Plural Society und multikulturelle Gesellschaft. In: Ackermann, Andreas/Müller, Klaus (Hg.): Patchwork: Dimensionen multikultureller Gesellschaften. Geschichte, Problematik und Chancen. Bielefeld: transcript
- Alban, Susanne/Leininger, Madeleine M./Reynolds, Cheryl L. (2000): Multikulturelle Pflege. München/Jena: Urban & Fischer.
- Albrecht, J/Drescher, H.W./Göhring, H/Salnikow, N (Hrsg.) (1987): Translation und interkulturelle Kommunikation. 40 Jahre Fachbereich Angewandte Sprachwissenschaft der Johannes Gutenberg-Universität Mainz in Germersheim. Reihe A/Bd.8. Frankfurt am Main/Bern/New York/Paris: Peter Lang.
- Akgün, Sibel (2004): Migrantinnen – Immigrationsprozess. In: Migration und Gesundheit. Eine österreichische Bestandsaufnahme. Tagungsunterlagen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien, 11. Oktober 2004.
- Althaus, Fabrice e.alt. (2010): Transkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. Bedürfnisse, Mittel, Wirkung. Lausanne: Schweiz Med Forum 2010,10 (5).
- Amesberger, H./Halbmayr, B./Liegl, B. (2003): Gesundheit und medizinische Versorgung von ImmigrantInnen. In: Fassmann u. Stacher (Hg.): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Klagenfurt.
- Antor, Heinz (2006): Inter – und Transkulturelle Studien. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Praxis. Heidelberg: Winter.
- Appelt, Erna (Hrsg.) (2001): Demokratie und das Fremde. Multikulturelle Gesellschaften als demokratische Herausforderung des 21. Jahrhunderts. Innsbruck – Wien – München: Studienverlag.
- Apeltauer, Ernst (Hrsg.) (2002): Interkulturelle Kommunikation: Deutschland-Skandinavien-Großbritannien. Tübingen: Günter Narr.

- Assion, Hans-Jörg (2005): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Auernheimer, Georg (Hrsg.) (2008): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Interkulturelle Studien, 2.Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baruzzi, Arno/Takeichi, Akihiro (Hrsg.) (1998): Ethos des Interkulturellen. Würzburg: Egon-Verl., Spektrum Philosophie; Bd. 4.
- Becker, Silke A./Wunderer, Eva/Schultz-Gambard (2006): Muslimische Patienten. Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. München: Zuckschwerdt.
- Beer, Bettina (2002): Körperkonzepte, interethnische Beziehungen und Rassismustheorien. Eine kulturvergleichende Untersuchung. Berlin: Dietrich Reimer.
- Bertelsmann Stiftung (2004): Thesenpapier Interkulturelle Kompetenz – Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts? Modelle von Dr. Karla K. Deardorff. In: www.bertelsmann-stiftung.de
- Binder – Fritz, Christine (2009): Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In: Rasky, Eva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Wien: Facultas.
- Binder – Fritz, Christine (2010): Transkulturelle Kompetenz der Pflegepersonen im Krankenhaus als Fortbildungsziel. In: Schnepf, Wilfried/Walter, Ilsemarie (Hg.) Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Wien-Köln-Weimar: Böhlau.
- Binder, Susanne (2004): Interkulturelles Lernen aus ethnologischer Perspektive. Konzepte, Ansichten und Praxisbeispiele aus Österreich und den Niederlanden. Wien: Interkulturelle Pädagogik Band 1.Lit Verlag.
- Binder, Susanne/Gröpel, Wolfgang (2009): Interkulturalität: Migration-Schule-Sprache. In: Six-Hohenbalken, Maria/Tosic, Jelena (Hg.) (2009): Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte. Wien: Facultas

- Bliem, Andreas (2009): Interkulturelle Kompetenz in der Arzt-Patienten-Interaktion. Diplomarbeit Universität Wien.
- Boesch, Ernst E. (1996): Das Fremde und das Eigene. In: Thomas, Alexander (Hrsg.) Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen: Hogrefe.
- Bolten, Jürgen (2007): Interkulturelle Kompetenz. Erfurt: Landeszentrale für politische Bildung Thüringen. (www.lzt.thueringen.de)
- Borde, Theda (2001): Die Versorgung von Immigrant/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In: David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Frankfurt am Main: Mabuse (3. Aufl.).
- Borde, Theda/David, Matthias (Hrsg.) (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005): Projektbericht: Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. Wien: bmfg, Bereich III/A. In: www.bmgfj.gv.at. (25.11.2010)
- Corsa, Mike/Strecker, Martin (Hrsg.) (2004): Mitten drin und außen vor? Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und die Evangelische Jugend auf dem Weg zum Miteinander. In: [http://www.ekiba.de/download/aej_Druckversion_Mitten_drin_und_au%C3%9Fen_vor_\(1\).pdf](http://www.ekiba.de/download/aej_Druckversion_Mitten_drin_und_au%C3%9Fen_vor_(1).pdf) (27.9.2010)
- Dachs, Petra (2010): Diversity in Pflege und Betreuung – eine ethnologische Perspektive. In: Schnepf, Wilfried/Walter, Ilsemarie (Hg.): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Wien-Köln-Weimar: Böhlau.
- Danckwortt, Dieter (1996): Praxisfelder interkulturellen Personenaustausches. In: Thomas, Alexander (Hg.) Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen: Hogrefe.
- David, Matthias/Borde, Theda (2001): Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt am Main: Mabuse.

- David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.) (2001): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse 3. Aufl.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V. (Hg.) (2008): Migrationsarbeit als Motor interkultureller Öffnungsprozesse in Regeleinrichtungen. Handreichung für die Migrationserstberatung. In: www.parität.org (14.10.2010)
- Diakonie Texte (2008): Interkulturelle Öffnung in den Arbeitsfeldern der Diakonie. Diakonie für Menschen zwischen Ländern und Kulturen. Handreichung 13.2008. Stuttgart: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
- Domenig, Dagmar (2001): Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Hans Huber.
- Domenig, Dagmar (2003): Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. In: Borde, Theda/David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Domenig, Dagmar (Hg.) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber (2.Aufl.).
- Drechsel, Paul/Schmidt, Bettina/Gölz, Bernhard (2000): Kultur im Zeitalter der Globalisierung. Frankfurt am Main: IKO – Verlag für interkulturelle Kommunikation.
- Dreißig, Verena (2005): Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Bielefeld: transcript.
- Eagleton, Terry (2001): Was ist Kultur? München: C.H.Beck.
- Eder, Gudrun (1996): „Soziale Handlungskompetenz“ als Bedingung und Wirkung interkultureller Begegnung. In: Thomas, Alexander (Hsg.). Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen: Hogrefe.

- Eichelberger, Harald/Furch, Elisabeth (Hg.) (1998): Kulturen Sprachen Welten. Innsbruck; Wien: Studien Verlag.
- Eichler, Katja Johanna (2008): Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Eichler, Katja Johanna (2010): Den Anderen anders denken: Das Gesundheitssystem und „seine“ MigrantInnen. In: Karl-Trummer, Ursula/Pammer, Christoph (Hrsg.) (2010): Migration, Kultur und Gesundheit. Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung der österreichischen Gesellschaft für Public Health, Linz, 24-25. September 2009. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse; Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“ Band 39.
- Eppenstein, Thomas/Kiesel, Doron (2008): Soziale Arbeit interkulturell. Theorien – Spannungsfelder - reflexive Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Erl, Astrid/Gymnich, Marion (2007): Interkulturelle Kompetenzen. Erfolgreich kommunizieren zwischen den Kulturen. Stuttgart: Klett Lernen und Wissen.
- Fechler, Bernd (2008): Interkulturelle Mediationskompetenz. Umriss einer differenz-, dominanz – und kontextsensiblen Mediation. In: Auernheimer, Georg (Hrsg.) (2008): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Interkulturelle Studien. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2.Aufl.
- Fischer, Regula/Furrer-Küttel, Andreas (2009): Transkulturelles Portal. „Transkulturelle Kompetenz“. In: http://www.transkulturelles-portal.com/index.php?option=com_content & view=article. (28.07.2010)
- Fischer, Veronika/Springer, Monika/Zacharaki Ioanna (Hrsg.) (2005): Interkulturelle Kompetenz. Fortbildung – Transfer – Organisationsentwicklung. Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Fischer, Veronika (2005): Interkulturelle Kompetenz – ein neues Anforderungsprofil für die pädagogische Profession. In: Fischer, Veronika/Springer, Monika/Zacharaki,

- Ioanna (Hrsg.) (2005): Interkulturelle Kompetenz. Fortbildung – Transfer – Organisationsentwicklung. Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Freise, Josef (2007): Interkulturelle soziale Arbeit. Theoretische Grundlagen- Handlungsansätze-Übungen zum Erwerb interkultureller Kompetenz. Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Gaitanides, Stefan (1994): Interkulturelles Lernen in einer multikulturellen Gesellschaft. In: [http://www.fb4.fh-frankfurt.de/whoiswho/gaitanides/Interkulturelles % 20 Lernen.pdf](http://www.fb4.fh-frankfurt.de/whoiswho/gaitanides/Interkulturelles%20Lernen.pdf). (Sozialmagazin 2/1994).
- Gelzer, Daniel (2005): Migrantinnen und Migranten in der hausärztlichen Sprechstunde. In: Primary Care Nr. 06/2005. Muttenz: EHM Schweizerischer Ärzte-Verlag.
- Gleicher, Christine (2008): Handbuch Transkulturalität-Migration-Integration. Luzern: Höhere Fachschule Pflege.
- Graf, Peter (1998): Sprachentwicklung und interkulturelle Pädagogik: Bilinguale Schullaufbahnen als interkulturelles Lernen. In: Eichelberger, Harald/Furch, Elisabeth (Hg.) (1998): Kulturen-Sprachen-Welten. Die Herausforderung (Inter-)Kulturalität. Innsbruck/Wien: Studien Verlag.
- Habermann, Monika (2003): Pflege und Kultur. Eine medizinethnologische Exploration der Pflegewissenschaft und – praxis. In: Lux, Thomas (Hg.) (2003): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin-Medizinethnologie-Medical Anthropology. Berlin: Reimer.
- Habermas, Jürgen (1999): Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Halbmayer, Ernst/Mader, Elke (Hrsg.) (2004): Kultur, Raum, Landschaft. Zur Bedeutung des Raumes in Zeiten der Globalität. Jahrbuch des Österreichischen Lateinamerika-Institutes; Band 6; Frankfurt am Main: Brandes und Apsel/Südwind.
- Hannig, Christian (2009): Interkulturelle Kommunikation im Rettungsdienst. Grundlagen, Beispiele und Folgerungen. In: Kumbier, Dagmar/Schulz von Thun, Frie-

- demann (Hg.) (2006): Interkulturelle Kommunikation. Methoden, Modelle, Beispiele. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Hax-Schoppenhorst, Thomas/Jünger, Stefan (2010): Seelische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Wegweiser für Pflegende. Stuttgart: W.Kohlhammer.
- Hinz-Rommel, Wolfgang (1994): Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Münster-New York: Waxmann.
- Hinz-Rommel, Wolfgang (1995): Empfehlungen zur interkulturellen Öffnung sozialer Dienste. In: Barwig, Klaus/Hinz-Rommel, Wolfgang (Hrsg.) (1995): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. Freiburg/Breisgau: Lambertus Verlag.
- Hofstede, Geert/Hofstede, Gert Jahn (2006): Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management. München: Deutscher Taschenbuch Verlag; 3. vollständig überarbeitete Auflage.
- Hoppe, Annetrin (2009): So war ich nicht, so bin ich nicht! Vom Einfluss des kulturellen Umfelds auf die eigene Identität. In: Kumbier, Dagmar/Schulz von Thun, Friedemann (Hg.) (2006): Interkulturelle Kommunikation. Methoden, Modelle, Beispiele. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Ilkic, Ilhan (2006-2007): Das Wissensportal zum Thema Kultur und Gesundheit. Konfliktfelder in der Praxis; Gesundheit, Krankheit und muslimische Patienten. Projekt des Institutes für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Johannes Gutenberg Universität Mainz. In: www.kultur-gesundheit.de/ (29.8.2010)
- Ilkic, Ilhan (2006): Das muslimische Krankheits- und Gesundheitsverständnis und ihre medizinethischen Implikationen in einer wertpluralen Gesellschaft. Vortrag v. 18.2.2006 im Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf. In: http://wwwz.ekir.de/duesseldorf/esta/Ilkic_Musl-Gesundheitsverst.pdf. (11.9.2010)
- Ilkic, I. (2007): Medizinische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten. DtschMed Wochensh 2007; 132; Stuttgart: Georg Thieme.

- Jahoda, Gustav (1996): Ansichten über die Psychologie und die „Kultur“. In: Thomas, Alexander (Hsg.) (1996): Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe
- Jakubelt, Gudrun (1998): Interkulturelle Öffnung von Organisationen. In: Thomas, Alexander (Hsg.) (1996) Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen- Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe.
- Jaksche, Elisabeth u. Hoffman, Edwin (1998): Culture don't meet, people do. In: Eichelberger, Harald/Furch, Elisabeth (Hg.) (1998): Kulturen-Sprachen-Welten. Die Herausforderung (Inter) –Kulturalität. Innsbruck-Wien: Studien Verlag.
- JKU – Johannes Kepler Universität Linz. Institut für Gesellschafts-und Sozialpolitik (2006): Integrationsbericht 2006. Sozialressort des Landes Oberösterreich; (Hsg.)
- Karl-Trummer, Ursula/Novak, Zuzana (2009): Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen. Das „Migrant-friendly Hospital“ Projekt. In: Rasky, Eva (Hg.) (2009): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas
- Karl-Trummer, Ursula/Pammer, Christoph (Hrsg.) (2010): Migration, Kultur und Gesundheit. Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“ Band 39. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.
- Keding, Gesche (2009): Der falsche Wohnort...Zur Bedeutung von Macht und Struktur in der interkulturellen Begegnung. In: Kumbier, Dagmar/Schulz von Thun, Friedeman (Hg.) (2006):
- Kellnhauser, E./Schewior-Popps (1999): Ausländische Patienten besser verstehen. Stuttgart: Georg Thieme.
- Knapp, Annelie (2008): Interkulturelle Kompetenz: eine sprachwissenschaftliche Perspektive. In: Auernheimer , Georg (Hrsg.) (2008): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Interkulturelle Studien; 2.Aufl.; Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Knipper, Michael/Bilgin, Yasar (2009): Migration und Gesundheit. Sankt Augustin/Berlin: Konrad Adenauer Stiftung e.V.
- Knipper, Michael/Bilgin, Yasar (2010): Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt. Migration und andere Hintergründe. Deutsches Ärzteblatt Jg.107/Heft3/22.Januar 2010.
- Köck, Andrea/Murtaza, Muhammed Sameer (2009): Muslime im Krankenhaus. Ein interreligiöser Ratgeber für das Krankenpflegepersonal. Norderstedt: Books on Demand.
- Kollermann, Nicole (2009): Spinn ich oder spinnen die? Über den konstruktiven Umgang mit interkulturellen Irritationen. In: Kumbier, Dagmar/Schulz von Thun, Friedeman (Hg.) (2006): Interkulturelle Kommunikation. Methoden, Modelle, Beispiele. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Kramer, Dieter (1998): Anderssein, ein Menschenrecht. Zur Diskussion um kulturelle Vielfalt in Zeiten der Globalisierung. In: Interkulturalität-Grundprobleme der Kulturbegegnung.. Mainzer Universitätsgespräche SS 1998; Impressum: Studium generale der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.
- Krewer, Bernd (1996): Kulturstandards als Mittel der Selbst-und Fremdrelexion in interkulturellen Begegnungen. In: Thomas, Alexander (Hsg.) (1996): Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe.
- Kumbier,Dagmar/Schulz von Thun, Friedeman (Hg.) (2006): Interkulturelle Kommunikation. Methoden, Modelle, Beispiele. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Kutalek, Ruth (2009): Migration und Gesundheit. Strukturelle, soziale und kulturelle Faktoren. In: Six-Hohenbalken, Maria/Tosic, Jelena (Hg.) (2009): Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte. Wien: Facultas.
- Laabdallaoui, Malika/ Rüschoff, Ibrahim (2010): Umgang mit muslimischen Patienten. Bonn: Psychiatrie –Verlag.

- Löschke, K./Plasser, F. (2010): „Andere Länder-andere Sitten“ Weniger Stress durch transkulturelle Kompetenz. In: www.psygyn.at/news/22tag/interkulturelle_psychologie.pdf (15.10.2010)
- Luhmann, Niklas (1998): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Maletzke, Gerhard/ (1996): Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Marik-Lebeck, Stefan (2010): Migration-Menschen in Bewegung. In: Karl-Trummer, Ursula/Pammer, Christoph (Hrsg.) (2010): Migration, Kultur und Gesundheit. Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“ Band 39. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.
- Mecheril, Paul (2008): „Kompetenzlosigkeitskonzept“. Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In Auernheimer, Georg (Hrsg.) (2008): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Interkulturelle Studien, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Molzbichler, Daniela (2005): Kulturen in Konflikt? Vom Umgang mit Konflikten in interkulturellen Beziehungen. SWS-Rundschau (45. Jg.) Heft 2/2005. (www.sws-rundschau.at) (18.7.2010)
- Nicklas, Hans (2006): Interaktion und Kommunikation in plurikulturellen Gesellschaften: In: Nicklas, Hans/Müller, Burkhard/Kordes, Hagen (Hg.) (2006): Interkulturell denken und handeln. Theoretische Grundlagen und gesellschaftliche Praxis. Frankfurt/Main: Campus.
- Nodes, Wilfried (2000): Das „Andere“ und die „Fremden“ in der sozialen Arbeit. Berlin: VWG – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Obermaier, Dorothee (2005): Transkulturalität. In: XING (ein Kulturmagazin) Heft 03/01 –Herbst 2005. ([http:// www.servus.at/GFK/Xing/pdf/XING_03-2.pdf](http://www.servus.at/GFK/Xing/pdf/XING_03-2.pdf)) (14.8.2010)

- ÖRK – Österreichisches Rotes Kreuz (2004): Handbuch: Kultursensible Pflege und Betreuung. Methodische Ermutigungen für die Aus und Weiterbildung. Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes und Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes. (Hg.)
- Öztürk, Halit (2008): Professionalität im „globalen Dorf“. Interkulturelle Kompetenz in der Weiterbildung. In: MAGAZIN erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs 4/2008. (<http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/meb08-4.pdf>) Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.
- Pelinka, Anton (2001): Zu den Fallstricken des Multikulturalismus. Wider die Vereinfachung des ethnischen Kulturbegriffes. In: Appelt, Erna (Hrsg.) (2001): Demokratie und das Fremde. Multikulturelle Gesellschaften als demokratische Herausforderung des 21. Jahrhunderts. Innsbruck-Wien-München: StudienVerlag.
- Pfabigan, Doris (2007): Kultursensible Pflege und Betreuung. Methodische Ermutigungen für die Aus-und Weiterbildung. Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes GmbH. (Hsg.)
- Pfabigan, Doris (2009): Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen- transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. In: Rasky, Eva (Hg.) (2009): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas.
- Ramaswamy, M.Krischke (1985): Ethnologie für Anfänger. Eine Einführung aus entwicklungspolitischer Sicht. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Posner-Landsch, Marlene (2001): Kommunikationsstörungen zwischen ausländischen Patientinnen und einheimischen Ärzten/Ärztinnen. In: David, Matthias/ Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.) (2001): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse
- Rasky, Eva (Hg.) (2009): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas.

- Reinprecht, Christoph (2010): Menschen mit Migrationshintergrund und speziellen Bedürfnissen. In: Karl-Trummer, Ursula/Pammer, Christoph (Hrsg. (2010): Migration, Kultur, Gesundheit. Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“ Band 39. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.
- Reynolds, Cheryl L. (2000): Zum Ursprung von Leiningers Theorie der kulturellen Fürsorgevielfalt und Gemeinsamkeiten. In: Alban, Susanna/Leininger, Madeleine M./Reynolds, Cheryl L. (2000): Multikulturelle Pflege. München-Jena: Urban & Fischer.
- Riedel, Sabine (2002): „Auch für Sie muss alles verstanden sein“. Grenz(en)überschreitende Arzt – Patient – Kommunikation Deutschland-Dänemark. In: Apeltauer, Ernst (Hrsg.) (2002): Interkulturelle Kommunikation: Deutschland – Skandinavien – Großbritannien. Tübingen: Günter Narr.
- Seidl, Elisabeth/Walter, Ilsemarie (2010): Multikulturalität im Krankenhaus aus der Sicht des Pflegepersonals. In: Schnepf, Wilfried/Walter, Ilsemarie (Hg.) (2010): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Wien-Köln-Weimar: Böhlau Verlag.
- Six-Hohenbalken, Maria/Tosic, Jelena (Hg.) (2009): Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte. Wien: Facultas.
- Schnepf, Wilfried/Walter, Ilsemarie (Hg.) (2010): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Wien-Köln-Weimar: Böhlau Verlag.
- Statistik Austria – Presse. In: http://statistik.at/web_de/presse/032181
- Steiner, Martina I. (2005): Intra-und interkulturelle Konfliktforschung und Mediation im Sanitätsbereich. VO Makotra SS 2005 Skriptum. In: http://univie.ac.at/ksa/html/inh/stud/stutmate_files/Mediation_05.pdf (27.11.2010)

- Steiner, Martina I. (2009): Kulturelle Kompetenz aus anthropologischer Perspektive. In: Six-Hohenbalken, Maria/Tosic, Jelena (Hg.) (2009): Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte. Wien: Facultas.
- Strasser, Elisabeth (2009): Was ist Migration? In: Six-Hohenbalke, Maria/Tosic, Jelena (Hg.) (2009): Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte: Facultas.
- Terkessidis, Mark (2010): Interkultur. Berlin: Suhrkamp.
- Thomas, Alexander (Hg.) (1996): Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe
- Thomas, Alexander (1996): Analyse der Handlungswirksamkeit von Kulturstandards. In: Thomas, Alexander (Hg.) (1996): Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe
- Thomas, Alexander (1998): Von der fremdkulturellen Erfahrung zur interkulturellen Handlungskompetenz. Mainzer Universitätsgespräche SS 1998. Impressum: Studium generale der Johannes Gutenberg – Universität Mainz.
- United Nations (1998): Recommendations on Statistics of International Migration. Revision 1. Statistical Papers Series M Nr.58, Rev.1. New York: United Nations. In: http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_58Rev1E.pdf. (04.07.2010)
- Volk, P./Bauböck, R. (2001): Wege zur Integration. Was man gegen Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit tun kann. Hrsg. :Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur.
- Welsch, Wolfgang (1998): Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Mainzer Universitätsgespräche SS 1998. Impressum generale der Johannes Gutenberg – Universität Mainz.
- Wicker, Hans-Rudolf (2009): Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel. In: Domenig, Dagmar (Hg.) (2007): Transkultu-

relle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits – und Sozialberufe. Bern: Hans Huber/Hogrefe.

Wiechermann, Sarah (2009): Wider den Kulturalismus. In: Kumbier, Dagmar/Schulz von Thun, Friedeman (Hg.) (2006): Interkulturelle Kommunikation. Methoden, Modelle, Beispiele. Reimbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Wilpert, Czarina (2004): Diversity und „Managing Diversity“: Sensibilisierung für Vielfalt und ihre Gestaltung. In: Corsa, Mike/Strecker, Martin (Hrsg.) (2004): Mitten drin und außen vor? In: <http://www.ekiba.de/> (27.09.2010)

Zimmermann, Emil (2000): Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Hans Huber.

Lebenslauf

Angaben zur Person:

Hans-Jürgen **Posch**, geb. am 9. Jänner 1943 in Marienburg, ehem. Westpreußen, österreichischer Staatsbürger, verheiratet, zwei erwachsene Kinder

Schulbildung:

4 Jahre Volksschule, 3 Klassen Hauptschule, Reifeprüfung am Bundesgymnasium in Linz, Spittelwiese.

Berufstätigkeit:

04/1964 - 09/1966 Sparkasse der Stadt Enns, Enns, OÖ.

09/1966 - 12/1966 Deutsche Lufthansa AG, Köln, D.

02/1967 - 02/1985 Chemie Linz AG, Linz, OÖ.

03/1985 - 12/1985 Merx HandelsgesmbH, Linz, OÖ; (Tochter der Chemie Linz AG).

10/1985 - 09/1987 INTEX HandelsgesmbH, Linz, OÖ.

10/1987 - 10/2003 CHEMOTECH HandelsgesmbH, Eferding, OÖ.

Ausbildung und Berufsbild:

a) Sparkasse der Stadt Enns: Sparkassenprüfung I

b) Deutsche Lufthansa Köln: Intern. Frachtenpool/Finanzwesen

c) Chemie Linz AG: Leiter der Dokumenten- und Akkreditivabteilung

Stellvertretender Leiter Finanzwesen mit Handlungsvollmacht

Diverse Fach- und Sprachkurse sowie „Führungstraining für Führungskräfte“.

d) Merx Handels GesmbH: Geschäftsführer

e) INTEX Handels GesmbH: Geschäftsführender Gesellschafter

f) CHEMOTECH Handels GesmbH: Geschäftsführender Gesellschafter