



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Mehrsprachigkeit und interkulturelle Kommunikation in
grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung im
Alpen-Adria Raum“

Verfasserin

Martina Pietschnig

angestrebter akademischer Grad
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 190 350 353
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Lehramt UF Italienisch UF Spanisch
Betreuer:	Ao. Univ.- Prof. Mag. Dr. Robert Tanzmeister

Danksagungen

In erster Linie möchte ich mich von ganzem Herzen bei meinen Eltern bedanken, die mich durch ihre Ausdauer, Geduld, Verständnis, finanzielle- und moralische Unterstützung und positives Denken in meinem Studium von Anfang an unterstützt- und an mich geglaubt haben.

Ein spezielles Dankeschön widme ich meiner Mama, die mir durch ihre Hilfe beim Korrekturlesen, aber auch durch moralische Motivation tatkräftig unterstützt hat.

Ein herzliches Danke auch an meine Schwester Petra, die mich auf die Idee zu dieser Diplomarbeit gebracht hat. Des Weiteren möchte ich mich bei meinem Freund Maurizio bedanken, der sich in hektischen Situationen als Ruhepol sehr verständnisvoll gezeigt hat und mir auch beim Korrekturlesen eine große Hilfe war.

Ein großes Dankeschön auch an die Mitarbeiter der Sanicademia in Villach, vor Allem an Mag. Brugger Kathrin, die mir auch Zugang zu ihrer Privatbibliothek ermöglicht hat. Vielen lieben Dank auch an meine Freunde Elena und Dario, die sich beim Korrekturlesen und Formatieren als sehr hilfreich erwiesen haben.

Zum Schluss, aber nicht weniger wichtig, möchte ich mich sehr bei meinem Betreuer Ao. Univ.- Prof. Mag. Dr. Robert Tanzmeister bedanken, der mir professionell und menschlich zur Seite gestanden ist und für alle Fragen und Probleme immer ein offenes Ohr hatte.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Mehrsprachigkeit, Kultur und Interkulturelle Kommunikation in der Alpen- Adria Region	4
2.1	<i>Kooperation und Kultur</i>	7
2.2	<i>Interkulturelle Kommunikation</i>	10
3	Die EU-Ebene	12
3.1	<i>Mehrsprachigkeit in der Europäischen Union</i>	12
3.1.1	Forderung der multilingualen Gesellschaft	13
3.1.2	Forderung der multilingualen Wirtschaft	15
3.2	<i>Regionalpolitik in der EU</i>	17
3.3	<i>Ziele der Regionalpolitik</i>	17
3.3.1	Programmperiode 2000-2006	17
3.4	<i>Mittel zur Umsetzung der Regionalpolitik</i>	20
3.4.1	EFRE Europäische Fonds für regionale Entwicklung	21
3.4.2	ESF Europäische Sozialfonds	21
3.4.3	Der Kohäsionsfonds	21
3.5	<i>Das INTERREG Programm</i>	22
4	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung:	25
4.1	<i>Gründe von grenzüberschreitenden Kooperationen im Gesundheitswesen</i>	25
4.2	<i>Rahmenbedingungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der EU</i>	27
4.3	<i>Richtlinie 2008</i>	30
4.4	<i>Unterschiede im Gesundheitswesen in der Alpen-Adria Region</i>	33
4.4.1	Das Gesundheitswesen in Kärnten	33
4.4.2	Das Gesundheitswesen in Friaul-Julisch Venetien	34
4.4.3	Das Gesundheitswesen in Slowenien	36
5	Projekt INTERREG III A „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ 2003-2006	38
5.1	<i>Allgemeines zum Projekt</i>	38
5.2	<i>Projektziele</i>	39
5.3	<i>Projektorganisation</i>	40

5.4	<i>Projektorgane</i>	42
5.5	<i>Projektergebnisse</i>	43
5.5.1	Arbeitsgruppe „Patientenorientierung und Kommunikation“	43
5.5.2	Arbeitsgruppe „ Gemeinsame Fortbildung“	46
5.5.3	Arbeitsgruppe „Wissenschaftliche Zusammenarbeit“	64
5.5.4	Arbeitsgruppe „Gegenseitige Patientenzuweisung und rasche Befundübermittlung“.....	66
5.5.5	Arbeitsgruppe „Notfallversorgung“	66
5.5.6	Arbeitsgruppe“ Öffentlichkeitsarbeit“.....	68
5.5.7	Arbeitsgruppe „Dauerhafte organisatorische und wissenschaftliche Kooperation zwischen Italien und Kärnten“	68
6	Projekt INTERREG IV A “Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ 2007-2013	69
6.1	<i>Crossborder Health Education</i>	70
6.2	<i>Die Sanicademia- internationale Fortbildungsakademie für Gesundheitsberufe</i>	73
7	Zusammenfassung und Schlusswort.....	77
8	Riassunto in italiano	81
9	Bibliografie	91
10	Abbildungsverzeichnis.....	96
11	Abstract	98
12	Lebenslauf	99

1 Einleitung

Ich habe mir dieses Thema für meine Diplomarbeit ausgesucht, da ich Kärntnerin bin, von Kindesbeinen an immer Urlaub in Friaul-Julisch Venetien mache und darüber hinaus seit einigen Jahren in Triest lebe und unterrichte. Da ich immer wieder in die Situation gekommen bin, einen Arzt aufzusuchen zu müssen, mein Hauptwohnsitz jedoch in Klagenfurt gemeldet ist, kann ich aus eigener Erfahrung berichten, dass sich die italienische Bürokratie nicht einfach gestaltet. Es ist zu beachten, dass für viele Menschen in der EU der Hauptwohnsitz nicht mit der Lebenswirklichkeit übereinstimmt und diese Lebenswirklichkeiten respektieren oft nicht die Grenzen eines Landes. Aus diesem Grund ist es wichtig und notwendig, die Gesundheitsversorgungsstrukturen an die realen Lebenswirklichkeiten der EU-Bürger anzupassen.

Wir leben im 21. Jahrhundert, in einem Zeitalter des Wandels, in dem Europa nach und nach zusammenwächst. Eine starke Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in unterschiedlichen Bereichen ist ein aktuelles Thema, das letztendlich auch den Gesundheitsbereich betrifft, da die Patientenmobilität vor Allem in Grenzregionen - wie im Alpen-Adria Gebiet - eine Tatsache ist. Somit stellt eine gute Zusammenarbeit aller Beteiligten die Voraussetzung für die Gesundheitsversorgung der EU-Bürger dar. Wie bereits gesagt, ist der Alpen-Adria Raum eine Schnittstelle für das Zusammentreffen von drei verschiedenen Sprachen und Kulturen. Dies kann unter Umständen zu Kommunikations- und Verständigungsproblemen führen, Probleme denen bei der Gesundheitsversorgung und im Umgang mit anderssprachigen Patienten entgegen zu wirken ist.

Die Umbrüche im Gesundheitswesen führen auf wirtschaftlicher Ebene zu neuen Möglichkeiten und Chancen am Arbeitsmarkt. Die neuen überbetrieblichen Zusammenarbeiten von Institutionen über die Landesgrenzen hinaus bringen sicherlich auch einige Herausforderungen wie Sprachbarrieren, Interkulturalität sowie rechtliche, finanzielle und bürokratische Hürden mit sich, denen sich die verschiedenen Akteure der Kooperationen stellen müssen, um die

Gesundheitsdienstleistungen für die Patienten in den Grenzgebieten und Tourismusregionen zu vereinfachen.¹

Durch meine Familie und Mitarbeitern der Kärntner Gebietskrankenkasse bzw. der Kärntner Landesregierung konnte ich von den EU-Projekten INTERREG erfahren und so wurde mein Interesse diesbezüglich geweckt.

Die hier vorliegende Diplomarbeit ist in zwei Teile eingeteilt, in einen Theorieteil und in einen Praxisteil. Der Theorieteil befasst sich zuerst mit den Begriffen Kultur, Kooperation und interkulturelle Kommunikation in der Alpen-Adria Region. Wenn mehrere Kulturen und Sprachen aufeinander treffen kann dies zu Schwierigkeiten und Missverständnissen führen. Im Kapitel 3 setze ich mit dem Aspekt der Mehrsprachigkeit auf EU- Ebene fort, wo Mehrsprachigkeit als Ziel aufscheint, um eine angemessene Kommunikation zu garantieren und neue Arbeitsplätze zu schaffen. Auch die Gemeinschaftsinitiative INTERREG selbst und ihre drei verschiedenen Ausrichtungen A, B, C werden in diesem Kapitel beschrieben.

Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Alpen-Adria Region im Rahmen des INTERREG A Programms untersteht der Regionalpolitik der EU, die mit Finanzierung durch die Struktur- und Kohäsionsfonds versucht, ihre Ziele, wie für das INTERREG Programm relevante Ziel der territorialen Zusammenarbeit, umzusetzen. Im Kapitel 4 nenne ich die Gründe von grenzüberschreitenden Kooperationen im Gesundheitswesen und die dazugehörigen Rahmenbedingungen. Wie sieht es mit der Kostenübernahme oder Kostenrückerstattung aus? Die Richtlinie 2008 soll mehr Klarheit bezgl. der Rechtssicherheit der Patienten schaffen. Außerdem werden die unterschiedlichen Gesundheitssysteme in Italien, Österreich und Slowenien verglichen und bringen damit auch Aufschluss über die Verhaltensweisen der jeweiligen Bürger in Sachen Gesundheit bzw. sie spiegeln auch meine persönlichen Erfahrungen wieder. Während die Sicherung der Gesundheit in Österreich und Slowenien als Aufgabe des Staates gesehen wird, so sieht die Situation in Italien anders aus.

Mit dem Kapitel 5 gehe ich auf den Praxisteil ein und beschreibe das Projekt INTERREG III A „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der

¹ Vgl. Wulz, Karl 2008. *Grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitswesen am Beispiel des Landeskrankenhaus Villach*, in Granig, Peter: 1st Austrian Health Economics Forum: Trends, Herausforderungen und Entwicklungen am europäischen Gesundheitsmarkt. Klagenfurt, 67

Patientenversorgung“ zwischen Friaul- Julisch Venetien, Veneto und Kärnten, welches von den drei Regionen im Zeitraum August 2003 bis Februar 2006 abgehalten wurde. Dieses Kapitel gibt Auskunft über die Entstehung, die Zielsetzung, die Organisation und Organe des Projektes. Außerdem gibt es vor allem Einblick in die Ergebnisse der verschiedenen Arbeitsgruppen. Darunter scheinen einige Übereinstimmungen bei den Erfahrungen des Austauschprogramms mit meinen persönlichen Erfahrungen hier in Triest auf.

Im letzten Kapitel wird dann das Programm INTERREG IV A „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ erläutert, welches nach dem Erfolg des Projektes INTERREG III A 2007 ins Leben gerufen wurde und noch bis 2013 im Gang ist. Im INTERREG IV wurde Platz für das Nachfolgeprojekt „Crossborder education for health professionals“ gemacht, welches unter der Leitung der Sanicademia - einer internationalen Fortbildungsakademie für Gesundheitsberufe - steht, die im Anschluss an das erste Projekt gegründet wurde und die auch in einem Unterkapitel näher erläutert wird.

2 Mehrsprachigkeit, Kultur und Interkulturelle Kommunikation in der Alpen- Adria Region

Die Bezeichnung Alpen- Adria Region lässt sich auf die „*Schaffung eines grenzüberschreitenden Aktions- bzw. Handlungsraumes*“² zurückführen.

In dieser Alpen- Adria Region treffen romanische, slawische und germanische Sprachen und Kulturen aufeinander, deren Diversität bei grenzüberschreitenden Kooperationen nicht außer Acht gelassen werden darf. Wie das Sprichwort „Andere Länder, andere Sitten“ schon sagt, muss man beim Aufeinandertreffen mehrerer Sprachen und Kulturen mit eventuellen Verhaltens- und Handlungsunterschieden rechnen.

In der heutigen Zeit der Globalisierung werden grenzüberschreitende Kooperationen auch im Alpen- Adriaraum immer häufiger. Begriffe wie Mehrsprachigkeit, Kultur und interkulturelle Kommunikation sind irgendwie zum ganz normalen Alltagsvokabular geworden.

Wir leben in der Europäischen Union, in deren Grundlagendokumenten von kulturellem Reichtum und Mehrsprachigkeit gesprochen wird. Im Zusammenhang damit soll zuerst einmal der Mehrsprachigkeitsbegriff geklärt werden.

Kremnitz versteht unter dem Begriff: „*Von Mehrsprachigkeit (Multilinguismus, manchmal auch Plurilinguismus) spricht man dann, wenn mehr als zwei Sprachen in einer Gesellschaft miteinander in Kontakt stehen*“.³

Kremnitz fügt des Weiteren hinzu, dass es beim Anstieg der Anzahl der Sprachen in einer Gesellschaft zu größeren Schwierigkeiten kommen kann, da wir nicht sicher davon ausgehen können bzw. nicht von allen einzelnen Sprechern einer Gesamtgesellschaft erwarten dürfen, dass diese auch alle diese vorkommenden Sprachen oder Varietäten beherrschen. Dies führt dazu, dass oft zur Verständigung untereinander auf Dolmetscher zurückgegriffen werden muss.⁴

² Ziener, Karen/Hössl, Petra 2007. *Grenzüberschreitende Wirtschaftskooperationen zwischen Kärnten, Slowenien und Friaul-Julisch-Venetien: Reflexionen aus Sicht der Kooperationspartner*. Klagenfurt: Drava Verlag, 41

³ Kremnitz, Georg 1990. *Gesellschaftliche Mehrsprachigkeit: institutionelle, gesellschaftliche und individuelle Aspekte; ein einführender Überblick*. Wien: Braumüller, 38

⁴ Vgl. Kremnitz, Georg 1990. *Gesellschaftliche Mehrsprachigkeit: institutionelle, gesellschaftliche und individuelle Aspekte; ein einführender Überblick*. Wien: Braumüller, 38f

Dass Kultur und Sprache Hand in Hand gehen ist allgemein bekannt, und bei grenzüberschreitenden Zusammenarbeiten kommt es selbstverständlich zum Aufeinandertreffen von verschiedenen Kulturen und Sprachen. Zur gleichen Zeit gibt es einen großen Bedarf an Kommunikation der teilnehmenden Partner, um eine Zusammenarbeit überhaupt zu ermöglichen.

Ziener/Hössl untermauern: „(...) grundlegende Problem der sprachlichen Verständigung in grenzüberschreitenden Kooperationen (...) hängt mit dem hohen Kommunikationsbedarf zusammen.“⁵

Abgesehen vom Informationsaustausch ist der Kommunikationsbedarf auch bei der gesamten Organisation der Kooperation vorhanden. Das geht von der Definition der gemeinsamen Ziele, über die Aufgabenformulierung bis hin zu Terminabsprachen usw. Abgesehen von der Zusammenarbeit in den Krankenhäusern, die zum Hauptthema dieser Arbeit gehören, ist Fremdsprachenkompetenz seitens der Kollaborateure unabdingbar.

Mit den verschiedenen Kooperationspartnern aus unterschiedlichen Sektoren wurden im Zusammenhang des Programms INTERREG III A (2000-2006) im Alpen-Adria Raum Kärnten, Friaul-Julisch Venetien und Slowenien 29 Interviews durchgeführt, um Erfolgsfaktoren bzw. Probleme herauszuarbeiten.⁶

Ziener/Hössl haben nach den Interviews diese Tabelle erarbeitet und die ovalen Formen repräsentieren die Rahmenbedingungen, die grau unterlegten Kästchen stellen Faktoren mit großer Bedeutung für die grenzüberschreitende Kooperation dar.

⁵ Ziener, Karen/Hössl, Petra 2007. *Grenzüberschreitende Wirtschaftskooperationen zwischen Kärnten, Slowenien und Friaul- Julisch Venetien: Reflexionen aus Sicht der Kooperationspartner*. Klagenfurt: Drava Verlag, 191f

⁶ Vgl. Ziener, Karen/Hössl, Petra 2007. *Grenzüberschreitende Wirtschaftskooperationen zwischen Kärnten, Slowenien und Friaul- Julisch Venetien: Reflexionen aus Sicht der Kooperationspartner*. Klagenfurt: Drava Verlag, 192

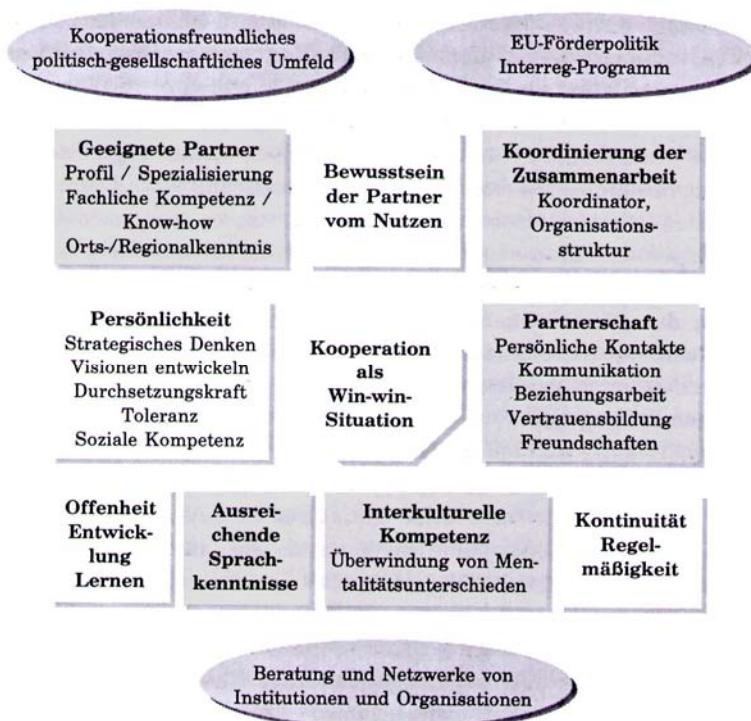


Abb.) 1

Wie die Tabelle zeigt, werden ausreichende Sprachkenntnisse, aber auch interkulturelle Kompetenz von den Interviewpartnern als sehr wichtig eingeschätzt. Weiters wird Sprachkompetenz einerseits als wichtiger Erfolgsfaktor und andererseits als Problem bei grenzübergreifendem Zusammenarbeiten gesehen.

Die Lösungsvarianten für diese Herausforderung/Problem sind variabel. Das Beste was zwei Kooperationspartnern passieren kann, ist natürlich, dass einer oder beide Partner die jeweils andere Sprache bereits können. Diese positive Variante wurde öfters im Zusammenhang mit Kärntner Slowenen oder auch inzwischen sehr gut Deutsch/Italienischsprechenden Mitarbeitern erwähnt. Andere Kooperationspartner setzten auf gezielte Sprachkurse, um die Mitarbeiter zu unterstützen und auch die speziellen Fachtermini in den unterschiedlichen Bereichen zu fördern.

Wiederum andere setzten auf Englisch als Globalsprache, was jedoch oft zu Schwierigkeiten speziell seitens der italienischen Partner führte. Trotz des Nachteils des Inhaltsverlustes und der geringen Flexibilität in der Alltagskommunikation erfolgten jedoch viele Verhandlungen mittels Dolmetscher. Viele Interviewpartner

erwähnten die Notwendigkeit einer schnellen Kommunikation bei Problemen, die man jedoch schnell durch persönliche Telefongespräche oder E-Mails lösen kann. Fazit daraus ist, dass eine gewisse Mehrsprachigkeit und eine interkulturelle Kompetenz im Alpen-Adria Raum ein Vorteil und fast Voraussetzung für eine eventuelle Anstellung eines Mitarbeiters seitens vieler Unternehmen ist.⁷

Der Evaluierungsbericht der Programmperiode 1995-1999, eine Bilanz der Europäischen Kommission, zeigt weiters, dass es laut der Evaluierungsunterlagen 2 Hauptprobleme bei grenzüberschreitenden Kooperationen gibt.

Eines dieser Hauptprobleme bezieht sich auf die Kommunikationsschwierigkeiten durch die Sprachunterschiede und die mangelnden Fremdsprachenkenntnisse der Kooperationspartner, welche bereits angesprochen wurden. Das andere Problem gibt Einblick auf die Schwierigkeiten durch verschiedene administrative Systeme und kulturelle Unterschiede.⁸

In diesem Zusammenhang sollen nun auch die Begriffe Kultur, Kooperation und interkultureller Kommunikation erklärt werden, die bei einer grenzüberschreitenden Kooperation stark untereinander verflochten sind.

2.1 Kooperation und Kultur

Den Begriff der Kooperation können wir aus verschiedenen Sichtweisen betrachten. Ziener/Hössl sehen den Begriff „Kooperation“ aus wirtschaftlicher Sicht. Laut ihnen ist das zentrale Merkmal einer Kooperation „(...) eine freiwillige Zusammenarbeit rechtlich selbstständiger Unternehmen, bei der die Unternehmen als gleichberechtigte Partner bestimmte Ziele anstreben.“⁹

Aus pädagogischer Sicht wird Kooperation als Prozess gesehen, „bei dem mindestens zwei Personen, Gruppen oder größere soziale Gebilde in ihrem

⁷ Vgl. Ziener, Karen/Hössl, Petra 2007. *Grenzüberschreitende Wirtschaftskooperationen zwischen Kärnten, Slowenien und Friaul-Julisch Venetien: Reflexionen aus Sicht der Kooperationspartner*. Klagenfurt: Drava Verlag, 191ff

⁸ Vgl. Oberlerchner, Petra 2003. *Interreg IIIA Projekte in Kärnten-Slowenien-Friaul (Italien) im Rahmen der EU Regionalpolitik*. Klagenfurt: Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Dipl.-Arb., 47

⁹ Ziener, Karen/Hössl, Petra 2007. *Grenzüberschreitende Wirtschaftskooperationen zwischen Kärnten, Slowenien und Friaul-Julisch Venetien: Reflexionen aus Sicht der Kooperationspartner*. Klagenfurt: Drava Verlag, 24

aufeinander abgestimmten Handeln einen Beitrag zur Realisierung eines gemeinsamen Ziels leisten.“¹⁰

In der Pädagogik wird Kooperation laut Deutz als „(...) für die Befriedigung vitaler und kulturell erworbener menschlicher Bedürfnisse als notwendig gesehen, was neben dem sozialen Bedürfnis nach positiven zwischenmenschlichen Beziehungen durch die zunehmende Arbeitsteilung und Spezialisierung erklärt wird.“¹¹

Wenn man Kooperation aus soziologischer Sicht betrachtet, muss laut Deutz Organisation beachtet werden, denn „Kooperation schließt einerseits Konflikt und andererseits Antagonismen nicht aus und ist somit nicht gleichbedeutend mit sozialer Integration.“¹²

Deutz unterstreicht, dass Kooperation aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht „(...) nicht nur als Mittel zur Kommunikation (...) sondern auch als Resultat erfolgreichen kommunikativen Handelns“ gesehen werden muss.¹³

Bei grenzüberschreitenden Kooperationen treffen verschiedene Mentalitäten, Sprachen und Kulturen aufeinander. Wenn Kooperation nun als Resultat erfolgreichen kommunikativen Handelns gesehen wird, so steht außer Frage, dass Kommunikation und Kooperation miteinander verbunden sind. Bei einem eng zusammenwachsenden Europa, in dem immer mehr versucht wird, eine gute Zusammenarbeit durch wirtschaftlichen, ökologischen, politischen und kulturellen Austausch aufzubauen, tauchen Begriffe wie interkulturelle Kommunikation auf, die hervorheben, dass Kultur und Kommunikation unbestritten miteinander zusammenhängen.¹⁴

Kultur ist ein Begriff, der in unserer Gesellschaft ständig verwendet wird. Sei es eine kulturelle Veranstaltung wie eine Oper oder Kultiviertheit im Sinne von Benehmen. In

¹⁰ Weber, E./Domke, H./Gehlert, S. 1974. *Kleines sozialwissenschaftliches Wörterbuch für Pädagogen*. Donauwörth: 68

¹¹ Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 28

¹² Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 29

¹³ Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 30

¹⁴ Vgl. Brugger, Kathrin 2010. *Migration, Patiententourismus, Kultur und Gesundheit- Kommunikation als Erfolgsfaktor für effizientes Qualitätsmanagement in Krankenhäusern*. Klagenfurt: Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Dipl.- Arb., 9

unserem Zusammenhang spricht man von Kultur in Sinne von „(...) *Prägung eines Menschen durch seine Zugehörigkeit(...)*“.¹⁵

Deutz verwendet den Kulturbegriff im Rahmen von Zusammenarbeit zwischen Menschen aus unterschiedlichen Kulturen. Er beschreibt Kultur in diesem Zusammenhang: „*Kultur strukturiert ferner ein für die Bevölkerung spezifisches Handlungsfeld, welches von geschaffenen und genutzten Objekten bis hin zu Institutionen, Ideen und Werten reicht. (...) Kultur beeinflusst sowohl das Wahrnehmen, Denken, die Werte der Individuen als auch das Handeln aller Mitglieder innerhalb einer Gesellschaft.*“¹⁶

Die Schule der Cultural Studies sieht Kultur als „*Beschäftigung mit alltagsweltlichen Phänomenen*“. Sie geht davon aus, dass täglich eine Reproduktion und Neuherstellung der Kultur seitens ihrer Repräsentanten erfolgt.¹⁷

Goodenough spricht von Kultur als ein mentales System, eine Art Programmierung der Denkweise eines Individuums und geht von einer Erlernbarkeit von Kulturen seitens Individuen mit anderer kultureller Abstammung aus. Diese Sichtweise wirft Kultur jedoch unter ein Licht eines starren geschlossenen Systems, welches den kulturellen Wandel und die Individualität ausschließt.¹⁸

Wir leben im Zeitalter der Globalisierung, in denen verschiedene Kulturen und Sprachen aufeinander treffen und denen wir offen gegenüberstehen sollten. bzw. in denen wir versuchen sollten, uns in die andere kulturelle Denkweise hineinzuversetzen.

¹⁵ Dreißig, Verena 2005. *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus- Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld: transcript Verlag, 17

¹⁶ Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 73f

¹⁷ Vgl. Dreißig, Verena 2005. *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus- Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld: transcript Verlag, 19

¹⁸ Vgl. Dreißig, Verena 2005. *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus- Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld: transcript Verlag, 17

2.2 Interculturelle Kommunikation

Bei internationalen Kooperationen und interkulturellen Beziehungen ist es wichtig, die Beziehung nicht durch unzureichende interkulturelle kommunikative Fähigkeiten zu gefährden. Abgesehen von der unterschiedlichen Sprache, entstehen oft Missverständnisse zwischen Personen, die aus unterschiedlichen Kulturen stammen. Der amerikanische Ethnologe Edward T. Hall ist der Meinung, dass es zur Entstehung kultureller Missverständnisse kommt, da jede Kultur einen anderen Umgang mit Raum und Zeit bzw. ein unterschiedliches Gruppenverhalten und Sozialbeziehungen hat.¹⁹

Deutz spricht von interkultureller Kommunikation als „(...) *kommunikative Dimension der Beziehung zwischen Angehörigen unterschiedlicher Kulturen*“. Von interkultureller Interaktion und Kommunikation spricht man, wenn verschiedene Kultur- und Kommunikationsformen aufeinander treffen und bei dessen Kulturkontakten unterschiedliche Kommunikations- und Verhaltensregeln erlernt werden müssen. Es kommt also zur Erzeugung interkultureller Systeme, die man in den einzelnen Ausgangssituationen nicht erklären kann, und die sich nach dem gemeinsamen Handeln wieder auflösen.²⁰

Es ist schwierig zu sagen wie eine Kommunikation zwischen zwei unterschiedlichen Kulturen abläuft, denn das hängt davon ab, welche Kulturen aufeinander stoßen. Die Kommunikation zwischen einem Italiener und einem Japaner ist nicht vergleichbar mit der Kommunikation zweier Italiener, da jede Kultur auch einen anderen Umgang untereinander, wie zum Beispiel mit Körperkontakt, hat. Auch die Religionsangehörigkeit oder die Hautfarbe kann zu kulturellen Schwierigkeiten führen. Um Konflikte in der interkulturellen Kommunikation zu vermeiden, muss zuerst verstanden werden wie die Sprache der Gesprächspartner kulturell geprägt und geregelt wird.

Wenn wir mit einer anderen Kultur zu tun haben, dann können wir nicht einfach auf die selbst erlernten Werte, Normen und Rituale zurückgreifen, sondern müssen versuchen, die andere Kultur zu verstehen. Es ist daher unabdingbar, sich damit

¹⁹ Vgl. Dreißig, Verena 2005. *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus- Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld: transcript Verlag, 21

²⁰ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 71

auseinander zu setzen, welche Kulturunterschiede vorliegen und welche Dimensionen bei interkultureller Kommunikation wirken, um Missverständnissen und Konflikten entgegen zu wirken.²¹

²¹ Vgl. Brugger, Kathrin 2010. *Migration, Patiententourismus, Kultur und Gesundheit- Kommunikation als Erfolgsfaktor für effizientes Qualitätsmanagement in Krankenhäusern*. Klagenfurt: Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Dipl.- Arb., 16f

3 Die EU-Ebene

3.1 Mehrsprachigkeit in der Europäischen Union

Ich werde in den nachfolgenden Kapiteln auf die EU-Projekte INTERREG genauer eingehen, finde es aber wichtig, vorerst einmal abzuklären, welchen Stellenwert das Thema Mehrsprachigkeit auf EU-Ebene einnimmt. Seit dem Aktionsplan der Kommission zur Förderung des Sprachenlernens und Sprachenvielfalt (2004–2006) steht Mehrsprachigkeit als offizielles Ziel der EU-Kommission fest.²²

In der Mitteilung „Eine neue Rahmenstrategie für Mehrsprachigkeit“ der Kommission im November 2005 werden die neuen Vorstellungen zum Thema Mehrsprachigkeit vorgestellt.

Die EU-Kommission versteht unter Mehrsprachigkeit: „*(...)sowohl die Fähigkeit einer Person, mehrere Sprachen zu benutzen, als auch die Koexistenz verschiedener Sprachgemeinschaften in einem geografischen Raum. Hier bezeichnet der Begriff die neue politische Strategie der Kommission zur Förderung eines für alle Sprachen günstigen Klimas, in dem sich das Lehren und Lernen zahlreicher Sprachen positiv entwickeln kann.*“²³

Die Ziele der Mehrsprachigkeit auf EU-Ebene verstehen sich unter gezielter Förderung des Sprachenlernens und der Sprachenvielfalt in der europäischen Gesellschaft, Unterstützung einer multilingualen Wirtschaft und die Gewährleistung eines Zugangs zu Rechtsprechung, Verfahren und Informationen der EU für alle Bürger/Innen in einer von ihnen gewählten Sprache.

²² vgl. Demeter, Michael Ikonomu 2008. *Mehrsprachigkeit und ihre Rahmenbedingungen: Fremdsprachenkompetenz in den EU-Ländern*. Bern/Wien, Lang 10f

²³ Kommission der europäischen Gemeinschaften 2005. „*Eine neue Rahmenstrategie für Mehrsprachigkeit*“, 3 unter

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0596:FIN:DE:PDF> (7.3.11)

3.1.1 Forderung der multilingualen Gesellschaft

Wir leben in einer sprachlich bewegten Zeit, in der Mehrsprachlichkeit ein wichtiges Thema in der EU-Politik ist. In der Rahmenstrategie für Mehrsprachigkeit geht hervor, dass es im Rahmen der individuellen und gesellschaftlichen Mehrsprachigkeit wichtig ist, seine Sprachkenntnisse zu erweitern, um eine effiziente Kommunikation und Kulturaustausch zu garantieren.

In diesem Zusammenhang des Sprachenlernens fordert die EU-Kommission die Formel *1 plus 2*, die von allen EU-Bürgern zusätzlich zu ihrer Muttersprache, den Erwerb von mindestens zwei Fremdsprachen wünscht. Für die Umsetzung dieses Ziels gibt es seit 2003 zusätzlich zu den bereits bekannten Projekten wie LINGUA im Jahr 1990, SOKRATES und LEONARDO DA VINCI weitere 45 Projekte, deren Finanzierung die Kommission jährlich mehr als 30 Millionen Euro kostet. Unter diesen investiert die Kommission zum Beispiel in Stipendien für Sprachassistenz im Ausland, Städtepartnerschaftsprojekte oder in Schüler-Austausch Programmen.

Ein weiteres wichtiges Projekt ist das Projekt KULTUR aus dem Jahre 1997. Bei diesem handelt es sich um die Übersetzung von geschätzt 2000 Büchern in und aus europäischen Sprachen.

Um die Verbesserung der Fremdsprachenkenntnisse zu garantieren, schlägt die EU-Kommission vor, die Bildungssysteme und Bildungspraxis in der EU aktiv werden zu lassen und empfiehlt folgende Aktionen.

Experten schlagen kohärente nationale Strategien vor, um die Mehrsprachigkeit jedes Individuums, aber auch die der Gesellschaft zu gewährleisten. Darunter werden klare Ziele für den Fremdsprachenunterricht gefordert, es wird um Pflege des Bewusstseins für Sprachenvielfalt gebeten, man soll die Regional- und Minderheitensprachen in den Unterricht miteinbeziehen und Migranten die Möglichkeit anbieten, die Sprache ihres Gastlandes kennen zu lernen und möglichst gut zu erlernen.

Des Weiteren fordern Experten der EU-Kommission Lehrkräfte besser aus und weiter zu bilden. Dabei bezieht sich die EU-Kommission auf so genannte Kernkompetenzen und Grundwerte für alle Fremdsprachenlehrkräfte in Europa, die auf die Fremdsprachenkompetenz der Schüler eingehen sollen.

Ein weiterer Vorschlag ist die frühzeitige Erlernung einer Fremdsprache, die jedoch nur sinnvoll sein kann, wenn es auch zu einer entsprechenden Ausbildung der Fachkräfte kommt. Diese entsprechende Ausbildung bezieht sich speziell auf kleine Kinder, um diese durch eine angemessene Didaktik und materiellen Voraussetzungen wie Klassenraum und Unterrichtsmaterial zum Fremdsprachenerwerb zu motivieren und ihnen diesen somit zu erleichtern.

Weiters wird empfohlen, die Entwicklungen der Fremdsprache als Arbeitssprache zu unterstützen, um Schülern die Authentizität der Fremdsprache mittels des Unterrichts eines Sachfaches in der Fremdsprache näher zu bringen. Auch Hochschulen sollten ihre Studierenden und ihre Mitarbeiter zur Mehrsprachigkeit anregen. Außerdem ist es Ziel der EU-Kommission die bereits bestehenden Lehrstühle und Forschung für Mehrsprachigkeit und Interkulturalismus weiter auszubauen und mit der Arbeit am Europäischen Indikator für Sprachen-Kompetenz fortzufahren.²⁴

Zusätzlich zum Sprachenerwerb fordert die EU-Kommission der Forschung und Entwicklung der Mehrsprachigkeit im Rahmen von Forschungsprogrammen nachzugehen. Sie investiert jährlich 20 Millionen Euro in Forschungsprojekte mit dem Ziel, den natürlichen Sprachbarrieren mittels Informations- und Kommunikationstechnologien entgegen zu wirken.

Bei diesen Forschungsprojekten handelt es sich um Technologien wie Produktivitätstools für Übersetzer/Innen, interaktive halbautomatische Übersetzungssysteme, vollautomatische Systeme für Übersetzungen niedriger bis mittlerer Qualität; und automatische Spracherkennungssysteme für Übersetzungen.²⁵

²⁴ Vgl. Kommission der europäischen Gemeinschaften 2005. „Eine neue Rahmenstrategie für Mehrsprachigkeit“, 3ff unter <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0596:FIN:DE:PDF>

²⁵ Vgl. Kommission der europäischen Gemeinschaften 2005. „Eine neue Rahmenstrategie für Mehrsprachigkeit“, 7 unter <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0596:FIN:DE:PDF>

3.1.2 Forderung der multilingualen Wirtschaft

Die EU-Kommission sieht es als unabdingbar, Sprachkenntnisse im Bereich der Wirtschaft zu fördern, da interkulturelle Kommunikationskompetenzen bedeutend für globales Marketing und Verkaufstrategien sind. Europäische Unternehmen brauchen Kompetenzen sowohl in den Sprachen der Europäischen Union als auch in den Sprachen der Handelspartner weltweit, um den Handel mit Unternehmen in den anderen Mitgliedstaaten leichter möglich zu machen und den Wirtschaftsmotor anzukurbeln.

Laut einer Studie im Bericht über eine neue Rahmenstrategie für Mehrsprachigkeit, liegen Ergebnisse vor, die von einem Verlust der Geschäftschancen der europäischen Unternehmen sprechen, da es an Sprachkompetenz der Sprachen ihrer Kunden mangelt.

Sprachkompetenz bzw. Mehrsprachigkeit ist auch ein Thema am Arbeitsmarkt. Der Binnenmarkt benötigt mobile Arbeitskräfte und somit erhöhen Fremdsprachenkompetenzen die Möglichkeiten eventueller Karrierechancen im Bereich des Arbeitsmarktes auch in einem anderen Mitgliedsstaat zu nutzen.

Auch im Bereich der Information ist Mehrsprachigkeit von großer Bedeutung. An neuen Informationstechnologien wie Internet- Fernsehen, Online-Musik oder Videotelefonieren am Handy können wir die Wichtigkeit erkennen, auf alle Informationen in großer Sprachvielfalt zuzugreifen.

Die EU-Kommission versucht Sprachvielfalt auch über das Projekt *i2010* zu fördern, mit dessen Hilfe sie einen europäischen Informationsraum mit vielfachen Inhalten und digitalen Diensten schaffen möchte. Um eine multilinguale Informationsgesellschaft zu ermöglichen, müssen standardisierte und interoperable Sprachenressourcen wie Wörterbücher, Terminologie, Text-Korpora und Anwendungsmöglichkeiten für alle Sprachen geschaffen werden. Um dieses zu ermöglichen, hat die EU-Kommission ein Technologieforum zur Mehrsprachigkeit ins Leben gerufen, welches aus Experten aus dem Bereich der Industrie, Wissenschaft und Politik besteht.

Des Weiteren wünscht sich die EU-Kommission die Organisation für so genannte Sprachindustrien weiter auszubauen. Bei diesen handelt es sich um Übersetzung, redaktionelle Bearbeitung, Korrekturlesen, Schreiben von Zusammenfassungen, Dolmetschen, Terminologien, Sprachtechnologien, Sprachtraining, Sprachunterricht, Sprachzertifizierung und –Prüfung sowie Sprachforschung. Die Möglichkeit mit Sprachen Karriere zu machen, hat durch Sektoren wie Verkauf, Logistik, Untertitelung, Öffentlichkeitsarbeit, Marketing, Kommunikation, Film, Werbung, Journalismus, Bankenwesen, Tourismus und Verlagswesen stark zugenommen, da in diesen Bereichen die Fremdsprachenkompetenz zur Voraussetzung geworden und unabdingbar ist.

Bei Übersetzungs- und Dolmetschdienstleistungen sind klarerweise solide Sprachkenntnisse gefragt. Auch wenn es im Bereich der Übersetzungstechnologien immer mehr Fortschritte gibt, kann ein mechanischer Prozess allein die intellektuelle Qualität eines Übersetzers nicht übernehmen. Die mehrsprachigen Dienstleistungen der Internetportale sind in ständiger Entwicklung und unterstreichen daher die Wichtigkeit des Berufes des Übersetzers.

Das gleiche gilt natürlich auch Dolmetschdienstleistungen. Einrichtungen wie die EU und die UN bieten Arbeitsplätze für viele freiberufliche Konferenzdolmetscher und der Bedarf an diesen steigt auch dank des mehrsprachigen Einsatzes seitens der Institutionen wie Gericht, Polizei, Krankenhaus oder Einwanderungsbehörde. Für alle möglichen Interventionen mit Immigranten sind kompetente Dolmetscher gefragt. Bezuglich des Krankenhauses gibt es in bestimmten Grenzregionen der EU andere Methoden und Projekte, auf die ich im Kapitel 5 näher eingehen möchte.

Zu den Wachstumsbranchen zählen auch der Sektor des Überprüfens und Zertifizierens von Sprachenkenntnissen. Es existieren mittlerweile so viele verschiedene Organisationen, dass die Kunden die so genannte Qual der Wahl haben. Um diesem Chaos vorzubeugen, baut die EU auf transparente Veröffentlichung der bestehenden Organisationen und Systeme im Internet.²⁶

²⁶ Vgl. Kommission der europäischen Gemeinschaften 2005. „Eine neue Rahmenstrategie für Mehrsprachigkeit“, 9ff unter <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0596:FIN:DE:PDF> (7.3.11)

3.2 Regionalpolitik in der EU

Die Europäische Union setzt sich aus 27 Mitgliedsstaaten zusammen und gehört dank eines Binnenmarktes, bestehend aus 493 Millionen Bürgern, zu den reichsten Wirtschaftszonen der Welt. Es bestehen allerdings erhebliche Unterschiede im wirtschaftlichen und sozialen Bereich zwischen den einzelnen Mitgliedsstaaten und dementsprechend noch größere in den 271 bestehenden Regionen.

Die europäische Regionalpolitik versucht wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalt innerhalb der Europäischen Union umzusetzen, und die Wettbewerbsfähigkeit innerhalb dieser auszugleichen.²⁷

3.3 Ziele der Regionalpolitik

Die Regionalpolitik der EU verfolgt stets Ziele, die durch Mittel der Strukturfonds und Kohäsionsfonds umgesetzt werden sollen.

3.3.1 Programmperiode 2000-2006

Ausgehend vom Erfolg der Programmperiode 2000-2006 mit dem Projekt „Agenda 2000“, zu der auch das INTERREG III Programm im Zusammenhang mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung gehört, möchte ich kurz die damaligen Ziele erwähnen. Dank dieser Erfahrungen konnten folgende Ziele für die aktuelle Programmperiode entwickelt werden.

- 1) Entwicklungsförderung der Regionen mit Entwicklungsrückstand und deren strukturelle Anpassung.
- 2) Förderung der wirtschaftlichen und sozialen Umstellung der Gebiete mit Strukturproblemen.
- 3) Stärkung und Förderung der Anpassung und Modernisierung der Bildungs-, Ausbildungs- und Beschäftigungspolitiken und -systeme in den Regionen, die aus dem Rahmen des Ziels1 fallen.²⁸

²⁷ Vgl. unter http://ec.europa.eu/regional_policy/policy/why/index_de.htm (08.03.11)

²⁸Vgl. unter
http://europa.eu/legislation_summaries/regional_policy/provisions_and_instruments/g24207_de.htm
(13.03.11)

3.3.2. Programmperiode 2007-2013:

1. Konvergenz

Ziel der EU Regionalpolitik ist es, die weniger entwickelten Mitgliedsstaaten und Regionen an den EU-Durschnitt anzupassen. Dies soll durch Förderung der wachstumssteigernden Bedingungen und Faktoren in diesen weniger entwickelten Mitgliedsstaaten bzw. Regionen erfolgen.

Dieses Ziel bezieht sich auf 84 Regionen in 18 von 27 Mitgliedsstaaten, in denen 154 Millionen Menschen leben, deren BIP pro Kopf weniger als 75% des Gemeinschaftsdurschnitts ausmacht. Darüber hinaus gibt es noch die „Übergangsbasis“, welche sich auf 16 weitere Regionen mit einer Bevölkerungsanzahl von 16,4 Millionen bezieht, deren BIP nur geringfügig über diesem Grenzwert liegt. Der zur Verfügung stehende Betrag von 282,8 Mrd. Euro gedacht zur Erfüllung des Konvergenzziels, stellt 81,5% des Gesamtbetrages dar.

2. Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung

In den Regionen, die vom Konvergenzziel nicht betroffen sind, arbeitet man mit den Zielen der „Regionalen Wettbewerbsfähigkeit“ und „Beschäftigung“. Die Verbesserung der regionalen Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung soll durch Entwicklungsprogramme für Regionen erfolgen. Diese Entwicklungsprogramme sollen den Regionen einerseits bei der Erkennung und Förderung wirtschaftlicher Innovationen helfen und mittels der Förderung der Wissensgesellschaft, der Unternehmerinitiative und des Umweltschutzes diese unterstützen; andererseits die Schaffung besserer Arbeitsplätze möglich machen. Dies soll durch Anpassung des Personals und mittels Investitionen in Humanressourcen erfolgen.

Dieses Förderungsbedürfnis bezieht sich auf 168 Regionen in 27 Mitglieds-Staaten. Darunter gibt es die „Phasing-in-Regionen“, 13 der 168 bereits genannten Regionen, welche sich dank ihres früheren Status als Ziel-1-Regionen einer besonderen finanziellen Förderung erfreuen dürfen. Der zur

Verfügung stehende Betrag beträgt 55 Mrd. Euro und dieses Ziel bezieht sich auf 19 von 27 Mitgliedsstaaten. Auch die früheren Programme „Urban II“ und „Equal“ werden berücksichtigt und wurden zu beiden der bereits genannten Ziele gezählt.

3. Europäische territoriale Zusammenarbeit

Dieses Ziel hat die Erfahrungen der früheren Gemeinschaftsinitiative INTERREG als Ausgangsbasis und macht sich zur Aufgabe, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit durch gemeinsame lokale und regionale Projekte zu stärken, die transnationale Zusammenarbeit durch integrierte territoriale Entwicklung zu fördern und die interregionale Zusammenarbeit und den gemeinsamen Erfahrungsaustausch zu unterstützen. 181,7 Millionen Menschen leben in den grenzübergreifenden Regionen und sollen durch die 8,7 Mrd. Euro, vorgesehen für diese Projekte, gefördert werden.²⁹

²⁹ Vgl. unter http://ec.europa.eu/regional_policy/policy/object/index_de.htm (13.03.11)

3.4 Mittel zur Umsetzung der Regionalpolitik

Um die drei neuen Ziele der Regionalpolitik umzusetzen, greift die EU auf folgende Strukturfonds und Kohäsionsfond zurück. Der grundlegende Unterschied besteht darin, dass Strukturfonds nur regionale Entwicklungsprogramme finanziell unterstützen, die auch gemeinsam von den Regionen, Mitgliedsstaaten und der EU-Kommission bestimmt wurden. Der Kohäsionsfond unterstützt hingegen Einzelvorhaben und Projekte im Bereich der transeuropäischen Transportnetzwerke und Umweltprojekte, die auch tatsächlich und nachweislich der Verbesserung dieser dienen.³⁰ Die folgende Abbildung soll auf den Beitrag der finanziellen Mittel zur Erfüllung der von 2007-2013 gesetzten Ziele hinweisen.

Ziele, Strukturfonds und -instrumente
2007-2013

Ziele	Strukturfonds und -instrumente		
Konvergenz	EFRE	ESF	Kohäsionsfonds
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung	EFRE	ESF	
Europäische Territoriale Zusammenarbeit	EFRE		

Abb.) 2

³⁰ Oberlerchner, Petra 2003. *Interreg IIIA Projekte in Kärnten-Slowenien-Friuli (Italien) im Rahmen der EU Regionalpolitik*. Klagenfurt: Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Dipl.- Arb., 40f

3.4.1 EFRE Europäische Fonds für regionale Entwicklung

Das Ziel des EFRE ist es, die wirtschaftliche und soziale Kohäsion in der Europäischen Union zu fördern und diese durch den Abbau von Ungleichheiten zwischen den einzelnen Regionen zu stärken. Der EFRE ist zuständig für die Finanzierung von Infrastrukturen, besonders dieser, die sich auf Forschung, Innovation, Telekommunikation, Umwelt, Energie und Transport beziehen. Sie unterstützt kleinere und mittlere Unternehmen bei Investitionen, um dauerhafte Beschäftigungen zu schaffen. Sie finanziert sowohl regionale und lokale Entwicklung, als auch die Zusammenarbeit zwischen Städten und Regionen und auch technische Hilfsmaßnahmen. Die EFRE wird bei allen drei Zielen der Regionalpolitik der EU im Rahmen der Programmperiode 2007-2013 tätig.³¹

3.4.2 ESF Europäische Sozialfonds

Der ESF unterstützt die Verbesserung der Beschäftigungssituation in der EU. Er finanziert Projekte im Bereich der Anpassungsmaßnahmen von Arbeitnehmern und Unternehmern wie zum Beispiel Systeme des lebenslangen Lernen und innovativer Arbeitsorganisation. Er fördert den leichteren Einstieg in den Arbeitsmarkt von Arbeitssuchenden, Frauen, Zuwanderern und will der Diskriminierung am Arbeitsmarkt entgegenwirken. Des Weiteren unterstützt er durch Reformen von Bildungssystemen und Vernetzung von Bildungseinrichtungen. Er trägt zur Erfüllung der Ziele Regionaler Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung und Konvergenz bei.³²

3.4.3 Der Kohäsionsfonds

Der Kohäsionsfonds stärkt Mitgliedstaaten, deren Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner unter 90% des EU-Durchschnitts ausmacht und unterstützt diese, ihren wirtschaftlichen und sozialen Rückstand zu verringern und ihre Wirtschaft zu stabilisieren. Er fördert Projekte zur Verbesserung der Umwelt und zur Erweiterung

³¹ Vgl. Unter http://ec.europa.eu/regional_policy/funds/feder/index_de.htm (13.03.11)

³² Vgl. Unter http://ec.europa.eu/regional_policy/funds/fse/index_de.htm (13.03.11)

des transeuropäischen Netzwerkes. In der aktuellen Programmperiode trägt er zur Erfüllung des Konvergenzziels bei.³³

3.5 Das INTERREG Programm

Das INTERREG Projekt ist eine Gemeinschaftsinitiative des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung und fördert seit Anfang der 90er Jahre, nach der Einführung 1990 durch die europäische Kommission, die grenzüberschreitende, transnationale und interregionale Zusammenarbeit der europäischen Mitgliedsstaaten.

Das Programm unterstützt grenzübergreifende Initiativen der Zusammenarbeit im Bereich der Infrastruktur, Zusammenarbeit öffentlicher Versorgung, Kooperationen im Rahmen der Bildung, Kultur und des Umweltschutzes. Laut Ziener/Hössl war und ist das Ziel des Interregprojektes „(...) nationalen Grenzen kein Hindernis für die Entwicklung und Integration des europäischen Raums darstellen. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit soll zu einer ausgewogenen Entwicklung des Gemeinschaftsraumes beitragen und somit den wirtschaftlichen, sozialen und territorialen Zusammenhalt in der Europäischen Union stärken.“³⁴

Mittlerweile befinden wir uns in der vierten Phase des Interregprogramms mit den in Kapitel 3.3. bereits erwähnten Zielen.

Bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung mittels des INTERREG Programms möchte ich mich vorerst mit dem INTERREG III (2000-2006) Projekt befassen. Dieses gliederte sich in drei voneinander unabhängige Stränge und wurde mit 4,875 Milliarden Euro (zu Preisen von 1999) durch den EFRE finanziert.

³³Vgl. Unter http://ec.europa.eu/regional_policy/funds/cf/index_de.htm (13.03.11)

³⁴ Ziener, Karen/Hössl, Petra 2007. *Grenzüberschreitende Wirtschaftskooperationen zwischen Kärnten, Slowenien und Friaul- Julisch Venetien: Reflexionen aus Sicht der Kooperationspartner.* Klagenfurt: Drava Verlag, 33

INTERREG III A

Die Ausrichtung A bezieht sich auf die grenzübergreifende Zusammenarbeit.

„Die grenzübergreifende Zusammenarbeit benachbarter Gebiete soll anhand der Umsetzung gemeinsamer Entwicklungsstrategien das Entstehen grenzübergreifender wirtschaftlicher und sozialer "Pole" fördern.“³⁵

Zu den förderfähigen Gebieten zählen die Gebiete entlang der Binnen- und Außengrenzen der Europäischen Union, als auch gewisse Küstengebiete. Es gibt 64 INTERREG III A Programme in ganz Europa. Die finanziellen Mittel betrugen 3,2 Mrd. Euro und damit war der Strang A, der Strang mit dem am meisten zur Verfügung stehenden Gesamtbudget. Wirtschaftsunternehmen, die grenzüberschreitend gearbeitet haben, konnten auf diese Förderinitiative zurückgreifen.

INTERREG III B

Die Ausrichtung B bezieht sich auf die transnationale Zusammenarbeit.

„Die transnationale Zusammenarbeit zwischen nationalen, regionalen und lokalen Behörden dient der Förderung eines hohen Maßes an räumlicher Integration innerhalb der Union anhand großräumiger Zusammenschlüsse europäischer Regionen.“³⁶

Die Ausrichtung B bezieht sich also nicht ausschließlich auf Grenzregionen sondern will große Gebiete, wie den Alpenraum oder den Ostseeraum finanziell abdecken. Es gibt 13 Kooperationsräume in ganz Europa und das Gesamtbudget dieses Stranges lag bei 1,3 Mrd. Euro.

³⁵ Vgl. unter http://ec.europa.eu/regional_policy/interreg3/abc/abc_de.htm (13.03.11)

³⁶ http://ec.europa.eu/regional_policy/interreg3/abc/abc_de.htm (13.03.11)

INTERREG III C

Dieser Strang bezieht sich auf die interregionale Zusammenarbeit in Europa und Drittstaaten. Aus diesem Grund gibt es keine räumliche Einschränkung.

„Die interregionale Zusammenarbeit zielt darauf ab, die Politiken und Instrumente für Regionalentwicklung durch einen umfangreichen Informations- und Erfahrungsaustausch (Vernetzung) effizienter zu gestalten.“³⁷

INTERREG III C bezieht sich besonders auf Regionen im Umstrukturierungsprozess und auf Gebiete, die in der Entwicklung rückständig sind und wurde durch 293 Millionen Euro finanziert.³⁸

³⁷ http://ec.europa.eu/regional_policy/interreg3/abc/abc_de.htm (13.03.11)

³⁸ Vgl. Ziener, Karen/Hössl, Petra 2007. *Grenzüberschreitende Wirtschaftskooperationen zwischen Kärnten, Slowenien und Friaul-Julisch-Venetien: Reflexionen aus Sicht der Kooperationspartner*. Klagenfurt: Drava Verlag, 33ff

4 Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung:

Wir leben in einem zusammenwachsenden Europa und da lässt sich eine verstärkte Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten in verschiedenen Bereichen als Notwendigkeit auf den ersten Platz stellen.

Gerade im Gesundheitsbereich sind die Weiterentwicklungen und technologischen Fortschritte, die durch Erfahrungs- und Wissensaustausch unter den Gesundheitsexperten entstehen, von großer Wichtigkeit und es macht eine bessere grenzüberschreitende Zusammenarbeit zur Notwendigkeit.

Vor allem in Grenzgebieten wie Friaul-Julisch Venetien, Slowenien und Kärnten, die historisch, sprachlich aber auch touristisch eng miteinander verbunden sind, stellt sich die Problematik, wie man in Sachen Gesundheitsversorgung vorgeht.

Tag täglich überschreiten die Bewohner dieser Regionen die Grenzen und hier ist eine Zusammenarbeit der beteiligten Grenzregionen zur Sicherstellung einer effizienten Patientenversorgung unabdingbar.

4.1 Gründe von grenzüberschreitenden Kooperationen im Gesundheitswesen

Im Bereich des Gesundheitswesens geben Notfälle oder auch Zugangsschwierigkeiten zu medizinischen Leistungen in Grenznähe Anlass zu grenzüberschreitenden Kooperationen. Jedoch auch lange Wartelisten der Patienten, die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Nutzung von medizinischem Personal und Infrastruktur, Verbesserung der Behandlungsqualität, koordinierte Patientenversorgung etc., sind Gründe warum eine Zusammenarbeit im Gesundheitswesen sinnvoll ist.

Diese Gründe sind der Anlass für diverse Kooperationsmöglichkeiten bei der Patientenversorgung und Prävention. Die wichtigsten Kooperationsfelder sind die folgenden:

- Gemeinsame grenzüberschreitende Logistik
- Gemeinsame Finanzverwaltung

- Zusammenarbeit in Labor, Blutbank, Röntgendiagnostik
- Zusammenarbeit in der Pharmazie
- Training von zweisprachigem hochqualifiziertem Personal
- Zusammenarbeit im Bereich der Telemedizin, EU-Gesundheitskarte
- Zusammenarbeit im Bereich der Entwicklung und Durchführung von Präventionsprogrammen
- Gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Netzwerkbildung
- Unterstützung sozialschwächerer Kinder
- Gemeinsame Gesundheitsförderung durch gesunde Ernährung und Bewegung³⁹

Einige dieser genannten Bereiche wurden im INTERREG IIIA Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ aufgegriffen und erarbeitet. Darauf möchte ich in den kommenden Seiten genauer eingehen.

³⁹ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 59f

4.2 Rahmenbedingungen der grenzüberschreitenden

Gesundheitsversorgung in der EU

Ein Leben in der Europäischen Union hat viele Vorteile für die EU-Bürger. Natürlich hat die Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte eine Erleichterung für die Bürger der 27 EU- Mitgliedsstaaten mit sich gebracht und den Zugang zur Gesundheitsversorgung während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland wesentlich vereinfacht.

Der Besitz dieser Krankenversicherungskarte stellt allen EU Bürgern den gleichen Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung zur Verfügung, sei es im Falle von unvorhergesehener Erkrankung oder auch im Zusammenhang eines Unfalls.

Ein klarer Vorteil ist die Kostenrückerstattung der Behandlung im Ausland, die entweder sofort oder nach der Rückkehr im jeweiligen Heimatland getätigten werden kann.

Sollte es sich jedoch um Erkrankungen oder Verletzungen, die bereits vor der Abreise vorhanden waren, handeln, dann muss beachtet werden, dass keine Behandlungskosten rückerstattet werden. Des Weiteren werden auch keine Kosten von Gesundheitsdienstleistungen des privaten Sektors finanziell durch die EU Krankenversicherungskarte abgedeckt.

Will ein Patient eine medizinische Versorgung im EU Ausland bereits im Vorhinein planen, wird die Situation etwas komplexer:

Eine Kostenübernahme der Behandlung wird nur dann genehmigt, wenn die medizinische Versorgung gemäß den für die betroffene Krankenkasse geltenden nationalen Rechtsvorschriften im Leistungskatalog enthalten ist und im Vorhinein bestätigt wird; eine solche wird dann zu den jeweiligen Bedingungen des Landes durchgeführt, in dem die Behandlung in Anspruch genommen wird, das heißt im Aufenthaltsland des Patienten. Im Falle, dass die Krankenkasse eine höhere Kostenrückerstattung vorsieht, wird die Differenz der Kosten gutgeschrieben.

Der Anspruch auf die Kostenrückerstattung kann auch nach der Rückkehr ins Heimatland geltend gemacht werden, die Garantie auf Zustimmung bleibt jedoch fraglich.

Bei der folgenden Abbildung handelt es sich um eine Übersichtstabelle, die die Möglichkeiten der Kostenübernahme für Krankenbehandlungen im Ausland noch virtuell zusammenfassen sollen.⁴⁰

⁴⁰ Vgl. Mitteilung der Kommission: *Ein Gemeinschaftsrahmen für die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung* unter http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008415_de.pdf (20.3.11)

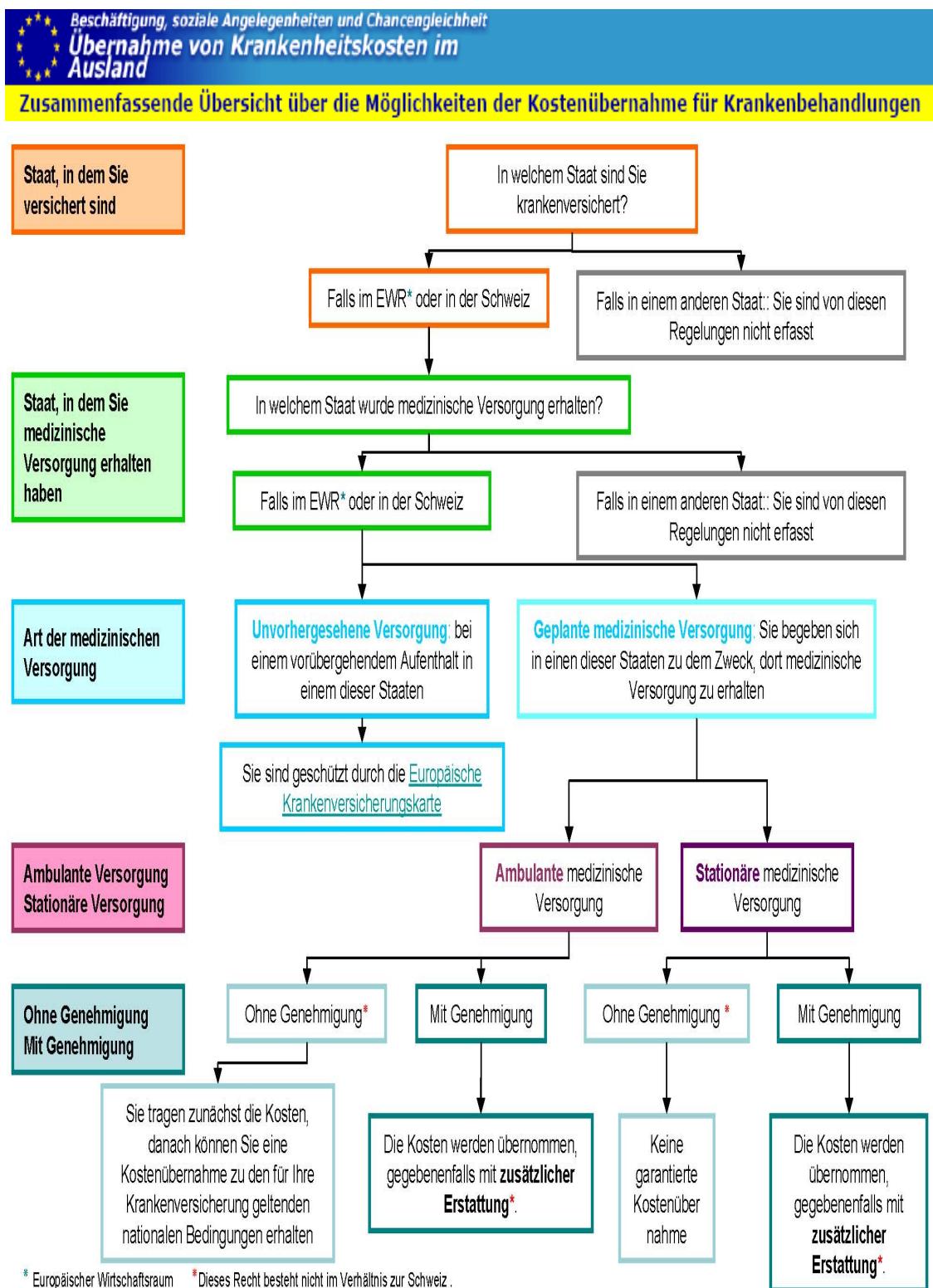


Abb.) 3

4.3 Richtlinie 2008

Im Jahr 2008 wurde eine Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung entworfen, die mehr Klarheit über die Rechtssicherheit der Patienten schaffen soll. Diese Richtlinie hat die Aufgabe, die geplante Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland einschließlich ihrer Beschränkungen, die von den einzelnen Mitgliedsstaaten für eine solche Versorgung festgelegt werden können, zu regeln.

Ziel ist es, jedem Versicherten, der in seinem Heimatmitgliedstaat Anspruch auf eine ambulante Versorgung hat, wie zum Beispiel zahnärztliche, augenärztliche oder allgemein medizinische Behandlung oder Beratung, eine solche künftig auch in einem anderen EU-Mitgliedsstaat ohne vorherige Genehmigung zu gewährleisten. Was die Kosten für eine solche Behandlung im Ausland betrifft, sollen diese bis zur Höhe der Kosten für eine vergleichbare Behandlung im Heimatland rückerstattet werden.

Die stationäre Versorgung stellt einen Ausnahmefall dar und den Mitgliedsstaaten steht es frei, unter bestimmten Umständen ein System der vorherigen Genehmigung für die Kostenübernahme einzuführen.

Es handelt sich hierbei beispielsweise um Krankenhausbehandlungen mit einem stationären Aufenthalt von mindestens einer Nacht, oder Behandlungen ohne Übernachtung, die unter Einsatz „hoch spezialisierter und kostenintensiver“ Infrastruktur erfolgen.

Abgelehnt werden dürfen Anträge zur Vorabgenehmigung nur, wenn sich eine Abwanderung von Patienten, aufgrund dieser Richtlinie so auswirkt, dass das finanzielle Gleichgewicht des Sozialversicherungssystems durcheinander kommt, die Planung und Rationalisierung im Krankenhaussektor beeinträchtigt wird oder die Aufrechterhaltung einer ausgewogenen ärztlichen Versorgung gefährdet werden.

Im Falle einer Verweigerung müssen die Betroffenen das Recht haben, Einspruch erheben zu können, und eine Ablehnung muss dementsprechend gerichtlich anfechtbar sein.

Ein weiteres Ziel dieser Richtlinie ist es, den Bürgern klar verständlich zu machen, ob und wann die Kosten für eine Versorgung in einem anderen Mitgliedsstaat rückerstattet werden und wann nicht. Des Weiteren muss geklärt sein, auf welcher Grundlage dies passiert. Außerdem wird es klare Verfahren für Entscheidungen oder Berufungen geben.

In der Richtlinie werden auch die Sicherstellung von Qualität und Sicherheit der Grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung als Ziel genannt.

Europa hat den Ruf einer Gesundheitsversorgung mit hohen Sicherheits- und Qualitätsstandards, und genießt daher das Vertrauen seiner Bürger im jeweilig lebenden Mitgliedsstaat. Möchte ein EU-Bürger die grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, muss gewährleistet sein, dass klare Informationen über Preise und Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen vorhanden sind und den Bürgern zur Verfügung stehen.

Die Richtlinie sieht vor, dass das Aufenthaltsland des Patienten, die Verantwortung für die Sicherheit und die Qualität der Behandlung übernimmt und bei eventuellen Schäden durch die Gesundheitsversorgung ist es Pflicht, die Patienten über die zur Verfügung stehenden Rechtsmittel und Ersatzansprüche zu informieren.

Die Mitgliedstaaten müssen Kontaktstellen einrichten, mit denen die Patienten in Kontakt treten können und diese informieren, wie man als Patient Gesundheitsdienstleistungen im Ausland in Anspruch nehmen kann und welche Leistungs- und Haftungsansprüche man hat. Wichtig ist auch, dass jede Art von Diskriminierung ausgeschlossen wird und jedem Patienten die gleiche medizinische Versorgung garantiert wird.

„Ziel der Richtlinie ist es zu verhindern, dass Menschen in der Europäischen Union aufgrund der Rasse oder der ethnischen Herkunft diskriminiert werden; sie gilt für alle Menschen auch in Bezug auf den Sozialschutz (...)“⁴¹

Ein klares Ziel dieser Richtlinie ist es sowohl die Förderung einer zukünftigen europäischen Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung zu unterstützen als auch die Entwicklung europäischer Referenznetze in der gesamten EU mit der Folge

⁴¹ Vorschlag für eine Richtlinie des europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung unter http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414_de.pdf , 7 (20.03.11)

eines einfacheren Zugangs für Patienten zu hoch spezialisierten Leistungen und einer effizienteren Nutzung von Ressourcen zu fördern.

Diese Netze könnten sich zu einer wichtigen Ressource für die medizinische Forschung, Fortbildung und Informationsverbreitung entwickeln und somit auch eine gemeinsame Bewertung von Gesundheitstechnologien wie Telemedizin vorantreiben.

Als letzten Punkt führt diese Richtlinie Notwendigkeit einer Förderung des Bereiches der Informations- und Kommunikationstechnologien an, mit der Absicht sowohl zu einer stetigen Innovation in Medizinwissenschaft und Medizintechnik als auch zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung beizutragen.⁴²

⁴² Vgl. Vorschlag für eine Richtlinie des europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung unter http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414_de.pdf (20.03.11)

4.4 Unterschiede im Gesundheitswesen in der Alpen-Adria Region

Bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung müssen neben der Richtlinien der EU auch die Unterschiede im Gesundheitswesen der beteiligten Regionen geklärt werden.

4.4.1 Das Gesundheitswesen in Kärnten⁴³

Gesamtpopulation:	560.492
Lebenserwartung bei Geburt m/w (Jahre):	77,1/83,1
Geburtenrate:	8,78 pro 1000
Sterberate:	9,56 pro 1000
BIP pro Kopf (Österreich):	31.070 Euro
Gesamtausgaben Gesundheitsversorgung (Ö)	10,1% des BIP
Gesundheitsausgaben pro Kopf (Ö):	3.139 Euro
Anteil öffentliche Mittel (Ö):	76,2%
Bettenanzahl:	5.273 (davon sind 3.943 öffentlich)

Die Sicherung der Gesundheit in Kärnten unterliegt der staatlichen Gesetzgebung von Österreich; sie ist daher eine öffentliche Aufgabe des Staates. Verschiedene Bereiche stehen jedoch auch unter der Verantwortung der Länder und Gemeinden. Die Sozialversicherungsträger sind in Österreich selbstverwaltende Körperschaften und darum liegen gewisse Bereiche in ihren Händen. Das Spitalswesen steht unter dem Kompetenzbereich des Artikels 12 vom Bundesverfassungsgesetz, deren Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung ist Aufgabe der Länder.

Die soziale Krankenversicherung und der öffentliche Dienst kümmern sich um die Gesundheitsberichterstattung, sanitätspolizeiliche Überwachung, Mutter-Kind Vorsorge oder die Vorsorgeuntersuchungen von Jugendlichen und Erwachsenen. Generell wird das österreichische Gesundheitssystem durch die soziale

⁴³ Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 111

Krankenversicherung finanziert und 98% der Österreicher stehen unter dem Schutz dieser.

Zwei Drittel der Krankenversicherten zahlen dort Beiträge ein, das letzte Drittel ist entweder beitragsfrei oder erhält eine Mitversicherung mittels eines Zusatzbeitrages. Zu den Leistungen, die von der Krankenversicherung erbracht werden, zählen Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe, Spitalspflege, medizinisch-technische Dienste, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen etc.

Die stationären Aufenthalte in öffentlichen Krankenhäusern werden durch die Krankenanstaltenfinanzierung vergütet. Diese Vergütung basiert auf einem Fallpauschalsystem; d.h. der Patient bezahlt je nach Krankheit und Therapie.⁴⁴

4.4.2 Das Gesundheitswesen in Friaul-Julisch Venetien⁴⁵

Gesamtpopulation:	1.212.016
Lebenserwartung bei Geburt m/w (Jahre):	78,3/83,9
Geburtenrate:	8,6 pro 1000
Sterberate:	11,2 pro 1000
BIP pro Kopf:	29.000 Euro
Gesamtausgaben Gesundheitsversorgung:	2.345 Mio. Euro
Gesundheitsausgaben pro Kopf:	1.851 Euro
Anteil öffentliche Mittel:	Ca.95%
Bettenanzahl:	5.378 (davon sind 4.652 öffentlich)
Bettenzahl pro 1000:	4,1
Durchschnittliche Verweildauer:	7 Tage
Personal im Gesundheitswesen insgesamt	19.548

⁴⁴ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 112f

⁴⁵ Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 115

Durch die Gründung des Gesundheitsdienstes „Servizio sanitario nazionale“ (SSN) im Jahre 1978 kam es in Italien zu einer wichtigen Erneuerung im Gesundheitssystem. Demnach sollte nach und nach ein einheitliches Leistungsangebot kreiert werden, um dem Nord-Süd Gefälle ein Ende zu setzen und die Kosten zu reduzieren. Leider ist man auf zahlreiche Probleme bei der Realisierung gestoßen und so kam es in den 90er Jahren zu weiteren Reformen. In diesen wurde der SSN zu einer öffentlichen Institution mit dem Ziel der Effizienz, Wirksamkeit und Qualität des Gesundheitswesens. 2001 wurde den 21 Regionen volle Autonomie in Gesundheitsfragen erteilt und es erfolgte gleichzeitig eine Rationierung der Gesundheitsdienstleistungen, durch die viele Gratisleistungen gestrichen wurden. Diese Leistungen können jedoch durch regionale Mittel bezahlt werden. Die Berlusconi Reform aus dem Jahr 2001 führte auch zur Reduzierung der Bettenanzahl in den Krankenhäusern und später auch zur Regionalisierung von Arzneimittel.

Italien stellt eine Ausnahme dar, was das Gesundheitssystem betrifft, denn nur 37% wird durch staatliche Finanzierung abgedeckt. Der Rest wird durch regionale Steuern, Arbeitgeberbeiträge und private Zuzahlungen der Patienten finanziert. Das führt auch dazu, dass 30% der Italiener sich selbst privat versichern, um damit auch den Zugang zu privaten Dienstleistungen zu erhalten, die generell als schneller, unkomplizierter und angenehmer empfunden werden. Allerdings gibt es in Italien selten eine Zusammenarbeit der privaten Versicherungen mit dem öffentlichen Sektor. Aus diesem Grund werden die privaten Leistungen meistens als Ersatz und nicht als Ergänzung zum staatlichen Gesundheitsdienst gesehen.

Interessant ist auch, dass in Italien die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (medico di familia) stattfindet. Dieser ist entweder ein Allgemeinmediziner oder Kinderarzt. Jeder Bürger meldet sich bei einem solchen an.

Die „medici di familia“ haben eine Anstellung in den Ambulatorien der Gemeinden oder bei lokalen Verwaltungseinheiten und diese sind auch für die Überweisung zu einem Facharzt (ausgenommen Zahn-, Augen- oder Frauenärzte) verantwortlich, falls dies notwendig ist.

Die Versorgung durch Fachärzte wird durch angestellte Ärzte der Krankenhausanstalten, vertraglich gebundene Ärzte in den öffentlichen Ambulanzen oder freiberuflich tätige Ärzte, die mit dem SSN einen Vertrag haben, garantiert.

Die Vergütung dieser so genannten Hausärzte erfolgt durch Kopfpauschalen, die sich mit dem Dienstalter erhöhen und wegen der verschiedenen regionalen Lebenserhaltungskosten variieren können. Viele Fachärzte arbeiten generell in einer Privatpraxis und sind nur stundenweise in den Ambulatorien im Dienst.

Der Betrieb der meisten Krankenhäuser erfolgt durch die zentralen Gesundheitsträger. Mittlerweile kam es bei den großen Krankenhäusern zur finanziellen Autonomie. Die meisten haben Verträge mit den lokalen Behörden; und inzwischen haben auch viele Privatkliniken Verträge mit dem staatlichen Gesundheitsdienst.⁴⁶

4.4.3 Das Gesundheitswesen in Slowenien⁴⁷

Gesamtpopulation:	1.967.000
Lebenserwartung bei Geburt m/w (Jahre):	74/81
Geburtenrate:	8,6 pro 1000
Sterberate:	9,4 pro 1000
BIP pro Kopf:	2.300 Euro
Gesamtausgaben Gesundheitsversorgung:	8,2% des BIP
Gesundheitsausgaben pro Kopf:	1.600 Euro
Anteil öffentlicher Mittel:	87%
Bettenanzahl:	8.300 (99,8% davon sind öffentlich, 8.284)
Bettenanzahl pro 1000:	4,1
Durchschnittliche Verweildauer:	6,6 Tage
Wartelisten:	Bis zu 18 Monate
Personal im Gesundheitswesen insgesamt:	41.098

⁴⁶ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 29ff

⁴⁷ Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 30f

Slowenien ist ein Land, das sich durch soziale Gleichheit und Solidarität auszeichnet und dies wird auch in der slowenischen Verfassung bestärkt, die besagt, dass das Recht auf Gesundheitsversorgung, ein Recht ist, welches jedem gewährt werden muss. Aus diesem Grund trat 1992 ein Gesetz in Kraft, welches das gesetzliche Krankenversicherungssystem festlegte. Dieses Krankenversicherungssystem fasst sich in 2 Hauptgruppen zusammen. Es gibt die Gruppe der Arbeiter und deren nicht erwerbstätigen Angehörigen, die Beiträge in Relation zu ihrem Einkommen einzahlen. Zur zweiten Gruppe gehören beschäftigungslose Personen, Bauern und Selbstständige, die einen festgelegten Beitrag begleichen.

All diese Personen genießen viele Gesundheitsdienstleistungen aus primären, sekundären und tertiären Gesundheitsdiensten, aber auch nicht-medizinischen Ansprüchen, wie bei einer Arbeitsabwesenheit von mehr als 30 Tagen, für die sie eine Gehaltsabfindung erhalten.

Alle essentiellen Gesundheitsdienste wie auch Geburtshilfe, Präventivpflege, Behandlung und Rehabilitation von Krebs, Muskel- und Nervenkrankheiten, Notfallversorgung und Transport, Pflegebesuche und Langzeitpflege sind zur Gänze vom slowenischen Gesundheitssystem abgedeckt. Die „weniger wichtigen Dienste“ werden durch Selbstbeteiligung bezahlt. Darüber hinaus gibt es eine zusätzliche Krankenversicherung, welche für die Abdeckung von Korrektivoperationen usw. sorgt und die sozusagen die gesetzliche Krankenversicherung komplettiert. Daher haben auch 96% der Slowenen Verträge mit einer zusätzlichen Krankenversicherung.⁴⁸

⁴⁸ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 31ff

5 Projekt INTERREG III A „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ 2003-2006

Nach dem jetzt geklärt ist, dass die EU die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung allgemein vorsieht und die Kostenfrage sowie die Unterschiede im Gesundheitswesen der beteiligten Regionen geklärt sind, möchte ich im vorliegenden Kapitel auf die grenzüberschreitende Versorgung im Rahmen des Programm INTERREG eingehen. Wie bereits geschildert, ist der Gesundheits- und Bildungsbereich ein wichtiges Anliegen und zentrales Thema der Ausrichtung A des INTERREG Programms.

In diesem Zusammenhang wurde 2003 das erste Projekt im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, das Projekt des INTERREG III A „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ Österreich und Italien ins Leben gerufen.

5.1 Allgemeines zum Projekt

An dem Projekt INTERREG III A „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ waren die Regionen Friaul-Julisch Venetien, Veneto und Kärnten beteiligt. Das Hauptziel dieses Projektes war eine verbesserte Kooperation der Gesundheitseinrichtungen zwischen den Regionen und eine gemeinsame Ressourcennutzung im Bereich des Gesundheitswesens.

Bei diesem Projekt waren ca. 120 Personen aus allen drei Regionen beteiligt. Projektbeginn war der 26. August 2003 und das Ende - nach zweifacher Verlängerung seitens der Italiener - der 15. Feber 2006.

Ausgangslage war die Idee aus dem Jahr 2001 über eine Kooperation zwischen dem Landeskrankenhaus Villach, Friaul-Julisch Venetien und Slowenien.

Im Jahr 2003 wurde diese Idee dann spruchreif und der Projektantrag wurde gestellt, an dem sich dann auch die Landeskrankenhäuser Hermagor und Wolfsberg angeschlossen haben. Das Krankenhaus Hermagor arbeitete zu diesem Zeitpunkt bereits mit dem LKH Latisana zusammen, um gemeinsam ein mehrsprachiges Informationsmaterial zu erstellen.

Nachdem die verschiedenen Krankenhausanstalten in den verschiedenen Ländern anderen Gesetzgebungen unterworfen sind, war die gegenseitige Patientenbetreuung vor diesem Projekt schwierig und konnte nur auf Basis der europäischen zwischenstaatlichen Vereinbarungen durchgeführt werden, und dies auch nur dann, wenn es sich um einen Akutfall bei Reisenden handelte.

Eine gegenseitige Kooperation erfolgte vor dem Projekt nur in Einzelfällen und spezifischen Fachdisziplinen; die Befundübermittlung war relativ schwierig und unzureichend. Einerseits lag diese Problematik am Postweg, denn bei diesem kam es oft zu Zeitverzögerungen, und andererseits konnten Faxübermittlungen auf Grund des Datenschutzes nicht getätigter werden.

Vor Allem im Bereich der Lymphologie ergaben sich Schwierigkeiten. Es wurde festgestellt, dass die Behandlung der Patienten nur gering durchgeführt wurde und außerdem gab es einen akuten Informationsmangel für Betroffene hinsichtlich des Krankheitsbildes, Diagnose und Behandlung. Leider ist der Bereich der Lymphologie an den verschiedenen Universitäten noch wenig anerkannt. Dies führte natürlich dann zum Mangel an Aufklärung und Therapiemöglichkeiten unter den italienischen und slowenischen Patienten, die sich dann oft an die Beratungsambulanz in Wolfsberg wandten. Dieses Unwissen gab den Ansporn, dass man diese Aufklärungsarbeit durch Öffentlichkeitsarbeit, Erstellung von Ausbildungskatalogen, grenzüberschreitender Kooperation und Wissensaustausch als Ziel in das INTERREG III aufnehmen wollte.

5.2 Projektziele

Der Fokus dieses Projektes lag bei der Verminderung der bereits genannten Probleme bei der Behandlung von Patienten aus den Nachbarregionen. Diese interregionale Kooperation machte sich zum Ziel, durch dieses Projekt eine Produktivitätssteigerung und Sicherung der regionalen Gesundheitseinrichtungen zu erlangen. Aus diesem Grund wurden Projektziele erarbeitet, die wie folgt lauten:

1. Verbesserung der Patientenorientierung und Kommunikation mit anderssprachigen Patienten in der Alpen-Adria-Tourismusregion
2. Gemeinsame Fortbildung

3. Wissenschaftliche Zusammenarbeit und Schaffung einer Informationsplattform
4. Gegenseitige Patientenzuweisung und rasche Befundübermittlung
5. Notfallversorgung
6. Öffentlichkeitsarbeit
7. Dauerhafte organisatorische und wissenschaftliche Kooperation zwischen Italien und Kärnten

5.3 Projektorganisation

Da dieses Projekt ein großes Spektrum an Zielsetzungen bietet und mehrere Grenzregionen daran teilnehmen, wurden alle Teilnehmer dieses Projektes aus organisatorischen Gründen in Projekt- bzw. Arbeitsgruppen eingeteilt. Sie machten es sich zur Aufgabe, sich in einer kooperativen Zusammenarbeit an die bereits genannten Projektziele anzunähern und sich mit der Umsetzung der gemeinsam erarbeiteten Konzepte auseinanderzusetzen.

Diese Gruppeneinteilung erfolgte in intraregionale Teilprojekte und gemeinsame Teilprojekte, wobei bei den erst genannten hauptsächlich Mitarbeiter aus nur einer Region beteiligt waren, und bei den gemeinsamen Projekten Projektteilnehmer aus allen drei Regionen zusammen arbeiteten.

Bei den intraregionalen Teilprojekten handelte es sich unter anderem um die Erarbeitung des Ist-Zustandes der beteiligten Regionen, d.h. es wurden sämtliche gesetzlichen und auf EU-Vereinbarung beruhenden Regelungen und Entscheidungen erhoben. Des Weiteren wurden die technischen Infrastrukturen in Bezug auf Möglichkeiten im Datenaustausch zwischen den beteiligten Krankenanstalten erfasst und die rechtliche Basis in allen drei Regionen erhoben.

In den so genannten gemeinsamen Teilprojekten erfolgte die Erhebung der technischen Basis, Patientenorientierung und Kommunikation, Fortbildung und Lymphologie.

Diese gemeinsamen Teilprojekte wurden in verschiedene Arbeitsgruppen aufgeteilt. Darunter war die Arbeitsgruppe der technischen Basis, welche sich mit der Erarbeitung der technischen Installationen in den Krankenanstalten, mit der

Aufarbeitung von Katalogen und mit der Einschulung im Umgang mit fremdsprachigen Texten auseinandersetzte.

Die Arbeitsgruppe, die sich mit der Patientenorientierung und der Kommunikation beschäftigte, befasste sich mitunter mit dem Angebot von Sprachkursen der italienischen, slowenischen und deutschen Sprache für Krankenhausmitarbeiter, der Zusammenstellung von mehrsprachigen Informationsmaterial und der Erarbeitung eines Adressenverzeichnisses von Übersetzern nationaler und internationaler Hilfsorganisationen.

Die Arbeitsgruppe der Fortbildung hatte die Erhebung, Ausarbeitung, Entwicklung und Durchführung von grenzüberschreitenden Aus- und Weiterbildungsangeboten sowie grenzüberschreitenden Austauschprogrammen zur Aufgabe.

Die Arbeitsgruppe der Lymphologie hingegen widmete sich unter anderem der Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen von Informationsveranstaltungen für Patienten, Ärzte und Therapeuten, Erarbeitung und Auflage von mehrsprachigem Informationsmaterial sowie mit dem PR-Bereich der Entwicklung und Umsetzung von Austauschprogrammen, gemeinsamen Informationstagen und Personal bzw. Know-how -Austausch.

Diese gemeinsamen Teilprojekte brachten einen großen organisatorischen Aufwand mit sich, da ein kontinuierlicher Input und Austausch aller beteiligten Regionen notwendig war; und man musste sich auch neben der geografischen Distanz mit dem Problem der Mehrsprachigkeit auseinandersetzen.⁴⁹

Dieser Faktor der Mehrsprachigkeit in der ganzen Projektarbeit ist nicht zu unterschätzen. Es wurden generell eigene Mitarbeiter mit guten Fremdsprachen-Kenntnissen oder Dolmetscher eines Übersetzungsbüros in der Projekt-Organisation herangezogen. Dies funktionierte im Allgemeinen sehr gut, aber wie gesagt, da oft Unterlagen schnell übersetzt oder sogar kurz vor einer Sitzung verändert werden mussten, ist dieser Faktor nicht zu unterschätzen.

⁴⁹ Vgl. Abschlussbericht- Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“, 16ff (unveröffentlicht)

Bei der grenzüberschreitenden Terminkoordination stützte man sich neben den Meetings mit den Projektpartnern großteils auf IT-Kommunikation, da es wegen verschiedener Arbeitszeitregelungen oder Feiertagen oft zu Schwierigkeiten kam. Dazu fügt man noch politische und organisatorische Veränderungen hinzu und die Herausforderung für den Projektmanager lässt sich nicht bestreiten. Bei einem interkulturellen Projektumfeld dürfen zusammenfassend die sprachlichen Umstände, kulturellen Aspekte und die Politik mehrerer Länder nicht vergessen werden.⁵⁰

5.4 Projektorgane

a) Grenzüberschreitender Lenkungsausschuss (projektbezogen)

Dieser projektbezogene grenzüberschreitende Lenkungsausschuss ist für die Gesamtumsetzung des Projektes und die interregionale Koordination des Projektes, die Vertretung des Projektes nach Außen und die Öffentlichkeitsinformation verantwortlich. In diesem Ausschuss sitzen politische Referenten und Entscheidungsträger der beteiligten Regionen.

b) Steuergruppen Kärnten & Friaul- Julisch Venetien

Die Aufgabe der Steuergruppe ist die Förderung der Erreichung der Projektziele. Sie hat die Mediatorfunktion zwischen politischer Ebene und Projektebene. Sie trifft interregionale Entscheidungen und ist für die Information der Projektsituation an den Lenkungsausschuss zuständig.

c) Projektleitung und Projektmanagement

Die Projektleitung leitet die Projektgeschäftsstelle und trägt die Verantwortung für die korrekte Projektabwicklung. Sie unterstützt die Teilprojektleiter dadurch, dass sie sowohl die operativen Vorgaben zur Zielsetzung, als auch Ausrichtung und Koordination der Teilprojekte planen.⁵¹

⁵⁰ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 41ff

⁵¹ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 144

5.5 Projektergebnisse

Hier werden die wichtigsten Ergebnisse der Arbeitsgruppen zusammengefasst. Einige Projektmaßnahmen konnten durch das Ende der Projektlaufzeit nicht zu Ende geführt werden, die meisten dieser wurden aber wieder in das INTERREG IV (2007-2013) aufgenommen.

5.5.1 Arbeitsgruppe „Patientenorientierung und Kommunikation“

Nachdem sich die Krankenhäuser Latisana und Hermagor bereits mit der Ausarbeitung von mehrsprachigem Informationsmaterial auseinander gesetzt haben, wurde in dieser Arbeitsgruppe damit fortgefahrene. Aus diesem Grund entwickelte diese Arbeitsgruppe Patienteninformationsbroschüren und Aufnahmeformulare in den jeweiligen Projektsprachen und verteilte diese in den Krankenhäusern. Diese Broschüren sollten zur Erleichterung der Kommunikation im Aufnahmeprozess zwischen Pflegepersonal und Patienten führen.

In der Gailtalklinik existierten bereits mehrsprachige Mappen, die jedoch im Projektverlauf korrigiert bzw. ergänzt wurden. Auf der italienischen Seite wurde eine Notfallbroschüre für Friaul- Julisch Venetien erstellt, um die österreichischen Touristen über die Rettungsdienste und Notfalleinrichtungen aufzuklären. Diese Notfallbroschüre enthält wichtige Informationen über Erste Hilfe, Notrufnummer 118 und der Vorgangsweise für einen eventuellen Heimtransport. Die entstandene Notfallbroschüre wurde dann in den Krankenanstalten, aber auch in den Kärntner Reisebüros verteilt.

Darüber hinaus wurden Patienteninterviews durch die Arbeitsgruppe der Patientenorientierung und Kommunikation durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine Befragung von Patienten mit italienischer Muttersprache mit Hilfe eines eigens erstellten Leitfaden auf Italienisch, der das Ziel hatte, sowohl ihren Umgang mit Sprachproblemen als auch ihre Anregungen und Bedürfnisse festzuhalten. Diese Interviews beinhalten auch die Schilderung der erlebten Situationen und die bereits angebotenen Lösungsvorschläge ihrer Probleme.

Nach einer Vorstellung der Interviewpartner wurde den Patienten erklärt, worum es sich bei diesem Projekt handelt und es wurde ihnen die Anonymität und Freiwilligkeit der Teilnahme zugesichert. Das Interview selbst begann dann mit der Frage

„Erzählen Sie uns, wie Sie den Ablauf im Krankenhaus bei uns bis jetzt erlebt haben“.

Des Weiteren gab es einen Leitfaden mit Themenschwerpunkten, auf die der Interviewer zurückgreifen konnte, falls der Interviewpartner von selbst nicht auf gewisse Themen einging.

Die Themenschwerpunkte des Interviewleitfadens waren die Folgenden:

- Aufnahme (Ambulanz)
- Diagnostik Zimmerzuweisung/Stationszuweisung
- OP-Ablauf (z.B. OP-Aufklärung, OP-Vorbereitung)
- Narkose (Auswahl: Regionalanästhesie, Allgemeinnarkose, Spinalanästhesie)
- Postoperative Phase (z.B. Erbrechen, Depression, Schmerztherapie)
- Arztbesuch/Visite (z.B. Information über OP, Visitenzeiten, Inhalt d. Visitengespräche/Fachausdrücke)
- Therapie u. weitere Maßnahmen (z.B. Termine, Therapieinhalt)

- Pflege (z.B. ATL, persönliche Bedürfnisse)
- Verhalten aller übrigen Krankenhausmitarbeiterinnen
- Tagesablauf (z.B. Weckzeiten, Wartezeit f. Mahlzeiten, Essenszeiten)
- Entlassungsvorbereitung (z.B. Info. über weitere Betreuung im Heimatland, Zeitpunkt, Hilfsmittelversorgung, Bestätigung f. Versicherung/Diagnose)
- Hotellerie (z.B. TV-Programme, Radio/Telefon, Aufenthaltsräume, Essen, Zeitungen, Küche, Reinlichkeit u. Hygiene)
- Kommunikation (z.B. Sprachbarrieren)
- Beschwerdemanagement
- Sonstige Bemerkungen⁵²

Im Allgemeinen wurden die verschiedenen Themenschwerpunkte von den Interviewpartnern sehr positiv bewertet. Es wurde die rasche Aufnahme, die geringen Wartezeiten, die gute Organisation der Zimmerzuweisung, die ausreichende Information und die Freundlichkeit des Krankenhauspersonals gelobt. Es ist aber interessant festzustellen, dass es bei den Anregungen und Wünschen einen gewissen Trend gibt. Generell wird ein italienischsprachiger Ansprechpartner sofort

⁵²Vgl. Abschlussbericht- Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“, 24 (unveröffentlicht)

bei der Aufnahme gewünscht, der auch besser über die Transportkosten im Helikopter aufklärt. Bei der Diagnostik wurden die kurzen Wartezeiten positiv beurteilt, man äußerte aber den Wunsch eigener Diagnostikaufklärung in italienischer Sprache, da dies für viele Patienten eine Schwierigkeit darstellte. Dasselbe betrifft auch die OP-Aufklärung und die Narkoseauswahl. Es wurden Aufklärungen auf Italienisch mit einfachen Worten gewünscht, da für Laien die Fachtermini ein Problem darstellten.

Auch bei Aufklärungen der Arztbesuche, Visite und Pflege wurde das Bemühen seitens des Personals sehr positiv beurteilt, es mangelte dennoch an Informationen in der Muttersprache des Patienten. Viele Patienten sahen es als positiv an, dass Krankenhausmitarbeiter versuchten, sich irgendwie auf Italienisch zu verständigen, der Ruf nach sprachlich geschultem Personal wurde dennoch immer lauter.

Um diesem Wunsch nachzugehen, kam es in der Gailtal-Klinik Hermagor zu einer Mitarbeiterumfrage, auch in deren Bekanntenkreis, um festzustellen, wer eventuell als entsprechender Ansprechpartner in Frage kommen würde. Es wurde eine entsprechende Liste erstellt, welche in der Gailtalklinik aufliegt.

Bei der Einstellung neuer Mitarbeiter im LKH Villach und Klagenfurt wird nun auch auf Sprachkenntnisse geachtet, um die Mehrsprachigkeit zu erlangen, die für die Patientenkommunikation notwendig ist. Es wurden Übersetzerlisten erstellt und eine Umfrage zu den häufigst vorkommenden Fremdsprachen im LKH Klagenfurt, Villach und Hermagor durchgeführt.

Es stellte sich heraus, dass es mehr als 50 Patienten pro Jahr gab, die italienischer, slowenischer, englischer oder holländischer Herkunft waren.

Außerdem erarbeitete die Arbeitsgruppe Einverständniserklärungen für Dolmetschtätigkeiten um den datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zu entsprechen. Diese Einverständniserklärungen wurden durch die Patientenanwaltschaft juristisch geprüft, auf Italienisch übersetzt und an alle beteiligten Krankenanstalten verteilt. Die Ergebnisse dieser Interviews bewirkten die Integration eines Moduls für anderssprachige Patienten in den Fragebogen der Patientenbefragung zur Qualität im Krankenhaus.⁵³

⁵³ Vgl. Abschlussbericht- Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“, 21ff (unveröffentlicht)

5.5.2 Arbeitsgruppe „Gemeinsame Fortbildung“

a) Sprachkurse

Für die gemeinsame Fortbildung arbeitete diese Arbeitsgruppe eng mit der Patientenorientierung zusammen. Sie machten sich die Erarbeitung von Lehrmaterial und Durchführung von krankenhausspezifischen Sprachkursen zur Aufgabe. Es erfolgte die Erarbeitung von einem einheitlichen Sprachskriptum mit Audio-CD mit denen man in den Sprachkursen arbeiten sollte. Dieses Lehrmaterial hat den Ursprung in der Gailtalklinik, in der bereits im Jahr 2000 Zimmermappen mit Alltagsphrasen für ausländische Patienten erarbeitet wurden. Die ausgearbeiteten Sprachkurse orientierten sich am europäischen Referenzrahmen mit den Levels der Sprachverwendung A1, A2 und B1 und wurden im Anschluss in den Krankenanstalten Udine, Latisana, Hermagor, Wolfsberg und Villach durchgeführt. Die Idee dieser Sprachkurse ist auf die bereits vorhandenen mehrsprachigen Patientenmappen in der Gailtalklinik zurückzuführen. Diese Idee wurde dann im Rahmen des INTERREG III aufgegriffen und die Leveleinteilung an den Krankenhaussektor angepasst.

Die Niveaueinteilung ist die folgende:

A1 – Elementare Sprachverwendung 1

- Begrüßung, Vorstellung, Kennen lernen
- Einfache Angaben zu persönlichen Daten (z.B. Namen, Adresse, Geburtsdatum) geben u. einholen
- Uhrzeiten (Besuchszeiten, Essenszeiten)
- Zahlen, Messeinheiten, Temperaturen
- Einfache Unterhaltung mit dem Patienten über persönl. Daten (nicht Gesundheit)
- Informationen über Kantine & Cafe (Öffnungszeiten, Angebot) Verhaltensregeln (z.B. Rauchen verboten)
- Grundnahrungsmittel
- Einfaches, alltägliches Vokabular bei langsamem Redefluss verwenden und verstehen

A2 – Elementare Sprachverwendung 2

- Tagesablauf im Krankenhaus
- Patientenaufnahme: Einfache Informationen einholen, Daten erfassen, Formulare ausfüllen
- Wer soll verständigt werden
- Einfache Telefongespräche (mit den Angehörigen) führen
- Unterbringungsmodalitäten (EZ, DZ)
- Orientierung im Krankenhaus (wo finde ich)
- Anatomie des Menschen: Körperteile
- Begriffe der Ersten Hilfe
- Befindlichkeiten des Patienten verstehen
- Essen und Trinken; Diätwünsche und Verordnungen
- Kommunikation in der Ambulanz
- Allgemeine medizinische Fachausdrücke
- Einfaches, gesundheitsbezogenes Vokabular bei leicht verlangsamtem Redefluss, verwenden und verstehen

B1 – Selbständige Sprachverwendung 1

- Komplexere Telefongespräche (mit dem Hausarzt) führen
- Austritt aus dem Krankenhaus, Aufenthaltsbestätigung
- Erfahrungen und Empfindungen ausdrücken
- Den Sinn von medizinischen Befunden erfassen
- Details zu Versicherungen
- Medizinische Informationen erhalten
- Zur Verfügung stehende Therapien und andere Dienste
- Operation: Einwilligungsformulare
- Pflegedokumentation: Erfassen der Grundbedürfnisse in Anlehnung an Roper
- Instruktionen für Verhalten in Notsituationen (z.B. Evakuierung im Brandfall)
- Erweitertes, fachspezifisches Vokabular bei fast normalem Redefluss verwenden und verstehen.⁵⁴

⁵⁴Vgl. Abschlussbericht-Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“, 33f (unveröffentlicht)

Für jedes Sprachniveau wurde die zu erreichende Sprachkompetenz, die kommunikativen und strukturellen Ziele geklärt und die jeweiligen Inhalte auf 8 Lektionen pro Sprachniveau eingeteilt. Jede einzelne Lektion ist klar in Dialoge- Grammatik- Vokabeln- Übungen strukturiert und mit Bildern sehr einladend gestaltet. Am Ende einiger Lektionen gibt es den „Kulturtipp“ in der einige Eigenheiten dargestellt werden oder auch den so genannten „Sprachtipp“ in dem einige italienische Weisheiten (provverbi), in denen zum Beispiel Körperteile vorkommen. Nach den 8 Unterrichtslektionen gibt es einen gesamten Grammatiküberblick und ein Vokabelregister, sowie einen Lösungsteil. Diese Sprachmaterialen wurden im Italienischunterricht im LKH Villach und in der Gailtalklinik von den verschiedenen externen Sprachlehrern verwendet.

Diese Sprachkurse wurden vom Krankenhauspersonal gut angenommen. In der gesamten Projektlaufzeit gab es 59 TeilnehmerInnen für Italienischkurse und 22 TeilnehmerInnen für Slowenischkurse in der Gailtalklinik. Am LKH Villach wurden 222 TeilnehmerInnen für Italienischkurse, 45 TeilnehmerInnen für Slowenisch-Kurse und am LKH Wolfsberg insgesamt 143 TeilnehmerInnen für die Italienisch-Kurse verzeichnet.

Zusätzlich wurde ein Evaluierungsbogen an die SprachkursteilnehmerInnen verteilt (77 ausgeteilte Evaluierungsbögen, 56 retournierte Evaluierungsbögen = 77,7%), in denen diese gefragt wurden, wie denn der Kurs, die Lehrperson, das Material und die Methodik empfunden wurde.

Die Auswertungen zeigen ein recht positives Ergebnis und sind wie folgt:

- 96,9%: Die Sprachlehrer haben praxisbezogen gearbeitet
- 98,2%: Die Sprachlehrer konnten Fragen angemessen beantworten
- 96,9% Der Inhalt des Kurses war nützlich
- 92,9% Der Umfang des Lehrstoffes war angemessen
- 94,2% Die Lektionen waren übersichtlich
- 97,3% Der Kurs bot umfassende Kommunikationsmöglichkeiten⁵⁵

⁵⁵ Vgl. Abschlussbericht- Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ 35f (unveröffentlicht)

Die Sprachkurse wurden auch auf Grund ihrer Branchenspezifität, Patientenbezogenheit, ihres guten Klimas und der netten Teamarbeit sehr positiv beurteilt.

Die Entwicklung und Weiterführung der krankenhausbezogenen Sprachkurse dient der Sicherstellung einer entsprechenden sprachlichen Kompetenz seitens des Krankenhauspersonals im Zusammenhang mit den ausländischen Patienten.

Beispiele einer Lektion:

Alphabet, Aussprache Alfabeto, pronuncia

Lektion
1
lezione

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

a a	h akka	o o	v wu/wi
b bi	i i	p pi	w wu-doppia
c tschi	j i-lunga	q q ^u	x iks
d di	k kappa	r erre	y epsilon
e e	l elle	s esse	z zeta
f effe	m emme	t ti	
g dschi	n enne	u u	

Beachte: b - p: bordo - porto, banca - panca

d - t: dono - tonno, quadro - quattro

c - g: Cina - Gina, cello - gelo, coma - gomma

Doppelmitlaute müssen deutlich ausgesprochen werden - etwas länger als im Deutschen - der Selbstlaut davor ist kurz. **Beispiele:** notte, troppo, cavallo, gonna, gallo, nonno

1.1 Aussprache / Pronuncia

ca, co, cu	dt. ka, ko, ku	candela, occhio, corpo, crema
ga, go, gu	dt. ga, go, gu	gamba, goccia, gomma, gomito, lingua
ce, ci	dt. tsche, tschi	cena, cellulare, cibo, cucina
ge, gi	dt. dsche, dschi	genealogia, genetica, ginocchio, Gina
cia, cio, ciu	dt. tscha, tscho, tschu	ciao, cioccolata, ciuffo
gia, gio, giu	dt. dscha, dscho, dschu	giacca, giorno, Giulia
che, chi	dt. ke, ki	che, anche, chirurgo, chiropratico
ghe, ghi	dt. ge, gi	lunghe, ghiaccio
sca, sco, scu	dt. ska, sko, sku	scarpa, scontro, scusa
scia, scio, sciu	dt. scha, scho, schu	sciamano, sciocco, sciupato
sce, sci	dt. sche, schi	scelta, sci
sche, schi	dt. ske, ski	schermo, schiena, schiavo

cinque - 5

Abb.) 4

1

gn	dt. nj	gnocchi, signore, disegnare
gl	dt. lj	biglietto, famiglia
qu	dt. kw	quasi, quanto, quadro
sp	dt. s-p	sport, spasmo
st	dt. s-t	staff, stadio
h	dt. (stumm)	hotel, hobby

- Beachte:**
- cia: einige Wörter haben ein betontes i, d.h. es muss ausgesprochen werden, z.B. farmacia, Lucia, etc.
 - gia: einige Wörter haben ein betontes i, d.h. es muss ausgesprochen werden, z.B.: chirurgia, etc.

Selbstlaute sind getrennt auszusprechen: Euro, cuoco, vieni, lei, cuore, pneumonite, poesia, vuoto, tuorlo, suora, muovere, dieta, diabete, paura

1.2 Leseübung / Esercizio di lettura

ammalato, alto, acqua	orecchio, oncologia, origine
bacino, braccio, bagno	piede, pupilla, pulsare
cardiologia, caviglia, centro	quattro, questionario, qualità
dolore, disciplina, disco, dirigente	rischio, reparto, russare
esercizio, emergenza, edema	sangue, schiena, sonno, sbaglio
faccia, fronte, felice, forte	torace, tossicodipendente, tumore
gamba, ghiaccio, geriatria	uomo, ulna, uterino
indirizzo, incidente, ipertensione	vasca, valigia, vantaggio
lingua, letto, licenza	zero, zio, zaino, zecca, zona
mammografia, mercoledì, mano	

6-sel

Abb.) 5

Begrüßung, Vorstellung, Berufe

Buongiorno, presentazione, professioni

Lektion
1
lezione

1.3 Dialog / Dialogo

Guten Morgen! / Buongiorno!



dottore: Buongiorno, io sono il dottor Cervi.
paziente: Buongiorno.
dottore: Lei è la signora Muti, vero?
paziente: Sì, sono io.



infermiera: Scusi, Lei come si chiama?
signore: Io sono il signor Gucci.
infermiera: Come si chiama, scusi?
signore: Mi chiamo Gucci.
infermiera: Ah, piacere.

dottore: E Lei è la signora Rossi?
1^a signora: No, mi chiamo Zucca.
dottore: Allora, chi è la signora Rossi?
2^a signora: Sono io.

Buongiorno!
Buonasera!
Buonanotte!
Ciao!
Arrivederci!
ArrivederLa!

infermiera: Ciao, io mi chiamo Franca, e tu?
bambino: Io sono Marco
infermiera: Ah, mi fa piacere.

sette - 7

Abb.) 6

1

Guten Morgen, wie geht es Ihnen? / Buongiorno, come sta?

infermiera: Buongiorno, signora, come sta?

paziente 1: Bene, grazie.

infermiera: E Lei, signore?

paziente 2: Io oggi non sto molto bene.

dottoressa: Signor Cioce, come va?

paziente: Grazie, Dottore, abbastanza bene.

Welche Arbeit machen Sie? / Che lavoro fa?

terapeuta: Buongiorno, signora, come si chiama?

infermiera: Mi chiamo Antonia Verdi e Lei?

terapeuta: Io mi chiamo Pietro Neri. Che lavoro fa?

infermiera: Sono infermiera, e Lei?

terapeuta: Sono terapeuta.

1.4 Grammatik / Grammatica

Verben / Verbi

heißen/s. nennen chiamarsi	sein essere	haben avere	sein, bleiben stare	machen fare
mi chiamo	sono	ho	sto	faccio
ti chiami	sei	hai	stai	fai
si chiamà	è	ha	sta	fa
ci chiamiamo	siamo	abbiamo	stiamo	facciamo
vi chiamate	siete	avete	state	fate
si chiamano	sono	hanno	stanno	fanno

8 - otto

Abb.) 7

Der bestimmte Artikel / L'articolo determinativo

1

Maskulin	Singular	Plural
vor Konsonanten	il libro	i libri
vor Vokalen	l'amico	gli amici
vor s+Konsonant	lo studente	gli studenti
vor z/gn/ps	lo zio	gli zii
Feminin	Singular	Plural
vor Konsonanten	la casa	le case
vor Vokalen	l'infermiera	le inferriere

Das Substantiv / Il sostantivo

Hauptwörter sind im Italienischen entweder männlich oder weiblich.

Die meisten Hauptwörter auf -o sind männlich, z.B.:

il medico (der Arzt), il reparto (die Abteilung), l'occhio (das Auge),
il sciroppo (der Sirup)

Die meisten Hauptwörter auf -a sind weiblich, z.B.:

la testa (der Kopf), la dottoressa (die Doktorin), la pancia (der Bauch),
la gamba (das Bein)

Hauptwörter auf -e können sowohl männlich als auch weiblich sein, z.B.:

männlich: il sangue (das Blut), il torace (der Brustkorb), il dottore (der Arzt), il piede (der Fuß), il dente (der Zahn)

weiblich: la febbre (das Fieber), la morte (der Tod), la polmonite (die Lungenentzündung), la bronchite (die Bronchitis), la salute (die Gesundheit)

Merke: Hauptwörter auf -ione sind immer weiblich, z.B. la situazione, l'infusione

Es gibt auch weibliche Hauptwörter auf -o:

la mano (die Hand), la radio (das Radio), la foto (das Foto)

Ebenso gibt es männliche Hauptwörter auf -a:

il problema (das Problem), il collega (der Kollege)

Hauptwörter, die auf einen Konsonant enden, sind in der Regel männlich:

il bar (die Bar), il computer (der Computer)

novo • 9

Abb.) 8

Die Personalpronomen / I pronomi personali

	Einzahl	Mehrzahl
1. Person	io (ich)	noi (wir)
2. Person	tu (du)	voi (ihr)
3. Person	lui (er), lei (sie), Lei (Sie)	loro (sie), Loro (Sie)

Beispiele:

Chi è lui?	Wer ist er?
Chi siete voi?	Wer seid ihr?
Lui è il dottor Reiner.	Er ist der Herr Doktor Reiner.
Noi siamo infermieri.	Wir sind Krankenschwestern.
Chi è lei?	Wer ist sie?
Chi sono loro?	Wer sind sie?
Lei è una paziente.	Sie ist eine Patientin. / Sie sind eine Patientin.
Loro sono dottori di turno.	Sie sind Turnusärzte.

Die Personalpronomen werden nur bei besonderer Betonung oder bei einer Gegenüberstellung verwendet.

Beispiele:

Io sono la dottoressa Cecchi e tu?	Io sono Anna.
Lei è il signor Zucca?	Si, sono io.

Die Anrede / Modo di rivolgersi

- bei einem Mann: **signor** + Nachname Buongiorno **signor** Zucca.
- bei einer Frau: **signora** + Nachname Buongiorno **signora** Rossi.
- bei einem Titel: **dottor** + Nachname Buongiorno **dottor** Sarti.

Betonung und Akzent / Intonazione e accento

1

Die meisten italienischen Wörter werden auf der vorletzten Silbe betont.

Beispiele: amare / andare / tagliatelle

Sie können aber auch auf der drittletzten (medico, misurano) der viertletzten (telefonano) und der letzten Silbe betont werden (città).

1.5 Vokabeln / Vocaboli

Aus dem Dialog / Dal dialogo



Buongiorno	guten Tag, guten Morgen
Buona sera	guten Abend
Buonanotte	gute Nacht
Buongiorno, io sono il Dottor Sarti.	Guten Tag, ich bin Dr. Sarti.
Arrivederci	auf Wiedersehen
Come ti chiami?	Wie heißt du?
Lei come si chiama?	Wie heißen Sie?
Come si chiama, scusi?	Wie heißen Sie bitte?
Mi chiamo Cervi.	Ich heiße Cervi.
Chi è lui?	Wer ist er?
Chi è lei?	Wer ist sie?
Mi fa piacere.	Es freut mich.
a domani	bis morgen
a presto	bis bald
alla prossima volta	bis zum nächsten Mal
la signora	die Frau
il signore	der Herr
essere	sein
chiamarsi	heißen
Lei è il signor...?	Sind Sie der Herr...?
piacere	angenehm
l'ospedale	das Krankenhaus
Che lavoro fa?	Welche Arbeit machen Sie?
Faccio il terapeuta.	Ich bin Therapeut.
Sono infermiera.	Ich bin Krankenschwester.

undici - 11

Abb.) 10

1

Berufe / Professioni

il medico	Arzt / Ärztin
il medico spezzializzato in ...	Facharzt für ...
il / la dentista	Zahnarzt / Zahnärztin
l'infermiere/a	Krankenpfleger/-schwester
l'assistente infermiere	Pflegehelfer
il / la paziente	Patient / Patientin
il / la terapeuta	Therapeut / Therapeutin
la donna delle pulizie	Putzfrau
il cuoco / la cuoca	Koch / Köchin
il portiere	Portier
il direttore / la direttrice	Direktor / Direktorin
il segretario / la segretaria	Sekretär / Sekretärin
il prete	Priester

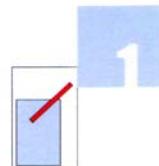
Gesundheitszustand / Stato di salute

Come va?	Wie geht's?
Come sta?	Wie geht es Ihnen?
Bene, grazie e Lei?	Gut, danke und Ihnen?
Come stai?	Wie geht es Dir?
Sto bene.	Mir geht es gut.
Sto molto bene.	Mir geht es sehr gut.
Sto abbastanza bene.	Mir geht es ziemlich gut.
Sto benissimo.	Mir geht es sehr gut.
Sto male.	Mir geht es schlecht.
Sto molto male.	Mir geht es sehr schlecht.
Sto malissimo.	Mir geht es sehr schlecht.
Non c'è male.	Nicht schlecht.
così così	so lala, nicht besonders
Mi dispiace.	Es tut mir leid.

1.6 Übungen / Esercizi

Ü1.1 Vervollständigen Sie den Text / Completate

mi chiami Lei Buona sono
come Scusi piacere tu chiamo
Poli come Lei chiamo sono



- a. _____ sera. Sono Maria Zucca. E _____? _____ Marco, _____.
- b. Buongiorno. Io _____ Gina Lucchini. E tu _____ ti _____?
Mauro _____.
- c. Io _____ Paolo. E _____? Valeria.
- d. _____, Lei _____ si chiama? Giovanni De Simone.
- e. E _____? Io mi _____ Roberto Rossi.

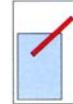
Ü1.2 Vervollständigen Sie den Text / Completate

- a. Heute geht es mir nicht so gut. _____
- b. Wie geht es Ihnen? _____
- c. Wie geht es der Frau Florio? _____
- d. Ihr geht es heute besser. _____
- e. Welchen Beruf haben Sie? _____
- f. Ich bin Arzt. _____



Ü1.3 Setzen Sie die Personalpronomen ein / Completate con i pronomi personali

_____ faccio _____ è _____ sono _____ fa
_____ stai _____ stiamo _____ chiami _____ siete



Ü1.4 Wiederholen Sie / Ripetete

Wie begrüßt /
verabschiedet man sich?

Wie fragt man jemanden
nach seinem Befinden?

Wie stellt man sich /
jemanden vor?



Abb.) 12



Ü1.5 Setzen Sie die bestimmten Artikel ein / Mettete l'articolo determinativo

<input type="text"/> medico	<input type="text"/> testa	<input type="text"/> corpo
<input type="text"/> zio	<input type="text"/> pancia	<input type="text"/> dottore
<input type="text"/> morte	<input type="text"/> piede	<input type="text"/> febbre



Begrüßung

In Italien ist es üblich Personen die man nicht duzt mit „signora“ oder „signore“ anzusprechen. Wird diese Anrede jedoch in Verbindung mit dem Nachnamen verwendet so entfällt das „e“ bei „signore“ und wird, wie beispielsweise bei Herrn Nero, zu „signor Nero“.

Titel

Eine weitere Form der Begrüßung ist die Verwendung des Titels bzw. akademischen Grades in der Anrede, wie z.B. „dottore“ oder „donna“. Bei der Verwendung des Nachnamens verschwindet auch hier das „e“ bei „dottore“ und wird im Falle von Herrn Dr. Colli zu „dottor Colli“.

b) Austauschprogramm

Zusätzlich zu den Sprachkursen befasste sich die Arbeitsgruppe auch mit einer gemeinsamen Fortbildung, nämlich einem Austauschprogramm. Dieses Austausch-Programm sollte den Mitarbeitern die Möglichkeit geben, einen Einblick auf die Organisation und die Arbeitsabläufe der Partnerkrankenhäuser zu geben.

Aus diesem Grund kam es seit Juli 2004 zu mehrwöchigen Austauschen seitens des Krankenhauspersonals (Gesundheits-, Pflege- und Verwaltungspersonal). Das Pilotprojekt schickte fünf Kärntner Pflegepersonen für je zwei Wochen in die Unfallambulanz Lignano vom Krankenhaus Latisana, um dort als Unterstützung für das heimische Personal zur Verfügung zu stehen.

Das Ganze geschah in der touristischen Hauptsaison, da zu dieser Zeit viele Kärntner Touristen in Lignano Urlaub machen. Im Gegenzug kamen die italienischen Partner aus dem Krankenhaus Latisana in den Wintermonaten nach Kärnten, um dort das Kärntner Personal zu unterstützen, da sich viele italienische Touristen im Winter in Kärnten aufzuhalten. Zusätzlich zum Austausch mit Latisana gab es zehn andere Austauschprogramme mit Friaul-Julisch Venetien und drei mit Veneto. Des Weiteren wurden noch Praktika für ÄrztInnen im Rahmen dieses Kultauraustausches organisiert.

Nach Ende des Austausches musste eine schriftliche Reflexion geschrieben werden und die TeilnehmerInnen sollten die gemachten Erfahrungen mit Hilfe eines vorgefertigten Rasters festhalten, der sich auf Themen der Strukturanalyse (Versorgungsauftrag der Einrichtung, Bettenanzahl, Leitlinien etc.), Prozessanalyse (Unterschiede im Behandlungsprozess, Tagesablauf etc.), Administration (medizinische und Pflegedokumentation, Verrechnungswesen), kulturelle Aspekte (Umgang mit Angehörigen, persönlichen Bedürfnissen der Patienten, Organisation von Fortbildungen etc.), dienstrechtliche Aspekte, Hygiene und persönliche Erfahrungen (hinreichende Sprachkenntnisse, Vorschläge für Krankenhauspezifischen Sprachkurs etc.) konzentrierte, und sich zur Aufgabe machte, eine Einsicht auf die Partneranstalten zu bekommen.⁵⁶

Zusätzlich zu den Reflexionen wurden im Rahmen des Austauschprogramms des Projektes Interviews geführt, an denen acht Freiwillige mitmachten, um mehr Aufschluss über das Aufeinandertreffen von Kulturen bei grenzüberschreitenden

53 Vgl. Abschlussbericht- Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“, 36ff (unveröffentlicht)

Kooperationen zu erhalten. Deutz spricht über eine Erschwerung der Unternehmenszusammenschlüsse bei grenzüberschreitenden Kooperationen, die oft von Abwehrreaktionen geprägt sind, da die neuen Organisationsformen noch keine gemeinsame Geschichte aufweisen.

Er weist auf die Wichtigkeit hin, eine interkulturelle Kooperations- und Kommunikationsstrategie zu entwickeln, die die Bedürfnisse der Projektteilnehmer und die strategische Ausrichtung der grenzüberschreitenden Kooperation vereint.⁵⁷

Dieser Mitarbeiteraustausch sollte ein wichtiger Bestandteil im Zusammenhang einer interkulturellen Kommunikationsstrategie im Umfeld einer qualitativen grenzüberschreitenden Patientenversorgung im Alpen-Adria Raum darstellen.

Die acht Interviewpartner wurden zu den folgenden Themenbereichen befragt:

- Unterschiede in den Erwartungen und Verhaltensweisen der Patienten
- Verbesserungsvorschläge für die Durchführung des Austausch-Programms
- Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede in der „Organisation Krankenhaus“ zwischen den Ländern
- Vorgefasste Meinungen, Einstellungen bzw. Veränderungen nach dem Austauschprogramm gegenüber dem Gesundheitssystem des Gastlandes
- Motive für die Teilnahme am Austauschprogramm
- Was kann man vom Partnerland bezüglich der Gesundheitsversorgung lernen?
- Lerntransfer- Wie wurde das Wissen an die Organisation weitergegeben?
- Persönlicher Nutzen-„Learnings“ aus dem Austauschprogramm?⁵⁸

Bei der Auswertung dieser Interviews wurden Klischees bzw. Vorurteile bei den Unterschieden in Italien und in Österreich unterstrichen. So wurde das österreichische System als leistungsfähiger und das italienische System als langsamer und weniger patientenorientiert beschrieben. In Italien sind es oft die Angehörigen, die die Patienten pflegen, teilweise wird selbst die Bettwäsche eigens mitgebracht. Die Aufgabenbereiche der Schwestern wurden als unterschiedlich

⁵⁷ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 209f

⁵⁸ Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 222

beschrieben, insofern als die italienische Schwester mehr Aufgaben hat, diese aber nicht vom Arzt kontrolliert werden. Auch die Rolle der Frau wurde als dem Klischee entsprechend geschildert.

Die Interviewpartner erzählten, dass junge Frauen auch mit langem Studium oft als Sekretärin gesehen werden. Das italienische Gesundheitssystem ist wie bereits beschrieben, vom „medico di famiglia“ geprägt und diese haben auch laut Interviewpartner mehr Einfluss als in Österreich.

In den Erwartungen bezüglich der Gesundheitsversorgung und dem unterschiedlichem Verhalten seitens der österreichischen und italienischen Patienten lassen sich die bereits erwähnten Klischees oder vorgefasste Meinungen wieder erkennen. Während Österreicher generell eine hohe Erwartungshaltung für das Patientenservice haben, begnügen sich italienische Patienten schon damit, nach langer Wartezeit eine angemessene fachliche Behandlung zu erhalten. Generell wurden österreichische Patienten als mündiger beschrieben, hingegen italienische Patienten eher als ängstlich und uninformerter. Österreichische Patienten scheinen sich mit dem Gesundheitssystem besser auszukennen. Die meisten MitarbeiterInnen, die am Austauschprogramm teilgenommen haben, hatten generell keine Vorurteile, da die Situation durch Urlaube und Grenznähe bekannt war. Alle TeilnehmerInnen konnten nur positives für sich mitnehmen.⁵⁹

Die Interviews zeigten, dass alle TeilnehmerInnen durchaus interessiert sind, mehr Einblicke auf die verschiedene Organisationsweise der Krankenhäuser in den beteiligten Regionen zu erhalten und, dass dieser Austausch zu einer Förderung der Toleranz und Offenheit im interkulturellen Kontext und einer Vertiefung der Fremdsprachenkenntnisse geführt hat. Viele Teilnehmerinnen wurden auch angespornt, diese angelernte Mehrsprachigkeit weiters in der eigenen Organisation umzusetzen und zum Beispiel dort als Dolmetscherin oder Kontaktperson zur Verfügung zu stehen. Es zeigte sich also, dass eine effiziente grenzüberschreitende Patientenversorgung nur dann stattfinden kann, wenn die einzelnen Mitglieder einer

⁵⁹ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 236ff

Organisation etwas lernen, aber auch dass diese direkt vor Ort im interkulturellen Kontext stattfinden kann.⁶⁰

Allerdings geht aus den Verbesserungsvorschlägen auch hervor, dass man noch mehr auf die Sprachkenntnisse, speziell in den verschiedenen Spezialisierungen, eingehen muss, bzw. dass längere Sprachkurse vor Ort oder auch die Fortführung von Sprachkursen, die sich nicht nur mit dem Krankenhausbereich befassen, erwünscht wären, um die Qualitätssicherung in der Patienten-Versorgung noch besser zu garantieren.

c) Interkulturelle Kompetenz

Eine weitere Initiative der Arbeitsgruppe der gemeinsamen Fortbildung war die Durchführung von Seminaren zum Thema „Interkulturelle Kompetenz für leitende Pflegekräfte im Krankenhaus“, die ein weiterer Meilenstein in der Sicherstellung der adäquaten Patientenversorgung im Alpen-Adria Raum sein sollte.⁶¹

⁶⁰ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur,konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 257ff

⁶¹ Vgl. Abschlussbericht- Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“, 41 (unveröffentlicht)

5.5.3 Arbeitsgruppe „Wissenschaftliche Zusammenarbeit“

Die grenzüberschreitende wissenschaftliche Zusammenarbeit wurde vor allem im Bereich der Lymphologie erreicht. Diese Arbeitsgruppe hatte eine Sonderstellung, denn sie beschäftigte sich mit der Patientenversorgung in der Lymphologie in Italien und Österreich. Beim Start dieses Projektes gab es in Österreich bereits ein Lymphologiezentrum, während dies in Italien noch nicht der Fall war. Dies führte zu einigen Verzögerungen im Projektanfang.

Die Arbeitsgruppenmitglieder im Bereich der Lymphologie kamen aus dem LKH Klagenfurt, LKH Wolfsberg, der Universitätsklinik Graz, LKH S. Maria della Misericordia, KH Gervasutta, Universitätsklinik Udine und Universitätsklinik Aviano. Gemeinsam wurden Aufgabenbereiche beschlossen. Im Bereich der Lymphologie erfolgte ein Wissensaustausch zwischen den Kliniken mit einschlägiger Erfahrung bei Lymphödemerkrankungen.

In diesem Zusammenhang wurde ein Besuch von Lymphologen aus den Partnerregionen im LKH Wolfsberg organisiert, in der friaulische Haus- und Kinderärzte in das Teilprojekt inkludiert und epidemiologische Studien über Lymphödeme durchgeführt wurden. Es wurden Fragebögen an die Therapeuten und Fragebögen über den Bekanntheitsgrad von Lymphödemen seitens der Patienten ausgeteilt. Man versuchte auch eine Annäherung einer starken interregionalen Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum für Regenerative Medizin der Universität Udine zu fördern. Es wurde mehrsprachiges Material im Bereich der Lymphologieinformation und ein Maßnahmekatalog für primäre und sekundäre Prävention bei Lymphödemen zur Verfügung gestellt. Dazu kam noch die Förderung der praktischen Umsetzung im Sinne eines Bandagen-Kompressions-Seminars im LKH Wolfsberg. Die Unterrichtssprache war teils auf Englisch, teilweise wurde mit Hilfe von Dolmetschern gearbeitet.⁶²

Da es im Bereich der Lymphologie zu einem starken Interesse seitens der beiden Regionen kam, beschäftigte sich die Arbeitsgruppe der wissenschaftlichen Zusammenarbeit auch mit der Untersuchung der Möglichkeiten einer gemeinsame

⁶² Vgl. Abschlussbericht- Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ 42f (unveröffentlicht)

und verbindliche Ausbildungsrichtlinie für Lymphologen zu kreieren. Trotz des guten Willens kam es zu Schwierigkeiten in diesen Arbeitsgruppen, da die Multidisziplinarität der Lymphologie durch die Sprachbarrieren erschwert wurde. Um die Arbeitsteilung effizienter zu gestalten, wurden kleinere Arbeitsgruppen gebildet, welche das Ziel verfolgten eine konkretere und intensivere Kooperation zu ermöglichen.

- Großer Informationsbedarf seitens der Hausärzte bei Kongressen
- Fachlicher Informationsaustausch mittels gegenseitiger Hospitationsbesuche
- Gemeinsame Regelung der Ärzte- und Therapeutenausbildung
- Durchführbarkeit von gemeinsamen lymphologischen Studien
- Zusammenarbeit bei der stationären und ambulanten Rehabilitation
- Möglichkeiten der versicherungstechnischen und rechtlichen Grundlagen in den Partnerregionen
- Zusammenarbeit in der Angiologie und Lymphologie

Wichtige Ergebnisse in der gemeinsamen Wissenschaftlichen Zusammenarbeit in der Projektperiode waren:

- Durchführung von Sprachkursen
- Fachlicher Austausch bei den Gruppenleitersitzungen
- Gemeinsame Kongresse in Udine und Wolfsberg
- Gegenseitiger Besuch von Tagungen abseits des INTERREG-Projektes
- Einsatz von Dolmetschern bei einzelnen Gruppenmeetings
- Private Treffen seitens einzelner Gruppenmitglieder aus Italien und Österreich⁶³

⁶³ Vgl. Abschlussbericht-Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ 44f (unveröffentlicht)

5.5.4 Arbeitsgruppe „Gegenseitige Patientenzuweisung und rasche Befundübermittlung“

Diese Arbeitsgruppe beschäftigte sich hauptsächlich mit der Darstellung der Krankenhausaufenthalte italienischer Patienten in Kärnten und stellte Vergleiche zu den Krankenanstalten der beiden Partnerregionen auf, um die Möglichkeiten einer gegenseitigen Patientenzuweisung in naher Zukunft zu erleichtern.

Des Weiteren befasste sie sich mit den Möglichkeiten der raschen Befundübermittlung im Rahmen einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, welche als Ausgangsbasis für eine gegenseitige Patientenzuweisung gesehen wird. Daraus ergab sich eine Kommunikationsverbindung zwischen Villach und Udine. Die Krankenhäuser sollten mittels einer VPN-Verbindung durch die Plattform „Communication Server“ kostengünstig und ohne Hardwarekosten kommunizieren können.⁶⁴

5.5.5 Arbeitsgruppe „Notfallversorgung“

In dieser Arbeitsgruppe wurde ein Prozess für die grenzüberschreitende Notfallversorgung erarbeitet, um eine schnelle Patientenversorgung in den Grenzregionen zu ermöglichen. Im Falle eines Notfalls in den Grenzgebieten war es sinnvoll, sich auf eine grenzüberschreitende Versorgung zu stützen, da die Transportzeit in das nächste Schwerpunktkrankenhaus in Italien bei 60 Minuten liegt, in das LKH Villach jedoch nur 20 Minuten. Aus diesem Grund wurde vom LKH Villach in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Roten Kreuz und Italien ein Notfallversorgungsprozess auf die Beine gestellt.

Nachdem die Frage der Kommunikation zwischen Notarzt und dem italienischen Team geklärt war, wurde noch die Frage der verkehrsrechtlichen Straßenbenützung und die Mautbefreiung ausgehandelt und im Anschluss ein zwischenstaatlicher Notfallvertrag aufgesetzt, der am 13.07.2004 von den politischen Vertretern beider Regionen in Muggia unterzeichnet und in Kraft gesetzt wurde.

⁶⁴ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 152f

Dieser Notfallvertrag inkludiert auch Patienten anderer Nationalitäten, wenn der Notfall nach Österreich gesendet wird. Die Verrechnung der entstandenen Kosten erfolgt mit den zuständigen Krankenversicherungsträgern. Um den Notfallstatus zu bescheinigen, kommt es zur Übergabe eines Notfallscheines, der dem Krankenhaus übergeben wird.

Die Krankenhausbehandlung der italienischen Patienten im LKH Villach oder LKH Klagenfurt wird in der allgemeinen Gebührenklasse von der Region Friaul-Julisch Venetien übernommen.

Die Frage der verkehrsrechtlichen Straßenbenützung wurde so geregelt, dass italienische Rettungsfahrzeuge zum Einsatz berechtigt sind und keine Mautgebühren bezahlen.⁶⁵

⁶⁵ Vgl. Abschlussbericht-Projekt „*Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung*“, 61f (unveröffentlicht)

5.5.6 Arbeitsgruppe“ Öffentlichkeitsarbeit“

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit wurde mehrsprachiges Informationsmaterial in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe „Patienteninformation“ erarbeitet. Darüber hinaus beschäftigte sich diese Gruppe mit dem Bekanntmachen des Projektes in regionalen und überregionalen Medien sowie mit der Organisation und Durchführung von Kongressen zum Thema Mehrsprachigkeit und interregionale Zusammenarbeit. In diesem Zusammenhang wurden ein mehrsprachiger Hygienetag in Villach, zwei Lymphologiekongresse in Udine und Wolfsberg, sowie ein mehrsprachiger Endometriose-Kongress und ein mehrsprachiger österreichischer Kongress für Krankenhausmanagement organisiert.⁶⁶

5.5.7 Arbeitsgruppe „Dauerhafte organisatorische und wissenschaftliche Kooperation zwischen Italien und Kärnten“

Um die Möglichkeiten einer dauerhaften organisatorischen und wissenschaftlichen Kooperation zwischen Italien und Kärnten besser auszubauen und zu verankern, wurde in Muggia mittels eines Notfallsvertrages der Grundstein gelegt. Durch die Gründung der Sanicademia, einer gemeinsamen internationalen Fortbildungsakademie für Gesundheitsberufe, wurde die Kooperation vervollständigt und im Projekt des INTERREG IV „Grenzüberschreitende Aus und Weiterbildung/Crossborder Health Education“ fortgeführt.⁶⁷

⁶⁶ Vgl. Abschlussbericht-Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ 63 (unveröffentlicht)

⁶⁷ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 156

6 Projekt INTERREG IV A “Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ 2007-2013

Nach dem Erfolg des INTERREG III A Projektes im Rahmen der gemeinsamen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung erfolgte der Beschluss, seitens des eigens gegründeten „Trilaterale Technische Gremium im Gesundheitswesen für die Alpen-Adria-Region“ weitere Projekte zu planen und für eine EU-Förderung für das INTERREG IV A (2007-2013) einzureichen.

In diesem Zusammenhang wurde auch geplant, Slowenien aktiver einzubauen, da Slowenien eher eine Beobachtersituation eingenommen hat. In diesem Moment können nur die Projekte beschrieben werden, da das INTERREG IV noch am Laufen ist und noch keine Ergebnisse der Arbeitsgruppen vorliegen.

Für folgende Projekte wurde ein Förderantrag gestellt:

- Aus und Weiterbildung/Crossborder education for health professionals
- International Communication Technology ICT
- Medizinisch-Chirurgische Zusammenarbeit
- Freier Verkehr sozialer Gesundheitsdienste und Dienstleistungen
- Welfare
- Biomedizinische Forschung
- Notfallversorgung⁶⁸

⁶⁸ Vgl. Deutz, Wolfgang 2010. *Interkulturelles Kooperationsmanagement: Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 170f

6.1 Crossborder Health Education

Das Haupt und Nachfolgeprojekt des INTERREG IIIA Programms ist das Projekt der Aus- und Weiterbildung „*Crossborder education for health professionals*“ wurde mit Juli 2008 genehmigt und ist seither am Laufen.

Die Projektdauer beträgt 36 Monate und die Gesamtkosten liegen bei rund 832.135,83 Euro.

Die beteiligten Regionen sind Kärnten mit 12 Krankenanstalten, Friaul–Julisch Venetien mit 22 Krankenanstalten und Veneto mit 90 Krankenanstalten.

Bei der Organisation des INTERREG IV Programm wurde der so genannte Leadpartner eingeführt, der für das gesamte Projekt und dessen Ausgaben verantwortlich ist. In diesem Fall wurde Kärnten zum Leadpartner gewählt und Friaul–Julisch Venetien bzw. Veneto sind die Projektpartner. Der Sanicademia, auf die ich im nächsten Unterkapitel eingehen werde, unterliegt die Aufgabe der Projektleitung.

Ausgangssituation des Projektes ist der Wandel des Gesundheitswesen in Europa, der sich durch steigende grenzüberschreitende Patienten- und Mitarbeitermobilität und die immer größer werdende Zahl an ausländischen Patienten in den beteiligten Regionen auszeichnet.

Trotz der ersten Schritte für eine Annäherung im Gesundheitsbereich durch das bereits beschriebene INTERREG III A-Projekt „*Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung*“ (2000-2006) mit sowohl einheitlich konzipierten Sprachkursen in Deutsch, Italienisch und Slowenisch, Workshops der Interkulturellen Kompetenz, Austauschprogrammen, Erarbeitung eines mehrsprachigen Informationsmaterials und mehrsprachigen Ansprechpartnern im Krankenhaus, eine Besserung der gegenseitigen Patientenzuweisung, Befundübermittlung und Notfallversorgung, als auch durch die erfolgreiche Gründung der Sanicademia, eine internationale Fortbildungsakademie für Gesundheitsberufe, stellt sich das Problem einer mangelnden grenzüberschreitenden Aus- und Weiterbildungsmöglichkeit für den Gesundheitsbereich. Gründe dafür sind die verschiedenen Gesundheitssysteme, Lehrpläne, Lehrangebote etc.

Ziel des Projektes ist es die Qualität der Aus- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe zwischen den beteiligten Regionen zu verbessern und zu

harmonisieren, die vorhandenen Gesundheitssysteme und –Ressourcen zu bündeln und nachhaltig zu stärken, sowie die Systeme des Qualitätsmanagement im Krankenhaussektor zu harmonisieren.⁶⁹

Dieses Projekt wurde in so genannte „Workpackages“ mit Schwerpunkten eingeteilt, die in der folgenden Abbildung ersichtlich sind und anschließend genauer erklärt werden:

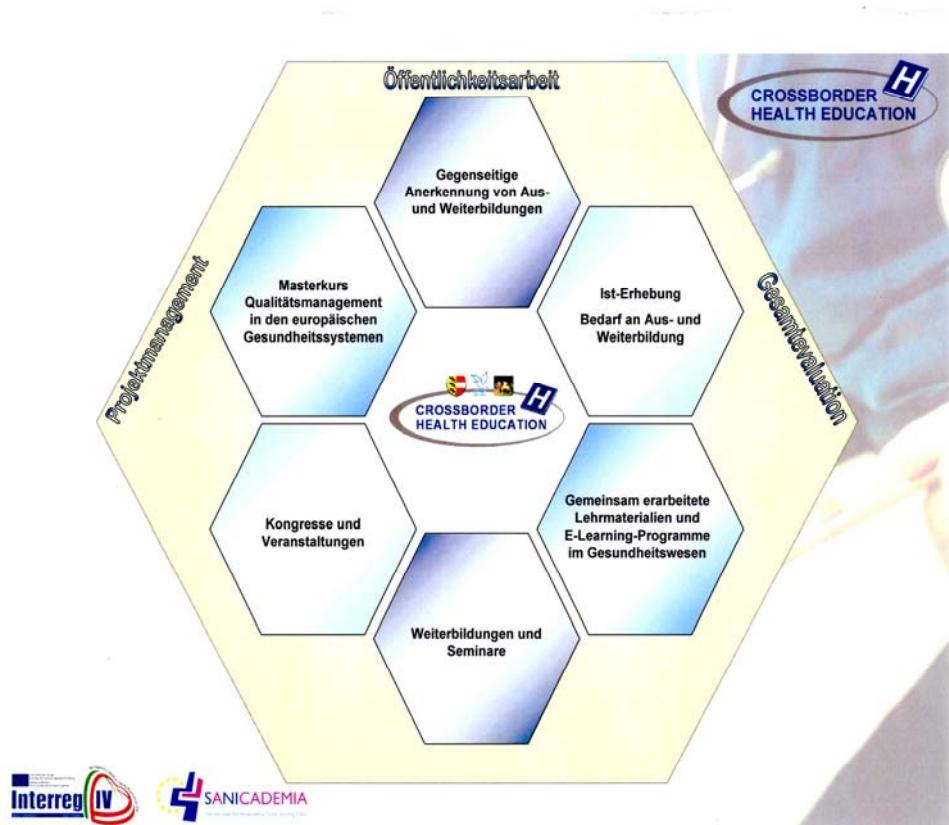


Abb.) 14

⁶⁹ Vgl. Präsentation INTERREG IV, Sanicademia. (unveröffentlicht)

- 1) Projektmanagement und Controlling
 - 2) Qualitätsverbesserung der Aus- und Weiterbildungsangeboten in den beteiligten Regionen
 - Aktualisierung der bereits vorhandenen Ergebnisse durch das INTERREG III
 - Erstellung einer Studie über die verschiedenen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen der drei Regionen
 - Ausarbeitung einer Vereinbarung bezüglich gemeinsamer Ausbildungsprogrammen (Online- Fortbildungskurse, E-learning, Online-Plattform)
 - Erstellung eines Harmonisierungsmodells für die Annäherung der verschiedenen Lehrpläne der beteiligten Regionen
 - Erarbeitung eines Konzepts für gemeinsame Zusatz- und Spezialausbildungen
 - Konzepterstellung eines gemeinsamen Masterprogramm „Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“
 - Ausarbeitung für Tandemprogramme und gemeinsame Lerngruppen, um die Sprache zu erlernen und interkulturelle Erfahrungen auszutauschen
 - 3) Approbation von Weiterbildungsmöglichkeiten bei Veranstaltungen in der Partnerregion
 - Untersuchung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Anrechnung von grenzüberschreitenden Seminaren und Kongressen.
 - Erarbeitung von vereinfachten Anrechnungsmodellen
 - 4) Durchführung von Lehr- und Weiterbildungsveranstaltungen
 - Organisation und Durchführung von Arbeits- und Schulpraktika sowie von Austauschprogrammen
 - Pilotkurs des Masterprogramms „Qualitätsmanagement“ im Gesundheitswesen“
 - Weiterführung und Weiterentwicklung der Sprachkurse
 - Erstellung von Zusatzlernunterlagen
 - Ausbau der didaktischen Methoden
 - Organisation von gemeinsamen Kongressen, Seminaren und Workshops
3. Projektevaluation

6.2 Die Sanicademia- internationale Fortbildungsakademie für Gesundheitsberufe

Die Sanicademia ist eine europäische wirtschaftliche Interessensvereinigung und wurde im Anschluss auf das erfolgreiche INTERREG III A Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ im Jahr 2006 gegründet.

Die Projektpartner sind Kärnten, Veneto und Friaul-Julisch Venetien mit jeweiligen Standorten in Villach, Venedig und Görz, wobei sich der Hauptsitz in Villach befindet. Im Jahr 2009 trat auch Slowenien der Sanicademia bei.

Das Ziel der Sanicademia ist der Aufbau, die Koordinierung und Ergänzung eines internationalen interdisziplinären Zentrums für Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen, um so die Qualität der Gesundheitsversorgung grenzüberschreitend zu steigern. Weiters ist die Sanicademia Leiter von europäischen Projekten wie das bereits erwähnte Projekt „*Crossborder education for health professionals*“ im Zuge des INTERREG IV A.

Die drei Tätigkeitsschwerpunkte dieser internationalen Fortbildungsakademie sind die Aus- und Fortbildung, das Projektmanagement und die Organisation und Durchführung von internationalen Kongressen und Seminaren.

Das Bildungsangebot zielt auf die Verbesserung der Patientenversorgung, der Harmonisierung fachlicher Kompetenzen und auf Qualitätsmanagement sowie auf die Sensibilisierung bei kulturellen Unterschieden in der Zusammenarbeit.

Priorität ist es, die fachlich-methodische Kompetenz, die Fremdsprachenkompetenz und die interkulturelle Kompetenz zu fördern, um die bereits angesprochene grenzüberschreitende Patientenversorgung zu verbessern.

Das Leitbild der Sanicademia baut stark auf interkulturelle Kommunikation. Aus diesem Grund nimmt diese immer wieder Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen auf. Diese Mitarbeiter werden durch Sprachkurse gefördert und das führt dazu, dass die Kommunikation in der Fremdsprache bei Veranstaltungen und Projekten für die Mitarbeiter als ganz normal angesehen wird.

Die Sanicademia arbeitet auch mit Übersetzungen im Schriftverkehr durch die eigenen Mitarbeiter. Dokumente werden mehrsprachig aufbereitet und bei Sitzungen und Kongressen wird simultan gedolmetscht.

Zu den grenzüberschreitenden Projekten an denen die Sanicademia zurzeit arbeitet, gehören das bereits erwähnte Projekt „*Crossborder education for health professionals*“ zwischen Österreich und Italien, aber auch das Projekt „*Health*“ zwischen Österreich und Slowenien. Beide Projekte laufen über das EU Programm INTERREG IV A.

Das Ziel des Projektes „*Health*“ ist es, die grenzübergreifende Zusammenarbeit, Organisation und Kompetenzentwicklung von Gesundheitsinstitutionen durch den Aufbau von gesundheitsbezogenen Diensten zu verbessern. Die Themenschwerpunkte sind Risikomanagement, Wissens-Management und Transfer sowie Ressourcenmanagement.

Weitere internationale Projekte sind das Regionale Projekt „*IN FORM*“ Villach bei der es um die Adipositas-Thematik geht. Hierbei kommt es zu Ausbildungen von Adipositas-Trainern, Prävention und Therapiemöglichkeiten für fettleibige Kinder. Derzeit werden 86 Kinder von eigenen Adipositas-Trainern betreut. Am 26. März 2008 ist das Projekt gestartet, in dem die Kinder für 2 Jahre ein Programm aus Bewegung, psychologischer Betreuung und Ernährungsberatung (auch für Eltern) in Anspruch nehmen können. Es wurden auch Kochwerkstätten für die ganze Familie und Bewegungsevents organisiert.

Darüber hinaus existiert ein „*IN FORM*“ Projekt auf EU-Ebene, dessen Ziel es ist, das Übergewicht bei Kindern anhand von Präventionen, Therapien, Vernetzung von vorhandenem Wissen und Entwicklung von Ausbildungsprogrammen und der Errichtung eines fachkundigen Zentrums zu bekämpfen. An diesem Projekt sind Österreich, Italien, Slowenien, Ungarn, Bulgarien, Norwegen, Finnland, United Kingdom, Schweden, Serbien und die Schweiz beteiligt.

Zu den Ausbildungen, die die Sanicademia anbietet, gehören aktuell die „Antibiotika Fortbildungslehre“ für MedizinerInnen aus Italien, Österreich und Slowenien; der „Adipositas-Trainer Lehrgang“; die bereits angesprochenen Sprachkurse (A1-C2) in Deutsch, Italienisch, Slowenisch und Kroatisch sowie die Seminare „*Hygiene im Krankenhaus*“ und „*Patientensicherheit*“.

Zu den aktuellen akademischen Lehrgängen zählen „*Masterlehrgang Qualitätsmanagement*“, der auch bereits von Oktober 2009 bis März 2011

stattgefunden hat. Dieser Masterlehrgang wurde an der Universität Udine und der FH Feldkirchen durchgeführt. An diesem Masterlehrgang, bestehend aus 14 Modulen, nahmen insgesamt 20 Teilnehmer, darunter 11 aus Italien, 3 aus Slowenien und 6 aus Kärnten teil. Zur Ausbildung gehören Praktika in den Gesundheitseinrichtungen im Veneto, Friaul-Julisch Venetien, Slowenien und Kärnten und das Verfassen einer Masterthesis.

Seit November 2010 gibt es auch dem Weiterbildungslehrgang „Klinisches Risikomanagement“, wobei die Veranstaltungen abwechselnd in Österreich und Slowenien stattfinden. Die Unterrichtssprache ist Englisch, bei hochrangigem Vortragenden erfolgt eine Simultanübersetzung.

Als dritte Aufgabenstellung befasst sich die Sanicademia mit Kongressorganisation wie zum Beispiel dem internationalen Kongress für Qualität im Gesundheitswesen, dem internationalen Kongress für Geriatrie und Gerontologie sowie einer internationalen Adipositas Konferenz und den Tag der Hygiene.⁷⁰

Aktuell finden die 49. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde mit dem Themenschwerpunkt „Pädiatrie quo vadis“ vom 06. Oktober bis 08. Oktober 2011 statt und der „Fortschreibungstag für Pflegehelferinnen“ am 7. und 14. November 2011, welcher im LKH Villach abgehalten wird. Auf dem Programm dieser Fortbildungsreihen stehen folgende Vorträge:

- Ethik in der Pflege
- Die Basis der Krankenhaushygiene
- Patientenrechte/Patientensicherheit
- Umgang/Qualitätssicherung mit Pflegegerätschaften
- Riskmanagement
- Arbeitsplatzsicherheit⁷¹

⁷⁰ Vgl. Präsentation Sanicademia (PPP): (unveröffentlicht),

vgl. <http://www.sanicademia.eu/index.php?lang=de> (18.06.11)

⁷¹ Vgl. unter <http://www.sanicademia.eu/images/programm.pdf> (4.10.11)

Die anschließende Tabelle zeigt die Teilnehmeranzahl der bisher veranstalteten Ausbildungen und Kongressen:

zyklisches Kongressprogramm	Jahr	Teilnehmer	Referenten
1. internationaler Kongress für Qualität im Gesundheitswesen	2007	73	9
1. internationaler Kongress für Geriatrie und Gerontologie	2008	147	39
7. Tag der Hygiene	2008	400	20
2. internationaler Kongress für Qualität im Gesundheitswesen	2009	134	11
1. internationale Adipositaskonferenz	2010	63	12
2. internationaler Kongress für Geriatrie und Gerontologie	2010	374	52
8. Tag der Hygiene	2010	400	40
		1591	183

Aus-, Fort- und Weiterbildungen	Jahr	Teilnehmer	Referenten
Adipositas-Trainer-Ausbildung	2007	29	10
MSc-Programm "Europäisches Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen"	2009 - 2011	17	55
Obesity-Trainer-Education	2010	18	32
Akademische Ausbildung "Klinischer Risikomanager"	2010 - 2012	17	17
Schmerzmanager	2011		
Antibiotikaforbildungssreihe	2011		
Sprachkurse gem. den Levels des Council of Europe	2003 - 2011	745	7
Austauschprogramme	2003 - 2011	14	
		840	121

Abb.) 15

7 Zusammenfassung und Schlusswort

Die Ausarbeitung dieser Diplomarbeit hat mir Einblick in die Aspekte der Mehrsprachigkeit und interkulturelle Kommunikation bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung im Alpen-Adria Raum gewährt. Es wurde der Zusammenhang der Mehrsprachigkeit und Interkulturellen Kommunikation mit internationalen Kooperationen dargestellt und erläutert, welchen Status diese auf der EU- Ebene darstellen, da die Europäische Kommission sowohl eine multilinguale Gesellschaft als auch Wirtschaft fordert.

Die INTERREG Programme basieren auf der europäischen Regionalpolitik, welche versucht einen wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalt innerhalb der EU zu kreieren und die Wettbewerbsfähigkeit auszugleichen. Diese INTERREG Programme sind eine Gemeinschaftsinitiative des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) und existieren seit Anfang der 90er Jahre. Die Europäische Kommission fördert dadurch grenzüberschreitende (Strang A), transnationale (Strang B) und interregionale (Strang C) Zusammenarbeiten.

An Hand der INTERREG III A und IV A Projekte, die in dieser Diplomarbeit beleuchtet wurden, wurden unter anderem die Rechte der EU Bürger in Bezug auf die Gesundheitsversorgung in einem anderen EU- Land aufgeklärt und es wurden die unterschiedlichen Gesundheitssysteme beleuchtet, die auch meine persönlichen Erfahrungen widerspiegeln. Während in Österreich die Kosten für die Gesundheitsversorgung größtenteils durch den Staat Österreich finanziert werden, nutzen die Italiener eher die private Krankenversicherung, um sich einen schnelleren Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen zu sichern.

Die Rahmenstrategie 2008 der EU und die Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte sollte es allen EU- Bürgern erleichtern, einen Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung zu bekommen, ohne in Italien zum Beispiel einen Privatarzt aufzusuchen zu müssen. Aus eigener Erfahrung muss ich leider zugeben, dass es trotz den interessanten EU-Projekten schwierig ist an Informationen zu gelangen. Bei meinen Recherchearbeiten hatte ich Schwierigkeiten den Nebensitz der Sanicademia in Triest zu finden, der sich wie sich herausgestellt hat, in der Zwischenzeit in Görz befindet, eine Tatsache die mir durch die mangelnde Aktualisierung der betreffenden Internetseite entgangen war. Auch in den

italienischen Kliniken bzw. bei den Hausärzten selbst herrscht noch große Unschlüssigkeit, wie mit ausländischen Patienten umgegangen werden soll. In den letzten paar Jahren die ich hier in Triest lebe, musste ich einige Male auf die italienische Gesundheitsversorgung zurückgreifen und traf immer wieder auf Probleme bezüglich der europäischen Krankenversicherungskarte und der mit dieser darin verbundenen Kostenrückerstattung. Ein Grund dafür besteht bedauerlicherweise in der Tatsache der mangelnden Information und Aufklärung seitens der öffentlichen Institutionen.

Grundsätzlich hat mir die Ausarbeitung meiner Diplomarbeit viele positive Erfahrungen gelehrt und gezeigt, wie die unterschiedlichen Arbeitsgruppen der INTERREG III und IV A Projekte interessante Ergebnisse und Fortschritte erzielen konnten. Zur Erleichterung der Patientenkommunikation wurden mehrsprachige Informationsbroschüren und Aufnahmeformulare sowie eine Notfallbroschüre gestaltet und Interviews mit fremdsprachigen Patienten geführt, die durchaus positive Resultate erreichten und bei denen sich herausstellte, dass eine Mehrsprachigkeit seitens des Krankenhauspersonal erwünscht wäre. Dies führte dazu, dass man sich in der Gailtal-Klinik Hermagor sofort umsah, Mitarbeiter mit Fremdsprachen-Kenntnissen einzustellen. Es kam darüber hinaus zur Ausarbeitung von krankenhausspezifischen Sprachkursen mit Sprachskriptum plus Audio CD gemäß des europäischen Referenzrahmen, die von den Krankenhausmitarbeitern sehr gut angenommen wurden und ein positives Feedback mit sich brachten. Diese Sprachkurse sind essentiell, um eine interkulturelle Kommunikation im Krankenhausumfeld zu garantieren.

Meiner Meinung nach, wäre es nützlich, die erwähnten Sprachkurse auf alle Krankenhäusern in Kärnten auszuweiten, um so peinlichen Missverständnissen vorzubeugen. Der organisierte Austausch von Krankenhauspersonal und die anschließenden Reflexionen der TeilnehmerInnen haben einige Vorurteile und vorgefasste Meinungen widergespiegelt. Dieser Kulturtransfer in eine andere Arbeitswelt, mit dem Ziel, die Partnerseite besser kennen- und verstehen zu lernen, stellte jedoch gleichzeitig eine wichtige Erfahrung mit durchaus positiven Feedback dar.

Des Weiteren wurde in den Arbeitsgruppen auch versucht die wissenschaftliche Zusammenarbeit im Bereich der Lymphologie zu stärken und den Wissensaustausch laut EU-Idee durch gemeinsame Seminare und Kongresse zu fördern. Um eine zukünftige Patientenüberweisung und Befundübermittlung auszubauen wurde ein „Communication Server“ gestaltet und 2004 wurde ein Notfallvertrag aufgesetzt. Darüber Hinaus wurde im Zusammenhang mit der Öffentlichkeitsarbeit ein mehrsprachiges Informationsmaterial erstellt und einige gemeinsame Kongresse organisiert.

Ein Meilenstein für eine dauerhafte organisatorische und wissenschaftliche Kooperation wurde durch die Gründung der Sanicademia am Ende des INTERREG III A Programms gelegt. Diese internationale Fortbildungsakademie für Gesundheitsberufe, eine europäische Interessensvereinigung, wurde auch zum Leiter des „*Crossborder health education*“ des INTERREG IV A Projektes zwischen Kärnten, Friaul-Julisch Venetien ernannt. In diesem Projekt, welches von 2007 bis 2013 läuft, kam es zu einer Erneuerung, die die Einführung eines Leadpartners betrifft, in diesem Fall Kärnten, welcher die gesamte Verantwort für die Ausgaben trägt.

Das laufende Projekt „*Crossborder health education*“ basiert auf Harmonisierung und Qualitätsverbesserung um durch Sprachkurse, Fortbildungsreihen und Austauschprogrammen sprachliche und interkulturelle Kompetenz zu bewirken und zu steigern. Immer steigende Zahlen von ausländischen Patienten in den Krankenhäusern verlangten nach einer adäquaten Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen, da die Krankenanstalten mit Problemen wie die unterschiedlichen Gesundheitssysteme, unterschiedliche Lehrpläne und Lehrangebote sowie verschiedene gesetzliche Grundlagen zu kämpfen hatten.

Abgesehen von der Organisation diverser Projekte wie „*Health*“, ein Projekt zwischen Österreich und Slowenien, ebenfalls im Rahmen des INTERREG IV, oder „*IN FORM*“, ein Projekt, welches die Adipositasthematik und die Sensibilisierung dieser behandelt; liegt der Aufgabenbereich der Sanicademia auch in der Organisation von Kongressen und Fort- bzw. Weiterbildungen.

Eine genaue Bilanz dieses Projektes kann in diesem Moment noch nicht gezogen werden, da das INTERREG IV A Programm noch nicht abgeschlossen ist. Meiner

Meinung nach, sind die hier beschrieben EU- Projekte ein sehr guter Ansatz um eine mehrsprachige, interkulturelle und angemessene Gesundheitsversorgung im Alpen-Adria Raum zu schaffen. Ich denke, wir stehen noch in den Anfängen einer großartigen Zusammenarbeit zwischen den Grenzregionen, die hoffentlich in Zukunft vor allem bei der Information und Öffentlichkeitsarbeit ausgebaut werden kann, um so einem vereinten Europa zu entsprechen, in dem es abgesehen von den Landesgrenzen auch keine sprachliche Barrieren geben sollte.

8 Riassunto in italiano

La mia tesi di laurea ha il titolo "Plurilinguismo e comunicazione interculturale nell'ambito della sanità transfrontaliera della zona Alpe- Adria".

Il primo capitolo spiega in primo luogo le dinamiche dei termini "Plurilinguismo", "cultura e collaborazione" e "comunicazione interculturale", per far comprendere meglio i loro significati per una collaborazione transfrontaliera nella zona Alpe Adria, una zona nella quale si confrontano tre diverse lingue e culture Austria, Italia e Slovenia.

Il plurilinguismo fa parte dei documenti interpretativi dell' Unione Europea, atto a facilitare le collaborazioni tra queste tre diverse realtà sotto vari aspetti, tra cui quello della sanità trattata in questa tesi. Siccome però non tutti gli interlocutori conoscono le diverse lingue, possono nascere malintesi o problemi comunicativi.

Dato che nel corso di tali collaborazioni esiste una grande necessità di comunicare, come programmare e definire gli obiettivi ed intervenire a svariate riunioni, la situazione richiede anche una grande competenza linguistica da parte di tutti i collaboratori.

Dopo il primo programma di INTERREG, che affronta al suo interno anche l'aspetto sanitario, sono state realizzate varie interviste con i diversi partner ed i risultati parlano chiaro: gli intervistati ritengono che delle buone capacità linguistiche siano un fattore importante per collaborare, ma nello stesso tempo criticano le scarse capacità dei vari partner, un ostacolo a cui era possibile rimediare solo con l'aiuto d'interpreti, impiegati bilingui o corsi di lingue.

Il rapporto di bilancio svolto dalla Commissione Europea, che prende in esame il periodo 1995-1999, sottolinea chiaramente tali problemi, oltre alle difficoltà dovute a sistemi amministrativi differenti e la diversa mentalità.

Questo capitolo spiega inoltre le diverse definizioni del termine "collaborazione" dal punto di vista economico, pedagogico e sociologico, nonché delle scienze della comunicazione.

In un'Europa unita, nella quale si tenta di creare un solido scambio economico, ecologico e culturale, compare sempre più il termine "comunicazione interculturale" che sottolinea la chiara relazione tra cultura-inteso come mentalità- e comunicazione.

Quando si svolgono cooperazioni internazionali, in cui s'incontrano diverse forme di mentalità e comunicazione, è importante sapersi comportare e relazionare con chi si ha davanti. In questo contatto culturale bisogna imparare e rispettare le rispettive regole di comportamento e comunicazione. Per di più, per evitare conflitti bisogna capire il contesto socio-culturale del partner.

Siccome nei capitoli seguenti si parla dei progetti europei INTERREG, il 2° capitolo spiega il significato di plurilinguismo nell'ambito di Unione Europea, un'attuale tematica della politica continentale.

Gli obiettivi sono la promozione nell'imparare lingue straniere ed un'economia multilingue, varietà linguistica e garanzia per una giurisdizione, procedimenti legali ed informazioni in una lingua scelta dai cittadini della Comunità Europea.

Nel quadro strategico per il plurilinguismo risalta la richiesta della "formula 1 più 2" della Commissione Europea, che richiede a tutti i cittadini europei l'apprendimento di due lingue straniere oltre alla propria madrelingua. Per raggiungere quest'obiettivo sono finanziati progetti come LINGUA, SOKRATES o LEONARDO DA VINCI.

Inoltre s'investe in borse di studio per divenire assistente di lingua in un paese straniero, scambi scolastici e progetti di gemellaggio. Si favorisce, altresì, la promozione d'insegnamento di lingue straniere, l'introduzione delle lingue di minoranza nelle scuole e una migliore formazione degli insegnanti per facilitare l'apprendimento della materia anche a una giovane età con adeguati mezzi didattici e logistici. È suggerito di introdurre l'uso della lingua straniera come comunicazione scolastica anche per materie come matematica o biologia per autenticarne l'uso. Inoltre si pensa di raggiungere l'obiettivo anche tramite l'ampliamento delle cattedre universitarie ed i progetti di ricerca per le nuove tecnologie di comunicazione.

Per di più la competenza plurilinguistica viene vista anche come fattore essenziale nel settore economico, dato che a livello interculturale si rivela al quanto essenziale per facilitare un marketing globale. Viviamo in un'epoca in cui le frontiere tra i paesi svaniscono, in cui le possibilità nel mercato di lavoro aumentano notevolmente le possibilità di sviluppo, se si è capaci di comunicare. Tali capacità aprono sicuramente le opportunità di carriera nell'UE.

Oltre a ciò è stato creato un forum di tecnologia plurilinguistica che consiste nel raggruppare tutti gli esperti nei settori d'industria, scienza e politica che hanno lo scopo di sviluppare risorse standardizzate in tutte le lingue dell'UE.

La Commissione Europea vuole investire nell'industria delle lingue, come insegnanti, training linguistici, certificazioni, tecnologie di traduzione e ricerche, ma soprattutto anche nella formazione di eccellenti interpreti, a cui viene data la possibilità di poter lavorare nelle varie istituzioni come polizia, tribunale o ospedale.

Il programma INTERREG, di cui fa parte il progetto "Collaborazione transfrontaliera per la cura del malato", l'argomento principale di questa tesi di laurea, è un'iniziativa comunitaria del FESR- fondo europeo dello sviluppo regionale, che grazie alla Commissione Europea promuove dagli anni '90 le collaborazioni transfrontaliere (orientamento A) transnazionali (orientamento B) ed interregionali (orientamento C) tra i paesi membri dell'UE.

Il programma INTERREG ha le sue radici nella politica regionale dell'Unione Europea ed è per questo che viene trattata anche la politica regionale in questo secondo capitolo.

L'intenzione della politica regionale consiste nello stabilire un'unione economica e sociale tra i paesi membri bilanciando la competitività tra essi.

Si trattano anche sia le priorità del periodo di programma 2003-2006, periodo del primo progetto INTERREG III A "Collaborazione transfrontaliera per la cura del malato", rilevante per questa tesi, che quelli del secondo progetto INTERREG IV A, progetto successore, del periodo 2007-2013.

Questi ultimi riguardano sostenibilità, competitività regionale, occupazione e collaborazione territoriale europea. Quest'ultimo fornisce la base per progetti regionali, locali e transnazionali. Per la realizzazione di questi obiettivi l'Unione Europea si serve dei finanziamenti del FESR- fondo europeo per lo sviluppo regionale, del FSE- fondo sociale europeo e del fondo coesione.

Il capitolo seguente tratta la tematica della sanità transfrontaliera, i motivi per una collaborazione oltre confine e le condizioni generali da parte dell'UE.

Vivendo in questa realtà di unione sempre crescente, fatta di strette collaborazioni su posti di lavoro oltre confine, nonché di un turismo sempre presente, il fattore sanitario diventa di elevata importanza.

Una collaborazione transfrontaliera ottimizza quest'aspetto anche in caso di emergenze, difficoltà a raggiungere i servizi sanitari nelle zone di confine, lunghe liste d'attesa per i pazienti, la possibilità di avere accesso alle infrastrutture e al personale oltreconfine, aumento della qualità di cura del paziente come anche l'opportunità di creare una sanità coordinata.

Un chiaro progresso è stato fatto con l'attivazione, all'interno di tutti i Paesi aderenti all'Unione, delle tessere sanitarie europee, atte a facilitare considerevolmente le cure mediche dei pazienti durante la trasferta all'estero.

In tal senso si necessita dell'adozione di eguali misure in termine di qualità, trattamento e prestazioni a più livelli per i pazienti comunitari, prevedendo tra l'altro un trattamento economico di rimborso omogeneo. Tutto ciò è già presente in una direttiva proposta dal Parlamento Europeo riguardante i diritti sanitari dei pazienti transfrontalieri, coperti da assicurazione sanitaria, che prevedono ricoveri della durata di almeno una notte e previa autorizzazione preventiva, uso di equipaggiamento, anche di elevato costo, e la fruizione d'infrastrutture ospedaliere. Importante è inoltre l'aspetto burocratico, con diritto d'informazioni relative alle condizioni di trattamento e la possibilità di ricorso.

Un altro aspetto importante è l'istituzione di appropriati nodi atti allo sviluppo di sempre più moderne tecnologie mediche.

Oltre alla direttiva europea bisogna capire anche le diversità tra i sistemi sanitari dell'area Alpe - Adria. La sanità in Austria è carico dello stato, anche se alcune sue parti dipendono da Regioni o Comuni. Gli enti previdenziali austriaci si occupano del finanziamento del sistema sanitario, di cui usufruisce la maggior parte dei cittadini pagando il loro contributo sociale.

Il ricovero ospedaliero viene retribuito tramite il finanziamento dell'istituto di cura. In Italia invece esiste il "Servizio Sanitario Nazionale", con il quale si voleva creare un programma di servizi sanitari unificati. Dopo varie riforme, l'autonomia assoluta di

gestire le questioni sanitarie, assegnata alle Regioni portava a vasti tagli dei servizi gratuiti. L'Italia è un caso eccezionale in quanto il sistema sanitario, dato che solo il 37% del finanziamento è coperto dallo Stato. Questo è il motivo per cui il 30% degli italiani preferisce assicurarsi privatamente anche perché l'accesso ai servizi privati è visto più confortevole, veloce e facile. Manca anche una collaborazione tra i servizi pubblici e quelli privati, il che porta al fatto che questi ultimi sono considerati più per sostituire che per completare i primi.

Un altro fattore interessante è che il cosiddetto medico di famiglia, che è o un Dottore di medicina generale o un Pediatra, ha un ruolo decisivo per i casi di ogni giorno e per l'invio del paziente in strutture corrette per esami approfonditi compiuti da medici specializzati nel settore in interesse.

In Slovenia invece esiste un sistema sanitario, approvato da una legge del 1992, diviso in due gruppi. Il primo comprende operai e i suoi familiari non esercitanti un'attività lucrativa che pagano contributi sociali relazionati ai loro redditi, l'altro invece è relativo a disoccupati, contadini ed imprenditori che pagano un contributo predefinito. Tutti i servizi sanitari essenziali vengono coperti completamente dal sistema sanitario nazionale.

Dopo aver spiegato la Direttiva Europea e le differenze tra i vari sistemi sanitari, si presenta nel capitolo 4 il primo progetto svolto in cooperazione tra Italia ed Austria, facente parte del programma INTERREG III A, chiamato "Collaborazione transfrontaliera per la cura del malato".

Il progetto è iniziato il 26 agosto 2003 ed è terminato il 15 febbraio 2006, a seguito di una richiesta di proroga da parte dell'Italia.

Al programma hanno preso parte circa 120 persone delle regioni Carinzia, Friuli Venezia Giulia e Veneto con l'obiettivo di una collaborazione duratura tra le strutture sanitarie delle regioni coinvolte, valorizzando l'utilizzo comune delle risorse umane e tecnologiche, introducendo un programma di formazione collettivo in ambito sanitario, migliorando la comunicazione con i pazienti stranieri e la gestione dei loro referti ed ottimizzando i soccorsi nei casi di emergenza nelle zone di confine.

La necessità di realizzare questo tipo di progetto nasceva dal fatto che l'assistenza sanitaria oltreconfine presentava delle lacune. Infatti, per prestare soccorso o

assistenza a uno straniero per esempio, le Istituzioni sanitarie ed ospedaliere dovevano affrontare una serie piuttosto lunga di problematiche tra cui la gestione della privacy e questioni varie di natura burocratica e logistica.

Un altro aspetto che era stato preso in considerazione era l'assenza, in Veneto e FVG, di un settore specializzato in Linfologia. Ciò portava inevitabilmente alcuni pazienti italiani e sloveni a rivolgersi a strutture ospedaliere in Carinzia e quindi l'approfondimento di questa specifica tematica è diventata una priorità del progetto di Collaborazione transfrontaliera per la cura del malato.

Per la realizzazione degli obiettivi preposti, sono stati creati diversi gruppi di lavoro con collaboratori sia dalla parte italiana, che dalla parte austriaca.

“Il gruppo per l’orientamento del paziente e la comunicazione” ha elaborato dei questionari per pazienti italiani in cura negli ospedali carinziani, attraverso i quali essi dovevano commentare il soggiorno nell’ospedale straniero esprimendo i loro desideri e così offrire spunti per un miglioramento della situazione.

Da questi questionari è emerso che la maggior parte dei pazienti italiani in cura in un ospedale carinziano vorrebbe ricevere informazioni di più facile comprensione ed interagire con un interlocutore che parli italiano. In seguito a queste richieste sono stati realizzati degli opuscoli con informazioni dettagliate per stranieri e dei moduli per il ricovero, scritti in entrambe le lingue.

Sono stati inoltre stilati delle liste d’interpreti reperibili in zona ed un elenco di persone a disposizione come primo interlocutore per i pazienti italiani all’interno dell’ospedale.

In più sono stati organizzati corsi di lingua tecnica scientifica per i dipendenti ospedalieri coinvolti ed è stato redatto un libro di testo contenente esercizi grammaticali e di conversazione e la terminologia specifica, seguendo il piano didattico del Quadro di Riferimento Europeo delle lingue.

Il livello di base A1 contiene tra l’altro il presentarsi, la gestione dei propri dati, l’orario dei pasti e di visita, i numeri, la temperatura e le informazioni riguardanti la mensa. Il livello leggermente avanzato A2 invece tratta lo svolgimento della giornata tipica ospedaliera, registrazione dei dati, compilazione di formulari, anatomia e termini tecnici del primo soccorso e della medicina generale. Il livello relativamente avanzato B1 si occupa delle tematiche nel comprendere le chiamate telefoniche più

complesse, cogliere in modo dettagliato referti medici e documenti dell'assicurazione sanitaria, compilare i formulari di consenso per le operazioni, ecc.

Questi tipi di corsi sono stati molto graditi dai partecipanti, soprattutto per la loro praticità, utilità e le possibilità di comunicazione offerta dagli insegnanti del corso.

Detto gruppo di lavoro ha progettato e svolto inoltre uno scambio di personale medico, infermieristico ed amministrativo tra gli ospedali di Latisana e Villaco in un periodo di alta stagione turistica, il che permetteva di conoscere meglio i rispettivi iter lavorativi. Dopo quest'esperienza è stato chiesto ai partecipanti di scrivere delle riflessioni concernenti il soggiorno. Queste mettevano in luce alcuni pregiudizi e luoghi comuni come ad esempio il ruolo della donna in Italia e rispecchiavano la differenza di mentalità e dei servizi sanitari.

Mentre il paziente austriaco entra in una struttura ospedaliera già con delle pretese, il paziente italiano si sente più facilmente appagato.

Il Feedback illustrava anche che questo tipo di scambio ha contribuito in maniera positiva a sviluppare tolleranza ed apertura mentale nel contesto interculturale e che questa capacità linguistica appresa all'estero si è dimostrata anche utile una volta tornati nelle rispettive strutture ospedaliere. I partecipanti hanno anche avanzato richiesta di estendere i corsi di lingua nell'ambito della medicina specializzata.

“Il gruppo di lavoro della collaborazione scientifica” si dedicava completamente al campo della linfologia creando materiale plurilinguistico per facilitare l'informazione dei pazienti su diagnosi e terapia e per sostenere la prevenzione dei linfomi. Sono stati organizzati congressi e seminari specifici per il personale medico a Udine e Wolfsberg con lo scopo di conoscere meglio questa patologia.

Nell'ambito del progetto “Collaborazione transfrontaliera per la cura del malato”, “il gruppo di lavoro dei soccorsi” ha stipulato un accordo per l'emergenza tra il Friuli Venezia Giulia e la Carinzia. Detto accordo prevede il trasporto di pazienti italiani oltreconfine negli ospedali di Villaco e Klagenfurt, in caso di emergenza. In tali casi al confine tra Friuli Venezia Giulia e Carinzia, i soccorritori possono usufruire di un chiaro vantaggio in termini di tempestività portando il paziente all'ospedale di Villaco che è distante solo venti minuti, invece di percorrere la strada per l'ospedale di Udine.

Quest'accordo di emergenza stabilisce che in caso d'emergenza le ambulanze italiane sono autorizzate a portare i pazienti in ospedali più vicini in Carinzia, senza dover pagare il pedaggio stradale. L'accordo include una tariffa per i costi dei pazienti italiani portati negli ospedali in Carinzia, dei quali si fa carico la regione italiana. Un altro compito di questi cosiddetti gruppi di lavoro si riferisce alla creazione di una piattaforma "Communication Server" per facilitare la gestione dei pazienti ed i loro referti medici.

Dopo il grande successo del progetto INTERREG III A "Collaborazione transfrontaliera per la cura del malato", è stato deciso di ampliare i risultati del progetto precedente con quello seguente denominato "Crossborder education for health professionals" in ambito del programma INTERREG IV A, come descritto nel capitolo 5. In questo progetto è previsto coinvolgere più attivamente anche la Slovenia che fino ad ora ha svolto il solo ruolo di osservatore.

Le regioni partecipanti di questo progetto sono la Carinzia con 12 ospedali, Friuli Venezia Giulia con 22 istituti ospedalieri e Veneto con 90 strutture sanitarie. Una novità è la decisione di introdurre un "Leadpartner", in questo caso la Carinzia, che è responsabile di tutte le spese riguardanti il progetto. Le priorità consistono nell'armonizzare e migliorare la qualità della formazione nonché l'aggiornamento dei professionisti della salute nelle regioni partecipanti, nella previsione di dover far fronte alle esigenze di una crescente mobilità di pazienti e lavoratori.

Nel tentativo di convergere i sistemi sanitari e le risorse esistenti, contribuiscono al rafforzamento del sistema transfrontaliero.

La Sanicademia è il gestore del già menzionato progetto "Formazione ed aggiornamento transfrontaliero ed interregionale in ambito sanitario" (Crossborder Health Education), il quale è stato pianificato in cosiddetti "Workpackages" che dividono il lavoro da svolgere fino al 2013.

Il ponte tra il progetto INTERREG III A (2003-2006) e il seguente INTERREG IV (2007-2013) costituisce proprio la fondazione della Sanicademia - Accademia Internazionale per la Formazione della Salute GEIE, di cui parla detto ultimo capitolo. Si tratta di un "Gruppo Europeo di Interesse Economico" delle tre regioni Friuli-

Venezia Giulia, Veneto e Carinzia con la sede principale a Villaco. Altre due sedi si trovano a Gorizia e Venezia.

L'obiettivo della Sanicademia è la realizzazione di un centro interculturale e la promozione di progetti che riguardano la formazione e l'aggiornamento delle professioni della salute oltre che allo scambio di esperienze tra le regioni tramite congressi e convegni.

La loro visione si basa sulla comunicazione interculturale puntando anche su collaboratori plurilinguistici, ai quali viene data la possibilità di avvalersi dei corsi di lingua. L'assidua presenza di varie lingue diventa una situazione di normalità per gli impiegati, dato l'uso frequente di queste durante congressi, seminari e riunioni. Gli impiegati si occupano anche delle traduzioni preparando tutti i documenti e le pratiche in entrambe le lingue, mentre i congressi si svolgono in inglese o, in alcuni casi, la Sanicademia si serve d'interpreti simultanei.

I progetti attuali sotto la gestione di quest'Accademia sono fra l'altro il progetto "Crossborder education for health professionals" tra Austria ed Italia, il progetto "Health", una collaborazione in ambito di INTERREG IV tra Slovenia ed Austria con l'obiettivo della qualificazione e gestione della qualità, nel trasferimento delle conoscenze e delle risorse aiutando così una buona collaborazione istituzionale transfrontaliera in ambito sanitario.

In questo periodo si dedica anche al progetto regionale "IN FORM" Villaco, che aiuta bambini e adolescenti obesi a prendere coscienza del loro problema cercando di fermare l'obesità giovanile grazie all'informazione per bambini e genitori tramite assistenza psicologica, dietologi, corsi di cucina ed eventi sportivi.

Inoltre esiste anche un progetto "IN FORM" a livello europeo in cui sono coinvolti undici partner che trattano sempre il tema dell'obesità con prevenzione e formazione d'istruttori riconosciuti a livello internazionale e creazione di un centro specializzato nella problematica.

Per quanto riguarda la formazione e l'aggiornamento dei professionisti in ambito sanitario, ora come ora la Sanicademia offre i già menzionati corsi di lingua in tedesco, italiano, sloveno e croato come anche seminari sull'igiene in ospedale e sulla sicurezza dei pazienti.

Per di più vi è la possibilità di partecipare ad una formazione accademica con un "Corso di Master in gestione della qualità" o un corso di aggiornamento chiamato "Clinical Risk Management". Entrambe le formazioni hanno luogo sia in Austria sia in Slovenia usando l'inglese come lingua di corso o eseguendo interpretazioni simultanee.

9 Bibliografie

Secundärliteratur

Demeter, Michael Ikonomu: Mehrsprachigkeit und ihre Rahmenbedingungen- Fremdsprachenkompetenz in den EU-Ländern. Bern/Wien: Lang, 2008

Deutz, Wolfgang: Interkulturelles Kooperationsmanagement- Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 2010

Domke, H./Gehlert, S/ Weber, E: Kleines sozialwissenschaftliches Wörterbuch für Pädagogen. Donauwörth, 1974

Dreißig, Verena: Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus- Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: transcript Verlag, 2005

Heringer, Hans Jürgen: Interkulturelle Kommunikation, Tübingen, 2004

Hössl, Petra/ **Ziener**, Karen: Grenzüberschreitende Wirtschaftskooperationen zwischen Kärnten, Slowenien und Friaul-Julisch-Venetien. Reflexionen aus Sicht der Kooperationspartner. Klagenfurt: Drava Verlag, 2007

Kremnitz, Georg: Gesellschaftliche Mehrsprachigkeit- Institutionelle, gesellschaftliche und individuelle Aspekte; ein einführender Überblick. Wien: Braumüller, 1990

Sammelwerke

Bürger, Claudia: Patientenorientierte Information und Kommunikation, in Braun, Günther E./Selbmann, Hans-Konrad (Hrsg.): Gesundheits und Qualitätsmanagement, Wiesbaden, 2003

Herrler, Michael: Interne und externe Fort- und Weiterbildung für Krankenhausmitarbeiter, in Braun, Günther E. (Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement: Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, Stuttgart, 1999

Sprung, Anette: Transkulturelle Kompetenzerweiterung als Herausforderung für die Aus- und Weiterbildung, in Domenig, Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz- Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Auflage, Bern, 2007

Stanjek, Karl: Die Vermittlung der transkulturellen Pflege in der Aus- und Weiterbildung, in Domenig, Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz- Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Auflage, Bern, 2007

Streeck, Jürgen: Kulturelle Codes und ethnische Grenzen. Drei Theorie über Fehlschläge in der interethnischen Kommunikation, in Rehbein, Jochen (Hrsg.): Interkulturelle Kommunikation, Tübingen, 1985

Thomas, Alexander/Hagemann, Katja/Stumpf, Siegfried: Training interkultureller Kompetenz, in Bergemann, Niels/Sourisseaux, Andreas L. J. (Hrsg.): Interkulturelles Management, 3. Auflage, Berlin/Heidelberg, 2003

Wulz, Karl: Grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitswesen am Beispiel des Landeskrankenhaus Villach, in Granig, Peter (Hrsg.): 1st Austrian Health Economics Forum: Trends, Herausforderungen und Entwicklungen am europäischen Gesundheitsmarkt. Klagenfurt, 2008

Diplomarbeiten

Brugger, Kathrin: Migration, Patiententourismus, Kultur und Gesundheit-Kommunikation als Erfolgsfaktor für effizientes Qualitätsmanagement in Krankenhäusern, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt (Klagenfurt), Dipl.-Arb., 2010

Oberlerchner, Petra: Interreg IIIA Projekte in Kärnten-Slowenien-Friuli (Italien) im Rahmen der EU Regionalpolitik, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt (Klagenfurt), Dipl.-Arb., 2003

Internetquellen

**Kommission der europäischen Gemeinschaften 2005. „Eine neue Rahmenstrategie für Mehrsprachigkeit“, Online im WWW unter URL
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0596:FIN:DE:PDF> (7.3.11)**

**Mitteilung der Kommission: „Ein Gemeinschaftsrahmen für die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“, Online im WWW unter URL
http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008415_de.pdf (20.03.11)**

**Vorschlag für eine Richtlinie des europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Online im WWW unter URL
http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414_de.pdf (20.03.11)**

**Regionalpolitik, Online im WWW unter URL
http://ec.europa.eu/regional_policy/policy/why/index_de.htm (08.03.11)**

Bestimmungen und Instrumente der Regionalpolitik, Online im WWW unter URL
http://europa.eu/legislation_summaries/regional_policy/provisions_and_instruments/g24207_de.htm (13.03.11)

Die vorrangigen Ziele der Regionalpolitik, Online im WWW unter URL
http://ec.europa.eu/regional_policy/policy/object/index_de.htm (13.03.11)

Der Europäische Fonds für regionale Entwicklung (EFRE), Online im WWW unter URL
http://ec.europa.eu/regional_policy/funds/feder/index_de.htm (13.03.11)

Der Europäische Sozialfonds (ESF), Online im WWW unter URL
http://ec.europa.eu/regional_policy/funds/fse/index_de.htm (13.03.11)

Kohäsionsfonds, Online im WWW unter URL
http://ec.europa.eu/regional_policy/funds/cf/index_de.htm (13.03.11)

Interreg III: die Ausrichtungen A,B,C und die Programme, Online im WWW unter URL
http://ec.europa.eu/regional_policy/interreg3/abc/abc_de.htm (13.03.11)

Sanicademia, Online im WWW unter URL
<http://www.sanicademia.eu/index.php?lang=de> (18.06.11)

Information zur Fortbildungsreihe für PflegeheferInnen, Online im WWW unter URL
<http://www.sanicademia.eu/images/programm.pdf> (14.10.11)

INTERREG IV

Online im WWW unter URL: <http://www.interreg.net/> (Oktober 2011)

<http://www.ministerosalute.it> (April 2011)
<http://www.gkk.at> (April 2011)
<http://www.aerztekammer.at> (April 2011)

Papers von Institutionen

Abschlussbericht: Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“, (unveröffentlicht)

Präsentation INTERREG IV. Sanicademia, (unveröffentlicht)

Präsentation Sanicademia (PPP). Sanicademia, (unveröffentlicht)

Sprachskriptum: Italienisch- Sprachkurs für MitarbeiterInnen im Krankenhaus:
Elementare Sprachverwendung A1, 2004

10 Abbildungsverzeichnis

Abb.) 1. **Rahmenbedingungen und Faktoren mit großer Bedeutung für grenzüberschreitende Kooperationen.** Quelle: Ziener, Karen/Hössl, Petra 2007. Grenzüberschreitende Wirtschaftskooperationen zwischen Kärnten, Slowenien und Friaul- Julisch Venetien: Reflexionen aus Sicht der Kooperationspartner. Klagenfurt: Drava Verlag, 192

Abb.) 2. **Ziele, Strukturfonds- und Instrumente.** Quelle:
http://ec.europa.eu/regional_policy/policy/object/index_de.htm (13.03.11)

Abb.) 3. **Übernahme von Krankheitskosten im Ausland.** Quelle: Kärntner Gebietskrankenkasse, (unveröffentlicht)

Abb.) 4. **Lektionsbeispiel Alphabet und Aussprache.** Quelle: Sprachskriptum Italienisch- Sprachkurs für MitarbeiterInnen im Krankenhaus: Elementare Sprachverwendung A1, 2004

Abb.) 5. **Lektionsbeispiel Alphabet und Aussprache.** Quelle: Sprachskriptum Italienisch- Sprachkurs für MitarbeiterInnen im Krankenhaus: Elementare Sprachverwendung A1, 2004

Abb.) 6. **Lektionsbeispiel Begrüßung, Vorstellung, Berufe.** Quelle: Sprachskriptum Italienisch- Sprachkurs für MitarbeiterInnen im Krankenhaus: Elementare Sprachverwendung A1, 2004

Abb.) 7. **Lektionsbeispiel Grammatik.** Quelle: Sprachskriptum Italienisch- Sprachkurs für MitarbeiterInnen im Krankenhaus: Elementare Sprachverwendung A1, 2004

Abb.) 8. **Lektionsbeispiel Grammatik.** Quelle: Sprachskriptum Italienisch- Sprachkurs für MitarbeiterInnen im Krankenhaus: Elementare Sprachverwendung A1, 2004

Abb.) 9. **Lektionsbeispiel Die Personalpronomen.** Quelle: Sprachskriptum Italienisch- Sprachkurs für MitarbeiterInnen im Krankenhaus: Elementare Sprachverwendung A1, 2004

Abb.) 10. **Lektionsbeispiel Betonung und Akzent.** Quelle: Sprachskriptum Italienisch- Sprachkurs für MitarbeiterInnen im Krankenhaus: Elementare Sprachverwendung A1, 2004

Abb.) 11. **Lektionsbeispiel Berufe.** Quelle: Sprachskriptum Italienisch- Sprachkurs für MitarbeiterInnen im Krankenhaus: Elementare Sprachverwendung A1, 2004

Abb.) 12. **Lektionsbeispiel Übungen.** Quelle: Sprachskriptum Italienisch- Sprachkurs für MitarbeiterInnen im Krankenhaus: Elementare Sprachverwendung A1, 2004

Abb.) 13. **Lektionsbeispiel Kulturtipp.** Quelle: Sprachskriptum Italienisch- Sprachkurs für MitarbeiterInnen im Krankenhaus: Elementare Sprachverwendung A1, 2004

Abb.) 14. **Workpackages INTERREG 4.** Quelle: Sanicademia, 2011(unveröffentlicht)

Abb.) 15. **Teilnehmeranzahl Ausbildungen und Kongresse.** Quelle: Sanicademia, 2011 (unveröffentlicht)

11 Abstract

Europa steht im Wandel. Mehrsprachigkeit und interkulturelle Kommunikation sind Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit im Gesundheitswesen in Grenzgebieten wie der Alpen-Adria Region, um Sicherheit und Qualität für europäische Patienten zu garantieren. Die EU hat Mehrsprachigkeit als Ziel und versucht das Sprachenlernen und die Sprachenvielfalt innerhalb der Mitgliedsstaaten zu fördern, unter anderem mittels verschiedener Projekte wie das Programm INTERREG.

Dieses INTERREG Programm ist eine Gemeinschaftsinitiative des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung und existiert seit 1990, seit der Einführung durch die europäische Kommission. Dieses Programm gliedert sich in drei Stränge: die grenzüberschreitende, die transnationale und die interregionale Zusammenarbeit innerhalb der europäischen Mitgliedsstaaten.

Das Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ ist Teil des Interreg III A, einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen den Regionen Kärnten, Friaul-Julisch Venetien und Veneto und wurde im Zeitraum 2003-2006 abgehalten. Die Zusammenarbeit verfolgte das Ziel eine verbesserte Kooperation der Gesundheitseinrichtungen zwischen den Regionen und eine gemeinsame Ressourcennutzung im Bereich des Gesundheitswesens zu schaffen. Zur Erreichung dieses Ziels wurde das gesamte Projekt in Arbeitsgruppen eingeteilt und diese beschäftigten sich mit den Themen der Verbesserung der Patientenorientierung und Kommunikation mit anderssprachigen Patienten in der Alpen-Adria-Tourismusregion, der gemeinsamen Fortbildung, der wissenschaftlichen Zusammenarbeit und Schaffung einer Informationsplattform, der gegenseitigen Patientenzuweisung und raschen Befundübermittlung, der Notfallversorgung, der Öffentlichkeitsarbeit und der dauerhaften organisatorischen und wissenschaftlichen Kooperation zwischen Italien und Kärnten. Bei der Aufarbeitung dieser Themen kam es unter anderem zur Durchführung von krankenhauspezifischen Sprachkursen, zu Austauschen von Krankenhauspersonal, zur Erstellung eines Notfallvertrags und zur Gründung der Sanicademia-einer internationalen Fortbildungsakademie für Gesundheitsberufe. Die Sanicademia ist auch Leiter des Folgeprojekts des INTERREG IV A „Crossborder health education“ und organisiert grenzüberschreitende Seminare, Kongresse, Projekte und Fortbildungsreihen.

12 Lebenslauf

Zur Person:

Name Martina Pietschnig
Geburtsdatum 10.07.1986
Geburtsort Klagenfurt, Österreich

Schulbildung:

1996 – 2004 Gymnasium Mössingerstraße mit Langform Italienisch,
Klagenfurt

Studienverlauf:

2004 – 2005 Rechtswissenschaften an der Universität
Wien

2005 – 2011 Universität Wien – Institut für Romanistik
Studienrichtung „Lehramt Italienisch und Spanisch“

Auslandsaufenthalte:

Sommer 2003 Ferialpraktikum in der Hypo-Alpe-Adria Bank in Udine

Jänn. 2008 – Juni 2008 Erasmus Mobilitätsprogramm an der
„Università degli Studi di Trieste“

Okt. 2009 – Feber 2011 Außerordentliche Studentin an der
„SSLMIT- Scuola Superiore per Interpreti e Traduttori“

Seit Okt. 2009 Deutsch und Italienisch Lehrerin am Sprachinstitut
„EUROCULTURE“ in Triest und Mitarbeiterin der
„Associazione Culturale Italo-Austriaca“ in Triest

Sprachkenntnisse:

Muttersprache Deutsch
Weitere Sprachen Italienisch, Spanisch, Englisch