

Bachelorarbeit

**Kulturelle Kompetenzen –
Auswirkungen von Weiterbildungen des Pflegepersonals:
Ein Literaturreview**

eingereicht von

Julia Wenzl

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Hödl, Manuela, Univ.-Ass.BSc MSc

Graz, 11. März 2018

Eidesstaatliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, 11. März 2018

Julia Wenzl, eh.

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	I
TABELLENVERZEICHNIS	I
ZUSAMMENFASSUNG	II
ABSTRACT	III
EINLEITUNG	1
HINTERGRUND	1
KULTUR UND KULTURELLE KOMPETENZ	2
TRANSKULTURELLE PFLEGE	3
WEITERBILDUNG, FORTBILDUNG UND AUSBILDUNG	4
FORSCHUNGSLÜCKE, FORSCHUNGSFRAGE UND ZIEL	4
METHODE	5
DESIGN	5
SUCHSTRATEGIE	5
STUDIENAUSWAHL	6
STUDIENQUALITÄT	7
ERGEBNISSE	9
WEITERBILDUNGEN	15
ANDERE INTERVENTIONEN	18
ASSESSMENTINSTRUMENTE	19
AUSWIRKUNGEN	23
AUSWIRKUNGEN AUF DAS PFLEGEPERSONAL	24
AUSWIRKUNGEN AUF DIE PATIENTEN UND PATIENTINNEN	26

<u>DISKUSSION</u>	28
AUSWIRKUNGEN AUF DAS PFLEGEPERSONAL	28
PATIENTENBEZOGENE AUSWIRKUNGEN	29
NEGATIVE AUSWIRKUNGEN	29
INSTRUMENTE	29
WEITERBILDUNGEN	30
STÄRKEN UND LIMITATIONEN	30
<u>SCHLUSSFOLGERUNG</u>	31
FORSCHUNGSEMPFEHLUNGEN	31
PRAXISEMPFEHLUNGEN	32
<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	IV
<u>ANHANG</u>	VII

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: FLUSSDIAGRAMM ZUR STUDIENAUSWAHL	7
---	---

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: BEWERTUNG DER INKLUDIERTEN STUDIEN.....	8
TABELLE 2: EXTRAHIERTE DATEN DER INKLUDIERTEN STUDIEN	10
TABELLE 3: DIE STUFEN DER KULTURELLEN KOMPETENZ NACH CAMPINHA-BACOTE (2002)	21
TABELLE 4: SUCHSTRATEGIE IN PUBMED.....	VII

Zusammenfassung

Hintergrund:

Aufgrund verschiedener Ursachen gibt es derzeit weltweit Wanderungs- und Einwanderungsbewegungen, von denen auch Österreich betroffen ist. Durch die steigenden Zahlen von Migranten und Migrantinnen kommt es zu immer mehr kulturellen Konfrontationen, von denen auch die Pflege nicht ausgenommen werden kann. Transkulturelle Begegnungen führen oft zu Situationen, in denen sich Angehörige von Gesundheitsberufen gestresst oder überfordert fühlen. Es wurden bereits einige Methoden zur Fort- und Weiterbildung im Bereich kulturelle Kompetenz entwickelt, jedoch ist die Frage, ob diese Weiterbildungen zu positiven Ergebnissen für Pflegepersonen, aber auch für PatientInnen führen, noch nicht hinreichend geklärt.

Ziel:

Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, welche Auswirkungen die internationale Literatur bezüglich kultureller Weiterbildung von ausgebildetem Pflegepersonal beschreibt.

Methode:

Für diese Arbeit wurde ein Literaturreview durchgeführt. Eine systematische Literatursuche fand in den Datenbanken PubMed und CINAHL statt. Die Literaturrecherche begrenzte sich auf Studien, die im Zeitraum von 2009 bis 2016 publiziert wurden. Nachfolgend wurden die identifizierten Studien mittels Bewertungsbögen auf deren Qualität geprüft.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse zeigen, dass Weiterbildungen von ausgebildeten Pflegepersonen positive Auswirkungen haben, und zwar sowohl auf die kulturelle Kompetenz der Pflegepersonen, als auch auf die Zufriedenheit ihrer Patienten und Patientinnen.

Schlussfolgerung:

Aufgrund der Ergebnisse empfiehlt dieser Literaturreview die Einführung verpflichtender kulturfokussierter Weiterbildungen für ausgebildetes Pflegepersonal.

Schlüsselwörter:

Kulturelle Kompetenz, Weiterbildung, Pflegepersonal

Abstract**Background:**

Due to various causes, there are currently migratory and immigration movements worldwide, which also affect Austria. As a result of the increasing numbers of migrants, there are more and more cultural confrontations, from which nursing cannot be exempted. Transcultural encounters often lead to situations in which health professionals feel stressed or overwhelmed. A number of methods for further education and training in the field of cultural competence have already been developed, but the question as to whether these training courses lead to positive results for nursing staff and patients has not been sufficiently clarified yet.

Aim:

The aim of this paper is to describe the effects of culturally focused training of certified nursing staff.

Methods:

For this literature review, a systematic literature research was conducted in the databases PubMed and CINAHL. This review includes publications from the years 2009 to 2016. The quality of all included studies was critically appraised.

Results:

The results show that further training of certified nursing staff has positive effects: both on the cultural competence of nursing staff and the satisfaction of their patients.

Conclusion:

On the basis of the results, this literature review recommends the implementation of mandatory culturally focused training courses for trained nursing staff.

Keywords: cultural competencies, education, nursing staff.

Einleitung

Hintergrund

Aktuell gibt es weltweit aufgrund demografischer und sozialer Unterschiede, ökologischer Katastrophen und Kriegen in Ländern wie dem Irak, Syrien oder Afghanistan große Wanderungs- und Einwanderungsbewegungen (Lenthe 2016). Ende des Jahres 2016 waren weltweit in etwa 65,6 Millionen Menschen auf der Flucht. Davon mussten 22,5 Millionen Menschen ihr ursprüngliches Heimatland verlassen (UNHCR 2017). Auch Österreich ist von dieser Bewegung betroffen und wird daher auch verstärkt mit fremden Kulturen konfrontiert (Lenthe 2016). In Österreich beläuft sich die Zahl der gestellten Asylanträge im Jahr 2016 auf 42.285 und ist somit deutlich höher als nur drei Jahre zuvor, als rund 17.500 Asylanträge gestellt wurden. Die meisten dieser Asylanträge stammen von Personen aus Afghanistan, gefolgt von syrischen und irakischen Staatsangehörigen (Statistik Austria 2017).

Diese Zahlen zeigen deutlich, dass transkulturelle Begegnungen im beruflichen, sowie im privaten Leben heutzutage nichts Ungewöhnliches darstellen (Löschke & Plasser o.J.). Der immer häufiger werdende, allmählich kontinuierliche Kontakt mit zuvor abgegrenzten Kulturen tritt auch im Gesundheitswesen auf (Garneau & Pepin 2015). Da Pflegepersonen tendenziell häufiger Kontakt zu Patienten und Patientinnen haben als andere Berufsgruppen, spürt diese Berufsgruppe die Bedeutung von Kultur im Gesundheitswesen vermehrt (Lenthe 2016). Der Arbeitsalltag einer europäischen Pflegeperson ist heutzutage multikulturell geprägt. Den größten Teil der multikulturellen PatientInnen bilden die im Land lebenden Migranten und Migrantinnen. Es gibt in den Krankenhäusern jedoch auch oft Konfrontationen mit „herkömmlichen“ TouristInnen oder sogar MedizintouristInnen, die aus verschiedenen Gründen ein ausländisches Gesundheitssystem bevorzugen (Lenthe 2016). Oft führen derartige Konfrontationen mit Patienten und Patientinnen aus unterschiedlichen Kulturen bei Angehörigen von Gesundheitsberufen zu persönlichen Herausforderungen. Gründe hierfür können Sprachbarrieren, fehlendes Wissen im Umgang mit Migranten und Migrantinnen, oder aber auch fehlendes Wissen hinsichtlich soziokultureller Hintergründe der PatientInnen sein (Casillas 2014; Löschke & Plasser o.J.). Pflegepersonen erfahren transkulturelle Begegnungen

allerdings nicht nur mit ihren Patienten und Patientinnen, sondern auch mit Kollegen und Kolleginnen im Zuge von interkulturellen Teams. Fort- und Weiterbildungen zum Thema kulturelle Kompetenzen sind daher für Angehörige der Gesundheitsberufe unumgänglich (Löschke & Plasser o.J.). Kulturell kompetente Pflegepersonen spielen demnach in der heutigen Zeit eine sehr wichtige Rolle, da sie einen großen Teil zur Chancengleichheit in der Gesundheit beitragen können (Alpers & Hanssen 2013). Trotz der Entwicklung einiger Programme zur Weiterbildung von Pflegepersonal gibt es nur wenige Untersuchungen darüber, welchen Effekt diese Programme haben (McElroy & Smith-Miller 2016).

Kultur und Kulturelle Kompetenz

Kulturen werden von den jeweiligen Gesellschaften tradiert und bestimmen einen Großteil des menschlichen Daseins. Eine Kultur dient im Wesentlichen als kulturspezifisches Orientierungssystem eines Menschen. Diesem Orientierungssystem sind sogenannte Kulturstandards untergeordnet, zu denen auch alle Arten des Denkens, Handelns, Wahrnehmens und Wertens zählen. Als Kulturstandards gelten diese Arten dann, wenn sie von mehreren Mitgliedern einer Kultur als normal, typisch, selbstverständlich und teilweise auch verbindlich angesehen werden. Kulturstandards bestimmen nicht nur Essgewohnheiten, Erziehungsregeln, Sprache, geschlechterspezifische Rollen oder Kleidungsstile, sondern sie prägen auch die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ (Löschke & Plasser o.J.).

Als Ursprung des Begriffes „kulturelle Kompetenz“ in Verbindung mit Gesundheitsberufen gilt Leiningers (1991) Werk über transkulturelle Pflege. Kulturelle Kompetenz beschreibt demnach die Fähigkeit zu adäquater und sensibler Kommunikation im Kontakt mit Personen aus anderen Kulturkreisen sowie die Fähigkeit, jenen Personen mit entsprechendem Verhalten zu begegnen. Beachtet werden dabei vor allem kulturelle Unterschiede in den Bereichen Wahrnehmung, Denken, Gefühlswelt und Verhalten, um zu einer für beide Seiten angemessenen und erfolgreichen Interaktion zu gelangen (Pschyrembel online 2017).

Folge einer kulturell inkompetenten Pflege kann sein, dass PatientInnen mit Migrationshintergrund qualitativ minderwertige Pflege erfahren, was sich wiederum negativ auf ihre Gesundheit auswirken kann (Monsivais & McNeil 2007).

Transkulturelle Pflege

Die Entstehung des Konzepts von transkultureller Pflege findet man in Amerika, denn schon seit dem Entstehen der Vereinigten Staaten wird ihre Gesellschaft als eine der multikulturell am stärksten geprägte angesehen (Lenthe 2016). Mit ihrem Werk *Theory of Culture Care Diversity and Universality* entwickelte Leininger (1991) als erste Pflegeforscherin eine Theorie mit Fokus auf Kultur und Pflege (Garneau & Pepin 2015).

Leiningers Werk *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege* (1998) untersucht, wie Unterschiede, aber auch Übereinstimmungen der in menschlichen Fürsorge mit dem Welt- und Wirklichkeitsverständnis, sozialen Strukturen und anderen Faktoren zusammenhängen. Die Theorie soll dabei helfen, unterschiedliche Pflegephänomene erklären zu können. Damit sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie Pflegepersonen mit fremden oder auch gleichen Kulturen eine kulturkongruente Pflege gewährleisten können, die den PatientInnen dabei hilft, auf angemessene Art und Weise Wohlbefinden und Gesundheit wiedererlangen zu können. Um die Theorie einer *kulturspezifischen Fürsorge* verständlicher zu gestalten, entwickelte Leininger ihr *Sunrise Modell* (Leininger 1998).

Dieses Modell soll Pflegende dabei unterstützen, die kulturelle Welt mit ihren unterschiedlichen Einflüssen auf die menschlichen Lebensbedingungen zu verstehen. Dabei gilt es zu erfahren, inwiefern kulturelle Werte und Lebensweisen sowie technische, religiöse oder philosophische, verwandtschaftliche und soziale, politische und gesetzliche sowie wirtschaftliche oder bildungsbedingte Faktoren miteinander in Verbindung stehen und das menschliche Verhalten beeinflussen können. Das Erlangen von Wissen zu diesen Faktoren ist ausschlaggebend dafür, das Wohlbefinden sowie die Gesundheit oder Krankheit einer Person zu verstehen. Das Wissen über die Einflussfaktoren und ihrer Wechselwirkung mit dem Wohlbefinden und körperlichen Zustand einer Person kann dann dementsprechend in der Pflege eingesetzt werden (Leininger 1998).

Der Begriff „Transkulturalität“ beschreibt die selbst erworbene Fähigkeit, verschiedene Kulturen wahrzunehmen, deren Besonderheiten zu erkennen und diese als gleichwertig mit der eigenen Kultur anzusehen. Die fremde Kultur drängt die eigene Kultur dabei allerdings nicht in den Hintergrund, sondern integriert sich gleich-

wertig mit der eigenen Kultur. Erst wenn sich Pflegepersonen an den existentiellen Bedürfnissen ihrer Patienten und Patientinnen orientieren, kann von transkultureller Pflege gesprochen werden (Lenthe 2016). Das Ziel der transkulturellen Pflege ist es also, eine zu pflegende Person kulturkongruent zu versorgen und bestimmte Kulturstandards, wie zum Beispiel Pflichten und Gebote, wertfrei einzuhalten (Löschke & Plasser o.J.).

Weiterbildung, Fortbildung und Ausbildung

Im österreichischen GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) wird eine Fortbildung als verpflichtende Wissenserweiterung beschrieben, die Informationen über neuste Entwicklungen und Erkenntnisse insbesondere der Pflegewissenschaft sowie der medizinischen Wissenschaft betrifft oder zur Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten dient. Derartige Fortbildungen müssen vom Pflegepersonal innerhalb von jeweils fünf Jahren in einem Umfang von mindestens 60 Stunden besucht werden. Im Gegensatz dazu behandelt der Paragraph 64 im GuKG Weiterbildungen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Solche Weiterbildungen dienen zur Erweiterung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten und sind nicht verpflichtend, sondern fakultativ zu absolvieren. Weiterbildungen können im Rahmen eines bestehenden Dienstverhältnisses erfolgen. Nach Abschluss einer Weiterbildung, ist eine Abschlussprüfung abzulegen, deren erfolgreiche Absolvierung zur Führung einer Zusatzbezeichnung berechtigt (Bundeskanzleramt 2018).

In dieser Arbeit wird der Begriff „Weiterbildung“ für sämtliche Wissenserweiterungen von bereits ausgebildeten Pflegepersonen verwendet.

Als ausgebildete Pflegepersonen gelten in Österreich jene Personen, denen im Rahmen einer Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege die zur Ausübung des Berufes erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt wurden, und die am Ende der Ausbildung eine Prüfung vor einer Kommission positiv absolviert haben (Bundeskanzleramt 2018).

Forschungslücke, Forschungsfrage und Ziel

Die Weiterbildung von Pflegepersonal bezüglich kultureller Kompetenzen ist schon seit geraumer Zeit Thema in der Pflegeforschung, wie man in internationalen Da-

tenbanken feststellen kann (NCBI 2018). Über die Jahre hinweg wurden schon einige Methoden zur kulturellen Weiterbildung von Studenten und Studentinnen entwickelt (Freudenberg 2017). Evaluierungen, welche Auswirkungen kulturelle Weiterbildung von ausgebildeten Pflegepersonal hat, gibt es jedoch bis dato noch nicht.

Daher ist es das Ziel dieser Arbeit aufzuzeigen, welche Auswirkungen die internationale Literatur bezüglich kultureller Weiterbildungen ausgebildeter Pflegepersonen beschreibt. Die daraus resultierende Forschungsfrage lautet: Welche Auswirkungen beschreibt die internationale Literatur bezüglich kultureller Weiterbildungen von ausgebildetem Pflegepersonal?

Methode

Design

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine systematische Literatursuche (Literaturreview) durchgeführt. Ein Literaturreview ist eine verschriftliche Zusammenfassung von bereits vorhandenen wissenschaftlichen Artikeln, die ein spezifisches Forschungsproblem behandeln. Bei einem Literaturreview werden ein Forschungsthema und dessen Forschungsstand zum Zeitpunkt der Verfassung dargestellt. Der bisherige Forschungsstand wird kritisch bewertet und im Ergebnisteil zusammengefasst (Polit & Beck 2008).

Suchstrategie

Die Literaturrecherche für diese Arbeit erstreckte sich über einen Zeitraum von drei Monaten, von Oktober 2017 bis Dezember 2017. Die Datenbanken, die für diese systematische Literatursuche herangezogen wurden, waren PubMed und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Für die Suche wurden die englischen Suchbegriffe „cultural competency“, „nursing staff“, „nursing“ und „education“, sowie „evaluation as topic“ und „nursing students“ definiert. Mittels den Boolescher Operatoren AND und OR sowie NOT wurden diese Begriffe in verschiedenen Formen kombiniert.

Weiters wurden für diese Literaturrecherche folgende Limitationen gesetzt:

- Das Erscheinungsdatum der Studien sollte zwischen 2007 und 2017 liegen, um die Aktualität der Studien sicherzustellen.
- Die Studien sollten auf Englisch oder Deutsch erschienen sein.
- Die definierten Suchbegriffe mussten im Titel/ Abstract vorhanden sein.
- Der Abstract sollte verfügbar sein.

In der Datenbank PubMed wurden fünf unterschiedliche Suchstrategien angewandt. Die oben genannten Suchbegriffe oder die für sie definierten Synonyme wurden in verschiedenen Kombinationen mit den Boolescher Operatoren verbunden, um die meisten Ergebnisse zu erzielen. Eine Suchstrategie beinhaltete nachfolgende Mesh Terms: „Nursing Staff“, „Cultural Competency“, „Education“, „Students, Nursing“ und „Evaluation Studies as Topic“. Die genauen Suchstrategien für die Datenbank PubMed befinden sich im Anhang.

In CINAHL wurde die Literaturrecherche mit der „basic search“ durchgeführt. Auch hier wurden die Begriffe „cultural competence“, „nursing“, „education“, „outcomes“ und „students“ mithilfe von Operatoren kombiniert. Die endgültige Suchstrategie bei CINAHL lautete: „(cultural competence AND nursing AND education AND outcomes) NOT students“.

Zusätzlich wurde auch eine Handsuche in den Referenzlisten der inkludierten Artikel durchgeführt.

Studienauswahl

Für die Auswahl der Studien wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert.

Einschlusskriterien:

- Die Studien müssen den Einfluss von kultureller Weiterbildung von ausgebildeten Pflegepersonen beleuchten.
- Jedes Setting
- Alle Arten von Studien

Die Ausschlusskriterien für die Studien erschließen sich aus den Einschlusskriterien.

Die Suche in den Datenbanken PubMed und CINAHL ergab mit den genannten Limitationen insgesamt 172 Treffer (siehe Abb.1). Diese Suchergebnisse wurden anschließend mittels Titel-Screening selektiert, wobei auf die vorhin genannten Ein- und Ausschlusskriterien geachtet wurde.

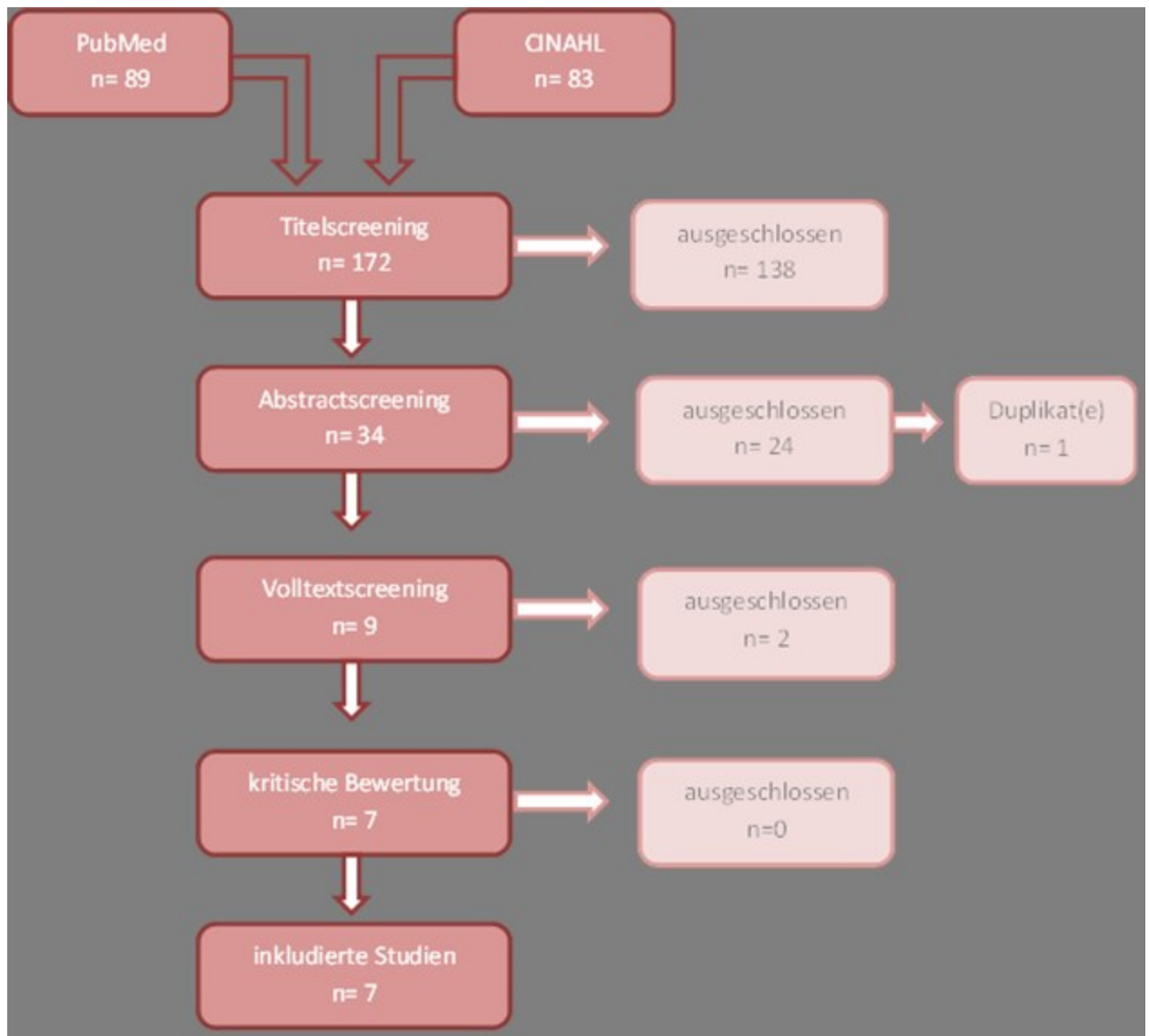


Abbildung 1: Flussdiagramm zur Studienauswahl

Studienqualität

Nach einem anschließenden Abstract-Screening wurden die übrigen 7 Artikel mittels eines spezifischen Bewertungsbogens (Hawker et. al 2002) bewertet. Dieser Bewertungsbogen setzt sich aus neun zu bewertenden Kategorien zusammen: 1. Zusammenfassung und Titel, 2. Einleitung und Ziel(e), 3. Methode und Daten, 4. Stichprobe, 5. Datenanalyse, 6. Ethik und Bias, 7. Ergebnisse, 8. Transferierbar-

keit und Generalisierbarkeit, 9. Implikationen und Nutzen. Die jeweiligen Kategorien eines Artikels kann man mit Punkten von 0-4 (0= schlechte Qualität, 1= sehr mangelhaft, 2= mangelhaft, 3= in Ordnung, 4= gut) bewerten (Hawker et al. 2002).

In Tabelle 1 ist die Bewertung der Artikel in den einzelnen Kategorien aufgezeigt. Insgesamt gibt es bei diesem Bewertungsbogen 36 zu erreichende Punkte. Artikel, die mindestens 80%, also 29 Punkte, erreichten, wurden in diesen Literaturreview inkludiert.

Tabelle 1: Bewertung der inkludierten Studien: gut (+), in Ordnung (~), mangelhaft (-), sehr mangelhaft (--)

<u>AutorInnen</u>	<u>Abstract and Title</u>	<u>Introduction and Aims</u>	<u>Method and Data</u>	<u>Sampling</u>	<u>Data Analysis</u>	<u>Ethics and Bias</u>	<u>Findings</u>	<u>Transferability or Generalizability</u>	<u>Implication and Usefulness</u>
Berlin, Nils-son & Törnkvist 2010	+	+	~	+	~	+	+	-	+
Castro & Ruiz 2009	+	+	+	+	--	+	+	~	+
Delgado et al. 2013	~	~	+	+	+	+	+	-	+
Grady 2014	~	+	~	-	+	+	~	-	+
Mareno & Hart 2014	+	~	+	~	+	+	+	-	+
McDougle, Ukockis & Adamshick 2010	+	+	~	+	-	~	+	~	+
Millicent et al. 2016	~	-	+	+	+	+	~	-	+

Ergebnisse

In diesem Literaturreview wurden sieben internationale Studien inkludiert. Diese setzen sich aus vier randomisierten, kontrollierten Studien (Berlin, Nilsson & Törnkvist 2010; Delgado et al. 2013; Grady 2014; Mc Dougle, Ukockis & Adamshick 2010), einer prospektiven, deskriptiven Querschnittstudie (Mareno & Hart 2014), einer deskriptiven Korrelationsstudie (Castro & Ruiz 2009) sowie einem Literaturreview (Millicent et al. 2016) zusammen. Die Studien wurden im Zeitraum von 2009 bis 2016 veröffentlicht. Die Stichprobengröße variierte von n=15 (Grady 2014) bis n=386 (Millicent et al. 2016).

Die Datenextraktion erfolgte nach der kritischen Bewertung. Dabei wurden die wichtigsten Daten der Studien extrahiert und in einer Tabelle (siehe Tabelle 3) zusammengefasst. Die extrahierten Daten beinhalten die/den Autor/in, die Stichprobe, die Intervention, das Instrument/ die Instrumente der Datenerhebung sowie die wichtigsten Ergebnisse.

Im Folgenden werden zuerst die durchgeführten Weiterbildungen und Assessmentinstrumente beschrieben, bevor danach auf die Auswirkungen hinsichtlich des Pflegepersonals und der Patienten und Patientinnen eingegangen wird.

Tabelle 2: Extrahierte Daten der inkludierten Studien

AutorInnen	Ziel	Stichprobe	Intervention	Datenerhebung Instrument(e)	Ergebnisse
Berlin, Nilsson & Törnkvist & 2010	Einfluss kultureller Weiterbildungen auf Pflegepersonal, bezüglich: (1) kulturellen Kompetenzen, (2) die Fähigkeit Herausforderungen benennen zu können und (3) Bewertung der Weiterbildung	51 Pflegepersonen (IG n=24, KG n=27)	dreitägige Weiterbildung, bestehend aus einem theoretischen und einem praktischen Teil	CCCTEQ-PRE und CCCTEQ-POST (Krajic et al. 2005)	(ad 1): Signifikanter Wissenszuwachs (ad2): gestärkter Umgang mit transkulturellen Herausforderungen (ad3): Die Mehrheit der Pflegekräfte gab an, mit der Weiterbildung zufrieden zu sein.
Castro & Ruiz 2009	Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und kultureller Kompetenz des	Pflegepersonen / n=15, lateinamerikanische PatientInnen n=218		IAPCC-R (Campinha-Bacote 2002), Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ-	1: Positiver Zusammenhang zwischen kultureller Kompetenz und PatientInnenzufriedenheit. 2: Positiver Zusammenhang zwi-

	Pflegepersonals			III), Acculturation Rating Scale for Mexican Americans (ARSMA-II)	schen kulturellen Weiterbildungen des Pflegepersonals und deren kulturellen Kompetenz.
Delgado et al. 2013	Einfluss einer kulturellen Weiterbildung auf die kulturelle Kompetenz von Angestellten einer Pflegeeinrichtung	98 Angehörige von Gesundheitsberufen (Diplomierte KrankenpflegerInnen n=85)	einstündige Schulung „What’s culture got to do with it?“	IAPCC-R (Cam-pinha-Bacote 2002) im post-study Design: drei, beziehungsweise sechs Monate nach der Schulung	<p>Baseline: 91% kulturelles Bewusstsein 9% kulturell kompetent</p> <p>Folgestudie nach 3 Monaten: 88% kulturelles Bewusstsein 12% kulturell kompetent</p> <p>Folgestudie nach 6 Monaten: Keine signifikanten Unterschiede zur Folgestudie nach 3 Monaten.</p>
Grady 2014	Auswirkungen einer kulturellen Weiterbildung für Pflegekräfte in der Hauskrankenpflege	15 Pflegekräfte, die hispanische/lateinamerikanische PatientInnen in der Hauskrankenpflege	90-minütige Weiterbildung	IAPCC-R (Cam-pinha-Bacote 2002) Fragebogen vor und nach der Edukation	<p>Vor der Weiterbildung: 20% kulturell kompetent 80% kulturelles Bewusstsein</p> <p>Nach der Weiterbildung: 47% kulturell kompetent</p>

		betreuen.			53% kulturelles Bewusstsein
Mc Dougle, Ukockis & Adamshick 2010	Auswirkungen von einem Weiterbildungsprogramm zu kulturellen Kompetenzen	379 Angestellte im Gesundheitsbereich (Pflegepersonal n=87)	Dreistündiges Schulungsprogramm	Fragebögen mit Likert Skalen (schriftlich)	<p>Selbsteinschätzung-Angestellte:</p> <p>1: können die Notwendigkeit kultureller Kompetenz im Gesundheitswesen erkennen und beschreiben: 4,49/5</p> <p>2: können das Level der persönlichen kulturellen Kompetenz beleuchten: 4,37/5</p> <p>3: können das CARE-Modell in ihren Praxisalltag integrieren: 4,44/5</p> <p>4: können erworbene, kulturell kompetente Pflege weitervermitteln: 4,00/5</p>
Mareno & Hart 2014	Vergleich zwischen Pflegepersonen mit	365 Pflegepersonen (mit Diplom oder Ba-	/	Clinical Cultural Competency Questionnaire	(ad1): Bezüglich kulturellem Wissen erzielten Pflegepersonal mit Diplom oder Bachelortitel weniger

	Diplom oder Bachelorabschluss chelorortitel und Mastertitel, in Bezug auf: (1) das Kulturbe- wusstsein der PartizipantInnen und (2) das Ausmaß der kul- turellen Weiter- bildungen	n=150, mit Mas- terabschluss n=215)		(Like 2004)	Punkte als Pflegepersonen mit Mastertitel. (ad2): Beide Gruppen gaben an, nur wenig bis gar keine kulturelle Weiterbildung in- oder außerhalb der Arbeit zu erhalten.
Millicent et al. 2016	Effektivität von kulturfokussier- ten Interventio- nen (z.B.: Wei- terbildung von Pflegepersonal) bezüglich der Patientenzufrie- denheit.	386 erwachsene Asiaten, die auf einer Akutstation – in einem Land, in dem Asiaten zur Minderheit gehören - Pati- entInnen waren	Angestellte einer speziellen Station wurden bezüglich chinesischer Kultur geschult. Andere In- terventionen waren zum Beispiel die Ein- führung von chinesi- schem Essen oder chinesischer Beschil-	„self-report satis- faction scales or tools considered to be acceptable sources of evi- dence of patients’ perceptions of their care“	Die Patientenzufriedenheit war auf der Station mit geschulten Pflegepersonal höher (95%), als auf der „normalen“ Station (83%).

derung auf der Stati-
on.

Weiterbildungen

In den vier inkludierten randomisierten, kontrollierten Studien (Berlin, Nilsson & Törnkvist 2010; Delgado et al. 2013; Grady 2014; McDougale, Ukockis & Adams-hick 2010) wurden unterschiedliche Interventionen zur Weiterbildung von bereits ausgebildeten Pflegepersonen bezüglich kultureller Kompetenzen durchgeführt. Die Dauer dieser Interventionen variierte von 60 Minuten bis zu drei Tagen (über einen Zeitraum von über vier Wochen). Im Folgenden werden die Weiterbildungen zusammenfassend beschrieben.

In der Studie von Berlin, Nilsson & Törnkvist (2010) wurde eine dreitägige Weiterbildung bezüglich kultureller Kompetenz durchgeführt, um die Effektivität solch spezifischer kultureller Weiterbildungen aufzuzeigen. Diese Intervention wurde mit 24 Pflegepersonen in der Interventionsgruppe durchgeführt. Jede dieser Pflegepersonen arbeitete im Gesundheitswesen in verschiedenen Teilen Stockholms. Die Inhalte der theoretischen und praktischen Weiterbildung basierten auf dem Modell von Campinha-Bacote (2002) und dessen vier Ebenen der kulturellen Kompetenz: das kulturelle Bewusstsein, das kulturelle Wissen, kulturelle Kompetenzen und kulturelle Begegnungen. Die Weiterbildung umfasste drei Lehransätze:

- Erstens den partizipatorischen Lehransatz, der die klinische Arbeit der Pflegepersonen fokussierte. Die Pflegepersonen erhielten in den ersten zwei Tagen der Weiterbildung Vorträge und nahmen an Diskussionen zum Thema „kulturelles Bewusstsein“ teil. Es wurde geschichtliches Hintergrundwissen zum Gesundheitswesen allgemein, zur schwedischen Kultur sowie zu Rassismus und Vorurteilen vermittelt. Auf der Ebene des kulturellen Wissens wurde auf Unterschiede von Flüchtlingen und Immigranten beziehungsweise deren Status in Stockholm aufmerksam gemacht. Diesbezüglich wurden auch Abweichungen von der schwedischen Kultur im Umgang mit Krankheit oder anderem Leiden gelehrt. Unterschiedliche Ausdrucksweisen in der Kommunikation mit Personen aus fremden Kulturen wurden auf Ebene der kulturellen Kompetenz mit dem Ziel trainiert, kulturelle Kompetenzen im klinischen Arbeiten umsetzen zu können.
- Zweitens, den Ansatz die Theorie mit der Praxis zu verknüpfen. Die Partizipanten und Partizipantinnen wurden dazu angehalten, während ihrer klini-

schen Arbeit vermehrt Erlerntes anzuwenden und Notizen zu transkulturellen Begegnungen zu machen.

- Und drittens den Ansatz der Fallbearbeitung, um Pflegepersonen im Umgang mit herausfordernden kulturellen Situationen zu unterstützen. Die Partizipanten und Partizipantinnen wurden schon vor der Intervention gebeten, jeweils zwei Fallbeispiele von für sie herausfordernden Situationen in der Pflegepraxis zur Weiterbildung mitzunehmen, um diese später in der Intervention reflektierend bearbeiten zu können. Notizen, die während der vier Wochen klinischer Arbeit entstanden sind, wurden am dritten und letzten Tag der Weiterbildung ebenfalls besprochen.

Die Studie von Delgado et al. (2013) hatte als Zielsetzung, den Einfluss einer kulturellen Weiterbildung unter dem Titel „What’s Culture Got To Do With It?“ (zu Deutsch: „Was hat Kultur damit zu tun?“) auf die kulturelle Kompetenz von Angestellten einer Pflegeeinrichtung aufzuzeigen. Das Ziel der Weiterbildung war es, das kulturelle Verständnis der 98 Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu fördern und dessen Einfluss auf die Qualität in der Pflege zu verdeutlichen. In der einstündigen theoretischen Weiterbildung kamen vier Lehrmethoden zum Einsatz:

- Im affektiven Teil der Einheit (Dauer: 15 Minuten) wurde von AkteurInnen eine transkulturelle Interaktion mit der Gruppe simuliert. Diese Situation wurde im Anschluss reflektiert und gemeinsam mit der Gruppe diskutiert.
- Den längsten Abschnitt der Schulung bildete der kognitive Teil (Dauer: 20 Minuten), in dem kulturelle Definitionen und Werte sowie demografische Fakten und Kulturressourcen unterrichtet wurden. In diesem Abschnitt sollten die Partizipanten und Partizipantinnen außerdem über die Definition und den Einfluss von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit informiert werden und im Anschluss daran auch Beispiele dafür nennen können.
- Im psychomotorisch-affektiven Teil der Weiterbildung (Dauer: zehn Minuten) wurden persönliche Erfahrungen der Partizipanten und Partizipantinnen diskutiert, die damit zu tun hatten, inwiefern ihr eigenes Kulturgut Einfluss auf vergangene Gesundheitsentscheidungen gehabt haben könnte.

- Im darauffolgenden Abschnitt, dem psychomotorischen Teil (Dauer: fünf Minuten), mussten vier von den Kursleitern ausgewählte Personen unter Stress eine Aufgabe lösen. Diese Aufgabe sollte den Teilnehmern und Teilnehmerinnen der Weiterbildung verdeutlichen, dass unter Stress oftmals Entscheidungen getroffen werden, die unter gewöhnlichen Bedingungen nicht getroffen werden würden.

Die letzten zehn Minuten der Weiterbildung blieben den Teilnehmern und Teilnehmerinnen des Kurses zur Evaluation und für individuelle Fragestellungen.

Grady (2014) führte in ihrer Studie eine spezielle kulturelle Weiterbildung im Bereich der Hauskrankenpflege durch, um eine Steigerung von kulturell kompetenter Pflege lateinamerikanischer Patienten und Patientinnen im häuslichen Bereich zu erzielen. Teilgenommen haben 15 Pflegepersonen, die in der Hauskrankenpflege tätig waren und dort größtenteils lateinamerikanische Patienten und Patientinnen betreuten. Die 90-minütige Intervention beinhaltete ausschließlich theoretische Vorträge zu den Themen:

- Lateinamerikanische Umgangsformen
- Lateinamerikanische Ansichten zu Gesundheit und Krankheit
- Lateinamerikanische Werte
- Lateinamerikanische Volksheilkunde

In der Studie von McDougale, Ukockis & Adamshick (2010) nahmen 379 Angestellte im Gesundheitsbereich an einem neu entwickelten, 90-minütigen Weiterbildungsprogramm mit dem Namen CARE (Cultural Awareness and Respect Through Education) teil. 87 dieser Angestellten waren im Pflegebereich tätig. Diese theoretische Weiterbildung basierte auf vier Prinzipien, die im Rahmen von Vorträgen doziert wurden und ergänzend mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen diskutiert wurden. Durchgeführt wurde dieses Weiterbildungsprogramm, um dessen Nutzen und Einfluss auf die kulturelle Kompetenz der Partizipanten und Partizipantinnen zu evaluieren.

Im Folgenden sind die vier Prinzipien des CARE-Programms und deren Lerninhalte aufgelistet:

1. **CONSIDER** (zu Deutsch: Beachte!)

In diesem Abschnitt wurden Faktoren genannt, die Pflegepersonen am Ausführen von kulturell kompetenter Pflege hindern könnten. Fehlerquellen, die zu kulturell inkompetenter Pflege führen könnten, wurden aufgezeigt, jedoch wurden auch Aspekte genannt, die die Durchführung von kulturell kompetenter Pflege fördern könnten.

2. **ACCEPT** (zu Deutsch: Akzeptiere!)

Hier wurden diverse kulturelle Unterschiede und Sichtweisen aufgezeigt. Es wurde besprochen, dass diese Differenzen zur eigenen Kultur von den Pflegepersonen dennoch akzeptiert werden müssten. Die Partizipanten und Partizipantinnen sollten auch nach Gemeinsamkeiten in den verschiedenen Kulturen suchen.

3. **RECOGNIZE** (zu Deutsch: Erkenne!)

Für die Kursleiter war es wichtig, dass die teilnehmenden Pflegepersonen in ihrer klinischen Arbeit kulturelle Unterschiede in Bezug auf Wertvorstellungen, Glaube, Einstellung zur Pflege, etc. erkennen und in Folge dessen auch Vertrautheit dazu aufbauen konnten.

4. **EXECUTE** (zu Deutsch: Führe durch!)

Die teilnehmenden Pflegepersonen wurden angeleitet, proaktive, sowie kulturell sensible Pflegeinterventionen durchzuführen, und Gelerntes in ihrem Pflegealltag umzusetzen.

Andere Interventionen

In den Studien von Castro & Ruiz (2009), Mareno & Hart (2014), sowie Millicent et al. (2016) wurden keine Interventionen in Form von Weiterbildungen durchgeführt.

Millicent et al. (2016) fasst in seinem Literaturreview allerdings mehrere kulturspezifische Interventionen zusammen und evaluiert diese. Inkludiert wurden kulturfo-kussierte Interventionen, die in Krankenhäusern durchgeführt wurden und als Ziel hatten, die PatientInnenzufriedenheit von erwachsenen asiatischen Patienten und Patientinnen zu steigern, indem ihr Aufenthalt in den teilnehmenden Krankenhäusern nach deren Kulturvorstellungen gestaltet wurde. Die Verbesserung der PatientInnenzufriedenheit wurde mit verschiedenen kulturellen Interventionen angestrebt. Neben einer Weiterbildung des Pflegepersonals zur traditionellen chinesischen Kultur im Allgemeinen waren weitere inkludierte Interventionen spezielle

Services auf teilnehmenden Stationen, wie zum Beispiel das Angebot chinesischer Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, chinesischer Mahlzeiten oder auf die chinesische Kultur abgestimmte Dekoration im Hause. Auch Beschilderungen in chinesischer Sprache wurden im Krankenhaus angebracht. Die genannte Weiterbildung bezüglich chinesischer Kultur wurde in der Studie allerdings nicht genauer beschrieben.

Auch in der Studie von Castro & Ruiz (2009) wurde keine kulturspezifische Weiterbildung durchgeführt. Allerdings wurde in dieser Studie evaluiert, ob das Level an kultureller Kompetenz des Pflegepersonals Einfluss auf die Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen hat. Fokussiert wurden dabei 218 lateinamerikanische Patienten und PatientInnen. Darüber hinaus wurde analysiert, ob Pflegepersonen mit einem hohen Level an kultureller Kompetenz zuvor an kulturfokussierten Weiterbildungen teilgenommen hatten. Aus welchen Komponenten diese Weiterbildungen zusammengesetzt waren, wurde jedoch nicht beschrieben.

In der Querschnittstudie von Mareno & Hart (2014) wurde das Level an kultureller Kompetenz von ausgebildeten Pflegepersonen mit Diplom- oder Bachelorabschluss evaluiert und mit dem Level an kultureller Kompetenz von ausgebildeten Pflegepersonen mit Masterabschluss verglichen. Die kulturellen Weiterbildungen, die dieser Literaturreview fokussiert, sind in der Studie von Mareno & Hart (2014) Teil des Curriculums der Diplom-/Bachelorausbildung, beziehungsweise der Masterausbildung. Das Curriculum der Masterausbildung beinhaltete mehr Lehrinhalte zum Thema kulturelle Kompetenz als jenes der Diplom- oder Bachelorausbildung. Zusätzlich untersuchte die Studie, ob die 365 teilnehmenden Pflegepersonen jemals zuvor Weiterbildungen im Rahmen oder auch außerhalb des Dienstverhältnisses in Anspruch genommen hatten. Weder die Lehrformen im Curriculum des Masterstudienganges noch die Weiterbildungen nach Abschluss der Ausbildung wurden näher beschrieben.

Assessmentinstrumente

Die Datenerhebungsinstrumente wurden in allen Studien im Methodenteil beschrieben.

In drei der sieben inkludierten Studien (Castro & Ruiz 2009; Delgado et al. 2013; Grady 2014) wurde das Assessmentinstrument „IAPCC-R“ nach Campinha-

Bacote verwendet. Campinha-Bacote (2002) beschreibt in ihrer Arbeit „The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services: A Model of Care“ den Begriff *kulturelle Kompetenz* als einen Prozess, der aus fünf zu erreichenden Konstrukten besteht:

1. Kulturbewusstsein („cultural awareness“)
Mit Kulturbewusstsein ist laut Campinha-Bacote die Selbsterkenntnis des eigenen kulturellen Hintergrundes gemeint.
2. Wissen über Kultur („cultural knowledge“)
Hier steht das Erlangen von Wissen über unterschiedliche ethnische und kulturelle Gruppen im Vordergrund.
3. Fähigkeiten im Umgang mit interkulturellen Situationen („cultural skills“)
Damit meint Campinha-Bacote die Durchführung kulturkongruenter Pflege im Arbeitsalltag.
4. kulturelle Interaktionen („cultural encounters“)
Darunter versteht man die Förderung interkultureller Begegnungen zwischen Angehörigen des Gesundheitswesens und Patienten und Patientinnen.
5. Streben nach kultureller Kompetenz („cultural desire“)
Das Streben nach kultureller Kompetenz sieht Campinha-Bacote als Voraussetzung dieses Modells. Diese Komponente drückt den Wunsch aus, in interkulturellen Situationen angemessen und kompetent zu handeln.

In diesem Modell der kulturellen Kompetenz sind Angehörige des Gesundheitsbereiches stets darum bemüht, diese Komponenten zu erlangen und somit kulturelle Kompetenz zu erreichen.

Das Assessmentinstrument IAPCC-R, ebenfalls von Campinha-Bacote entwickelt, basiert auf dem eben beschriebenen Modell und dient dazu, das Level an kultureller Kompetenz von Gesundheitsfachkräften zu messen. Der IAPCC-R ist ein Selbstbewertungsinstrument bestehend aus 25 Fragen, die sich auf die fünf Komponenten nach Campinha-Bacote beziehen. Das Instrument verwendet eine vier-Punkte-Likert-Skala mit unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten zu den fünf Bereichen des Fragebogens. Die Antworten reichen von „trifft voll zu“ bis „trifft nicht zu“, von „sehr bewusst“ bis „nicht bewusst“, von „sehr kompetent“ bis „nicht kompetent“.

tent“, von „sehr vertraut“ bis „nicht vertraut“ und von „sehr eingebunden“ bis „nicht eingebunden“. Um den Fragebogen auszufüllen, benötigen die Partizipanten und Partizipantinnen zwischen zehn und 15 Minuten. Maximal gibt es 100 Punkte zu erreichen. Die erreichte Punktezahl gibt an, in welcher der vier Stufen der kulturellen Kompetenz sich der Teilnehmer beziehungsweise die Teilnehmerin befindet (siehe Tabelle 2) (Transcultural C.A.R.E. Associates o.J.).

Tabelle 3: Die Stufen der kulturellen Kompetenz nach Campinha-Bacote (2002)

Erreichte Punkteanzahl	Stufen der kulturellen Kompetenz
91-100	Culturally proficient
75- 90	Culturally competent
51- 74	Culturally aware
25- 50	Culturally incompetent

Um die kulturelle Kompetenz der teilnehmenden Pflegepersonen zu evaluieren, verwendete Berlin, Nilsson & Törnkvist (2010) ein weiteres Assessmentinstrument. Der „Cultural Competence Training Questionnaire“ (Krajic et al. 2005) wurde in der Studie einmal vor, als „CCCQ-Pre“, und einmal nach der Intervention, als „CCCQ-Post“, angewandt. Um den Fragebogen, der ebenfalls auf Campinha-Bacotes Modell für kulturelle Kompetenz (2002) zurückzuführen ist, auf den Gesundheitsbereich abzustimmen, wurde die Wortwahl abgeändert. Zusätzlich wurden sieben Fragen aus dem Fragebogen gestrichen, da diese nicht zur Beantwortung der Forschungsfrage dienten. Dieses Assessmentinstrument wurde in der Studie allerdings nicht weiter beschrieben. Zur Evaluierung von Erfahrungen, die Pflegepersonen mit kulturell anspruchsvollen Situationen hatten, wurde ein Fragebogen mit 14 Fragen eingesetzt. Diese setzten sich wie folgt zusammen:

- Sieben dieser Fragen zielten auf die multikulturellen Interaktionen im Alltag von Pflegepersonen und die darin aufgetretenen sprachlichen Barrieren ab.
- Eine Frage diente zur Evaluierung der Gesundheitskompetenz der Pflegepersonen.
- Eine Frage bezog sich auf die Compliance der Pflegepersonen.

- Eine weitere Frage bezog sich auf die (mangelnde) Kenntnis der Pflegepersonen von kulturellen Aspekten.
- Eine Frage bezog sich auf die (mangelhafte) Versorgung der Patienten und Patientinnen durch das Pflegepersonal.
- Eine Frage diente zur Einschätzung psychosozialer Risiken im häuslichen Umfeld eines Kindes.
- Bei den zwei weiteren Fragen sollten die Pflegepersonen mögliche Gründe dafür nennen, warum Eltern mit ihren Kindern wiederholt nicht zu geplanten Terminen erscheinen, beziehungsweise warum Eltern oftmals Probleme verleugnen oder Hilfestellungen ablehnen.

Zur Evaluierung der Weiterbildung seitens der teilnehmenden Pflegepersonen wurden dem „CCCQ-Post“- Fragebogen sieben Fragen zur Weiterbildung an sich hinzugefügt.

Der Nutzen des Weiterbildungsprogramm CARE in der Studie von McDougale, Ucockis & Adamshick (2010) wurde mittels eigens entwickelten Fragebogens evaluiert. Abgesehen von den kulturfokussierten Fragen wurden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen auch über die Stärken und Schwächen des CARE Weiterbildungsprogrammes befragt. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen konnten die Fragen auf einer 5-Punkte-Likert-Skala beantworten und außerdem auch eigene Kommentare hinzufügen. Der Fragebogen setzte sich aus folgenden zehn Fragen zusammen:

- I. Kulturelle Kompetenz und Wissen des Kursleiters/der Kursleiterin? (1=schwach bis 5=exzellent)
- II. Verständnis der Präsentation? (1=schwach bis 5=exzellent)
- III. Am Ende der Präsentation waren Sie befähigt zu:
 - a. Zunehmende Bedeutung von kultureller Kompetenz in der Pflege erklären zu können. (1=überhaupt nicht bis 5=absolut)
 - b. Eigene kulturelle Kompetenz einstufen zu können. (1=überhaupt nicht bis 5=absolut)
 - c. Das CARE Modell als kompetenzsteigerndes Instrument reflektieren und evaluieren zu können. (1=überhaupt nicht bis 5=sehr)

- d. Das CARE Modell in die Pflegepraxis umsetzen zu können. (1=überhaupt nicht bis 5=sehr)
 - e. Das notwendige Knowhow entwickeln zu können, um kulturelle Pflege durchführen zu können. (1=überhaupt nicht bis 5=sehr)
- IV. Der Zweck dieser Weiterbildung war es, Strategien zu kulturell kompetenter Pflege entwickeln zu können.
- a. Haben wir unser Ziel erreicht? (1=überhaupt nicht bis 5=sehr)
 - b. Wie effektiv waren die Lehrmethoden des Kursleiters/der Kursleiterin? (1=überhaupt nicht bis 5=sehr)
 - c. Wie gut konnten Ihre persönlichen Ziele in Bezug auf dieses Training erreicht werden? (1=überhaupt nicht bis 5=sehr)

In der Studie von Mareno & Hart (2014) wurden zwei Fragebögen als Assessmentinstrumente genutzt. Ein von den Forschern entwickelter Fragebogen, bestehend aus neun Fragen, diente zur Erfassung demografischer Charakteristika der Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Erfragt wurden folgende demografische Punkte: Postleitzahl, Alter, Geschlecht, Ethnizität, höchster Abschluss in Bezug auf die Pflege, bisher geleistete Dienstjahre in der Pflege, Beschäftigungsstatus, Arbeitsumfeld (Krankenhaus, Ambulatorien, Lehrbereich,...) und Fremdsprachen (alle außer Englisch). Um die kulturelle Kompetenz der Pflegepersonen zu eruieren, wurde ebenfalls der schon zuvor bei Berlin, Nilsson & Törnkvist (2010) beschriebene Cultural Competence Training Questionnaire (CCCQ) von Krajic et al. (2005) verwendet.

Bei Millicent et al. (2016) wurden verschiedene Assessmentinstrumente, wie zum Beispiel Skalen zur Selbsteinschätzung der Zufriedenheit, inkludiert. Beispiele, die dazu genannt wurden, waren „HCAHPS“ (USA), das „Cultural Competency Assessment Tool of Hospital“ (CCATH) (California, USA), „VPSM“ (UK, AUS und USA) und der adaptierte „PPEQ-15“ (Hong Kong). All diese Assessmentinstrumente wurden in dem Literaturreview allerdings nicht näher beschrieben.

Auswirkungen

In jeder der sieben inkludierten Studien wurden die Auswirkungen der angewandten Interventionen im Ergebnisteil beschrieben. Im folgenden Abschnitt werden die

Auswirkungen zum einen auf das Pflegepersonal und zum anderen auf die Patienten und Patientinnen beschrieben.

Auswirkungen auf das Pflegepersonal

In der Studie von Berlin, Nilsson & Törnkvist (2010), in der eine dreitägige Weiterbildung von bereits ausgebildeten Pflegepersonen in einer Interventionsgruppe in Form von praktischen und theoretischen Lehrinhalten stattfand, wurden signifikante Veränderungen auf drei Ebenen der kulturellen Kompetenz festgestellt.

Auf Ebene des kulturbezogenen Wissens der Pflegepersonen gab es eine signifikante Steigerung in der Interventionsgruppe. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen gaben nach der Intervention an, mehr Wissen bezüglich kultureller Unterschiede im Gesundheitswesen zu haben sowie nationale Richtlinien im Umgang mit kultureller Vielfalt im Gesundheitswesen zu kennen. Auch die kulturelle Kompetenz der Partizipanten und Partizipantinnen steigerte sich nach der Weiterbildung signifikant. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen in der Interventionsgruppe gaben an, folgende Kompetenzen entwickelt- beziehungsweise verbessert zu haben:

- Umgang mit Eltern minderjähriger PatientInnen und deren Ansichten in Bezug auf Gesundheit und Krankheit
- Gebrauch von Volksheilmitteln und/oder alternativer Heilmethoden
- Ausführen von kultursensibler physischer Untersuchungen
- Aushandeln eines kultursensiblen Behandlungs- und Pflegeplans unter Einbezug der Eltern
- Durchführung von kultursensibler Elternedukation und Beratung
- Anbieten von kultursensibler gesundheitspräventiver Maßnahmen

Außerdem zeigten die Partizipanten und Partizipantinnen in der Interventionsgruppe eine signifikante Steigerung auf Ebene der kulturellen Begegnungen, wenn es darum ging, Störfaktoren des Heilungsprozesses der Patienten und Patientinnen in Form von kulturspezifischen Überzeugungen zu erkennen. Auch der Wunsch nach mehr Wissen zum Thema kulturelle Kompetenz wurde durch die Weiterbildung gesteigert. 98% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren mit der Qualität der Weiterbildung zufrieden und gaben an, dass diese auch einen wichti-

gen positiven Einfluss auf ihren Umgang mit kulturell anspruchsvollen Situationen in ihrer klinischen Arbeit hatte.

Die einstündige Weiterbildung in der Studie von Delgado et al. (2013) wurde nach drei und nach sechs Monaten evaluiert. Bei der Baseline-Evaluierung der kulturellen Kompetenz der Pflegepersonen nach Campinha-Bacote (2002) vor der Intervention, erreichten 91% der Partizipanten und Partizipantinnen das Level des kulturellen Bewusstseins und neun Prozent der Partizipanten und Partizipantinnen das Level „kulturell kompetent“. Drei Monate nach der Intervention veränderten sich diese Ergebnisse wie folgt: 88% der Partizipanten und Partizipantinnen erreichten das Level „kulturelles Bewusstsein“, wohingegen der Prozentsatz an Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die das Level „kulturell kompetent“ erreichten, auf 12,5% stieg. Im Zuge der Evaluierung nach weiteren drei Monaten stellte man Ergebnisse ähnlich jenen der Evaluierung nach den ersten drei Monaten, fest. Die kulturelle Kompetenz der Teilnehmer und Teilnehmerinnen der einstündigen Weiterbildung wurde demnach signifikant gesteigert.

Wie Delgado et al. (2013) evaluierte auch Grady (2014) die Auswirkungen einer kulturfokussierten Weiterbildung auf die kulturelle Kompetenz von Pflegepersonen. Die Studie zeigte, dass die 90-minütige Weiterbildung einen positiven Einfluss auf die kulturelle Kompetenz der Teilnehmer und Teilnehmerinnen hatte. 20% der Pflegepersonen erreichten vorab das Level „kulturelle Kompetenz“, wohingegen die restlichen 80% das Level „kulturelles Bewusstsein“ erreichten. Nach der durchgeführten Intervention stieg der Prozentsatz kulturell kompetenter Pflegepersonen auf 47%, während der Anteil an Pflegepersonen, die das Level „kulturelles Bewusstsein“ erreichten, auf 53% sank.

In der Studie von Mareno & Hart (2014) wurde der Unterschied zwischen Pflegepersonen mit Diplom- beziehungsweise Bachelorausbildung und Pflegepersonen mit Masterausbildung bezüglich ihrer kulturellen Kompetenz gemessen. Die Studie zeigte, dass Pflegepersonen mit niedrigerem Abschluss (Diplom-, beziehungsweise Bachelorabschluss) weniger Punkte in Bezug auf ihr kulturelles Wissen erzielten. Weitere signifikante Unterschiede bezüglich des Umgangs mit kulturellen Begegnungen oder dem Kulturbewusstsein konnten nicht aufgezeigt werden. Ein weiterer Aspekt, den die Studie ebenfalls fokussierte, waren zusätzliche Weiterbil-

dungen, welche teilnehmende Pflegepersonen innerhalb, oder außerhalb ihrer klinischen Arbeit besucht hatten. Sowohl die Pflegepersonen mit Diplom- beziehungsweise Bachelorabschluss, als auch diejenigen mit Masterabschluss gaben an, im Laufe ihres beruflichen Lebens nur wenige bis gar keine kulturelle Weiterbildungen besucht zu haben.

Bei McDougale, Ukockis & Adamshick (2010) wurden die Auswirkungen eines neu entwickelten Weiterbildungsprogramms mit dem Namen CARE beleuchtet. Nach der dreistündigen Weiterbildung gaben die Partizipanten und Partizipantinnen größtenteils an, die Notwendigkeit von kultureller Kompetenz im Gesundheitswesen erkennen und erläutern zu können sowie das eigene Level an kultureller Kompetenz gut selbst einschätzen zu können. Nicht nur das Wissen bezüglich kultureller Kompetenz und dem theoretischen Hintergrund von CARE konnte gesteigert werden, sondern die meisten teilnehmenden Pflegepersonen gaben zusätzlich auch an, das CARE Modell nach der Schulung im Praxisalltag anwenden zu können und zu wollen. Außerdem führte der Großteil der Teilnehmer und Teilnehmerinnen an, ihr neu gewonnenes Wissen zu kulturell kompetenter Pflege anderen Kollegen und Kolleginnen weitervermitteln zu wollen. Weitere Wortmeldungen von Teilnehmern und Teilnehmerinnen nach der Schulung waren:

- „Es (das Weiterbildungsprogramm CARE) hat mit zuvor dagewesene Barrieren geöffnet.“
- „Das Gelernte wird mir in meiner alltäglichen Praxis weiterhelfen.“
- „Ich werde ein guter Zuhörer werden.“
- „Die Weiterbildung war sehr hilfreich. Ich dachte, ich wüsste schon alles zu diesem Thema, doch ich habe sehr viel dazugelernt.“

Auswirkungen auf die Patienten und Patientinnen

Auswirkungen von kulturellen Weiterbildungen des Pflegepersonals auf ihre Patienten und Patientinnen wurden in zwei Studien beschrieben (Castro & Ruiz 2009; Millicent et al. 2016)

In der Studie von Castro & Ruiz (2009) wurden die Auswirkungen der kulturellen Kompetenz von Pflegepersonen auf die Zufriedenheit lateinamerikanischer Patienten und Patientinnen untersucht. Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass

eine gesteigerte kulturelle Kompetenz in Zusammenhang mit gesteigerter Patientenzufriedenheit steht. Patienten, die während ihres Krankenhausaufenthaltes zufriedener waren, haben laut der Studie mehr Zeit mit Pflegepersonal verbracht, das kulturell kompetent war, Wissen über die lateinamerikanische Kultur hatte, bereits Begegnungen mit dieser Kultur erfahren hatte und auch das Verlangen nach mehr Wissen bezüglich dieser Kultur hatte. Die Patienten und Patientinnen, die mehr Zeit mit kulturell kompetenten Pflegepersonen verbrachten, gaben eine höhere Zufriedenheit mit der Pflege im Allgemeinen, aber auch mit zwischenmenschlichen Aspekten der Pflege an.

Auch der Literaturreview von Millicent et al. (2016) behandelt die Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen. Im Fokus stehen hier erwachsene asiatische Patienten. Der Literaturreview zeigt, dass Patienten, die während ihres Krankenhausaufenthaltes auf Stationen waren, auf denen speziell chinesische Services verfügbar waren, eine höhere Zufriedenheit aufwiesen. 95% der Patienten und Patientinnen gaben an, mit dem Pflegepersonal mit Weiterbildung bezüglich chinesischer Kultur zufrieden zu sein. Im Gegensatz dazu waren auf Stationen, wo das Pflegepersonal keinerlei Weiterbildung auf diesem Gebiet erhielt, lediglich 83% der Patienten mit dem Pflegepersonal zufrieden. Weitere Ergebnisse in diesem Literaturreview zeigen ebenfalls eine positive Veränderung der Patientenzufriedenheit auf kulturspezifischen Stationen. In Bezug auf die Kommunikation mit dem Pflegepersonal waren 47% der Patienten auf der Station mit geschultem Personal zufrieden. Auf der regulären Station belief sich der Anteil zufriedener Patienten auf 33%. Außerdem zeigte sich, dass sich ein Großteil der Patienten, die sich auf der Station mit kulturell kompetentem Personal befanden (83%), vom Pflegepersonal immer ausreichend informiert fühlte. Demgegenüber fühlten sich auf der regulären Station nur 67% ausreichend informiert. Ein negatives Ergebnis wurde bei der Zufriedenheit der Patienten in Bezug auf Kommunikation über die Medikation festgestellt. 16% der Patienten und Patientinnen auf der „chinesischen“ Station waren mit diesem Aspekt der Kommunikation zufrieden, wohingegen auf der „herkömmlichen“ Station 24% der Patienten und Patientinnen Zufriedenheit angaben. Im Allgemeinen sind 29% der Patienten auf der modifizierten Station mit allem zufrieden gewesen. Auf der regulären Station gaben 11% an, mit allem zufrieden gewesen zu sein.

Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, aufzuzeigen, welche Auswirkungen die internationale Literatur bezüglich kultureller Weiterbildungen von ausgebildetem Pflegepersonal beschreibt. In diesen Literaturreview wurden sieben Studien inkludiert, wovon sich fünf mit den Auswirkungen auf das Pflegepersonal und zwei mit den Auswirkungen auf die Patienten und Patientinnen beschäftigten. Im Zuge der Datenanalyse der inkludierten Studien beziehungsweise des inkludierten Artikels zeigte sich, dass alle in den Studien durchgeführten Weiterbildungen in zumindest einem Bereich einen positiven Einfluss auf das Pflegepersonal und/oder auf Patienten und Patientinnen aufweisen konnten. In manchen Bereichen konnte kein Einfluss gemessen werden, und in einem Bereich konnte ein negativer Einfluss gemessen werden.

Auswirkungen auf das Pflegepersonal

Die Analyse der inkludierten Studien zeigte, dass kulturfokussierte Interventionen einen positiven Einfluss auf das Wissen bezüglich kultureller Kompetenz der teilnehmenden Pflegepersonen haben (Berlin, Nilsson & Törnkvist 2010; Castro & Ruiz 2009; Delgado et al. 2013; Grady 2014; Mc Dougle, Ukockis & Adamshick 2010). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch schon Noble et al. (2013), die die Auswirkungen einer kulturfokussierten Intervention auf Studenten und Studentinnen der Pflege untersuchten. In dieser Studie konnte nach einer kulturfokussierten Intervention in Form einer Vorlesung und einer Gruppenpräsentation ein signifikanter Anstieg des IAPCC-R-Scores (Campinha-Bacote 2002) bei den teilnehmenden Studenten und Studentinnen festgestellt werden. Ein ähnlicher Anstieg konnte auch bei Castro & Ruiz (2009), Delgado et al. (2013) und Grady (2014) identifiziert werden.

Berlin, Nilsson & Törnkvist (2010) stellte in seiner Studie fest, dass durch kulturelle Weiterbildungen von Pflegepersonen auch deren Umgang mit transkulturellen Herausforderungen gestärkt wird. Zu diesem Ergebnis kamen auch schon Allen et al. (2012), die in ihrer Studie feststellten, dass die durchgeführte Intervention, die sowohl aus einem praktischen als auch aus einem theoretischen Teil bestand, positiv zur Selbsteinschätzung der PflegestudentInnen bezüglich ihrer Sicherheit in der Ausübung kulturell kompetenter Pflege beitrug. Grund für diese Verände-

rungen könnte die Auseinandersetzung mit dem Thema „fremde Kultur“ sein, der die Pflegepersonen oder Schüler und Schülerinnen im Alltag eventuell ausweichen.

Patientenbezogene Auswirkungen

Insgesamt kann festgestellt werden, dass kulturspezifische Weiterbildungen die kulturelle Kompetenz von Pflegepersonen steigern und dies wiederum einen positiven Einfluss auf die PatientInnenzufriedenheit hat. Auffallend bei der Literaturrecherche war, dass es kaum Literatur dazu gibt, welchen Einfluss kulturspezifische Weiterbildungen von Pflegepersonen auf die Patienten und Patientinnen haben. Bei Löschke & Plasser (o.J.) wird zwar von positiven Auswirkungen in Bezug auf die Patienten und Patientinnen gesprochen, jedoch fehlen dazu wissenschaftliche Belege.

Negative Auswirkungen

Alle inkludierten Studien zeigten positive Auswirkungen der Weiterbildungen vom Pflegepersonal auf. Dennoch wurden im Literaturreview von Millicent et al. (2016) negative Auswirkungen beschrieben. Warum die Kommunikation in Bezug auf die Medikation zwischen PatientInnen und kulturell geschultem Pflegepersonal schlechter ausfiel, als zwischen PatientInnen und ungeschultem Pflegepersonal, bleibt unklar. Dennoch gaben im Allgemeinen auch hier die Patienten und Patientinnen größere Zufriedenheit mit kulturell geschultem Pflegepersonal an.

Instrumente

Um die kulturelle Kompetenz von Pflegepersonen zu eruieren, gibt es ein vergleichsweise häufig genutztes Assessmentinstrument, das in drei der inkludierten Studien (Castro & Ruiz 2009; Delgado et al. 2013; Grady 2014) verwendet wurde: den IAPCC-R-Fragebogen von Campinha-Bacote (2002). Die Evaluation von kultureller Kompetenz stellt demnach kein Problem dar. Dass es nur wenige Studien gibt, die Auswirkungen kulturfokussierter Weiterbildungen des Pflegepersonals hinsichtlich der Patienten und Patientinnen untersuchen, könnte daran liegen, dass noch nicht ausreichend zufriedenstellende Assessmentinstrumente zur Erfassung von möglichen Einflüssen auf die PatientInnen gibt, wie man auch bei Millicent et al. (2016) erkennt. Zum anderen könnte ein weiteres Problem für die Er-

fassung dieser Daten Sprachbarrieren zwischen ForscherIn und PatientInnen sein, die das Daten-Assessment erschweren.

Weiterbildungen

Schon im Jahr 2003 stellte man im National Report Austria den Antrag zu verpflichtender Lehre von kultursensibler Kompetenzen im Zuge der Ausbildung von Gesundheitspersonal. (Löschke & Plasser o.J.). Obwohl immer mehr Migranten und Migrantinnen nach Österreich kommen (Lenthe 2016), ist die Weiterbildung von bereits ausgebildeten Pflegepersonen auf diesem Gebiet allerdings nicht verpflichtend (Bundeskanzleramt 2018). Die Sinnhaftigkeit von kulturfokussierten Weiterbildungen von ausgebildeten Pflegepersonen konnte durch diesen Literaturreview deutlich gemacht werden. Zum einen haben bereits einige der inkludierten Studien (Berlin, Nilsson & Törnkvist 2010; McDougale, Ukockis & Adamshick 2010) gezeigt, dass Pflegepersonen den Wunsch nach kultureller Kompetenz verspüren, zum anderen konnte man bei Mareno & Hart (2014) sehen, dass die in der Grundausbildung enthaltenen Weiterbildungen kaum Einfluss auf die kulturelle Kompetenz der Pflegepersonen hatten. Dieses Ergebnis lässt an dem Effekt der alleinigen Lehre von kultureller Kompetenz im Zuge der Ausbildung zweifeln. Zu dem Ergebnis, dass kulturspezifische Interventionen bei bereits ausgebildeten Pflegepersonen bessere Ergebnisse erzielen, kamen schon Gallagher & Polanin (2015). In ihrer Studie führten sie dies darauf zurück, dass ausgebildete Pflegepersonen praxiserfahrener sind und deshalb noch eher den Nutzen einer solchen Weiterbildung erkennen, als praxisunerfahrene Studenten und Studentinnen. In den Studien von Berlin, Nilsson & Törnkvist (2010) Delgado et al. (2013) und Grady (2014) wird jedoch eine signifikante Steigerung der kulturellen Kompetenz der Pflegepersonen durch Weiterbildungen während der Beschäftigungszeit festgestellt. Dass die Durchführung solcher Studien keinen großen Zeitaufwand benötigt, zeigte Delgado et al. (2013). In dieser Studie wurde eine nur einstündige Schulung durchgeführt, die jedoch auch langfristige Ergebnisse in Bezug auf die kulturelle Kompetenz der Pflegepersonen erzielte.

Stärken und Limitationen

Stärken dieses Literaturreviews sind die inkludierten Studien, da vier dieser Studien ein randomisiertes, kontrolliertes Studiendesign haben, das zu den repräsen-

tativsten Studiendesigns zählt, um eine Intervention auf deren Effekt zu untersuchen. Eine weitere Stärke ist die Literaturrecherche mit Mesh-Terms in PubMed, da diese bereits definiert und subsumiert sind. Eine Schwäche dieses Literaturreviews ist, dass die Suche nur in den zwei Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt wurde.

Schlussfolgerung

Dieser Literaturreview schafft einen zusammenfassenden Überblick darüber, welche Auswirkungen kultureller Weiterbildungen die internationale Literatur beschreibt. Die in dieser Arbeit behandelten Ergebnisse zeigen, dass Weiterbildungen von ausgebildetem Pflegepersonal hinsichtlich kultureller Kompetenzen positive Auswirkungen auf die Pflegepersonen, aber auch auf die Patienten und Patientinnen haben. Sowohl mehrtägige Weiterbildungsprogramme als auch einstündige Schulungen konnten das Kulturbewusstsein, das kulturelle Wissen, die kulturellen Fertigkeiten und somit auch die kulturelle Kompetenz des Pflegepersonals steigern. Auch die Patienten und Patientinnen fühlten sich bei kulturell kompetenten Pflegepersonen zufriedener.

Forschungsempfehlungen

Die Auswirkungen von kulturspezifischen Weiterbildungen von ausgebildeten Pflegepersonen auf die kulturelle Kompetenz der Pflegepersonen sind ausreichend beschrieben. Welchen Einfluss diese Weiterbildungen aber auf das Wohlbefinden oder das Selbstvertrauen der Pflegepersonen haben, sollte noch genauer untersucht werden.

Außerdem könnte es schwer fallen, die Ursache-Wirkung-Beziehung zwischen den kulturellen Weiterbildungen von Pflegepersonen und Patienten, beziehungsweise Patientinnen aufzuzeigen. Randomisierte Studien in anderen Settings, wie einer Langzeitpflegeeinrichtung Rehabilitationsklinik oder ähnlichen Einrichtungen durchzuführen, erscheint hierbei möglich und sinnvoll, doch konnten keine entsprechenden Studien identifiziert werden.

Praxisempfehlungen

Für die Praxis empfiehlt es sich, kulturspezifische Weiterbildungen für ausgebildetes Pflegepersonal als verbindliche Weiterbildung einzuführen. Auf jeden Fall sollten Führungsebenen von Pflegeanstalten für kulturfokussierte Weiterbildungen werben.

Literaturverzeichnis

1. Allen, J. Brown, L. Duff, C. Nesbitt, P. Hepner, A. 2013, „Development and evaluation of a teaching and learning approach in cross-cultural care and antidiscrimination in university nursing students.“ *Nurse Education Today*, 13 (12): 1592-1598.
2. Alpers, L. & Hanssen, I. 2013, „Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency“, *Nurse Education Today*, 14 (34): 999-1004.
3. Bundeskanzleramt: Rechtsinformationssystem 2018, *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe*, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>, (11.01.2018).
4. Berlin, A. Nilsson, G. Törnkvist, L. 2010, „Cultural Competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial“, *Nursing and Health Science*, 10 (12): 381-391.
5. Campinha-Bacote, J. 2002, „The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services: A Model of Care“, *Journal of Transcultural Nursing*, 02 (03): 181-184 .
6. Casillas, A. 2014, „Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study“, *BMC Medical Education*, 14 (19): 1-8.
7. Castro, A. & Ruiz, E. 2009, „The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction“, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 09 (21): 278-286.
8. The Columbus Foundation 2006, *Capacity Building Initiative: Immigrant and Refugee Organizations. Initiative Overview and Interim Assessment Report*.
9. Delgado, D. A. Ness, S. Ferguson, K. Engstrom, P. L. Gannon, T.M. Gillet, C. 2013, „Cultural Competence Training for Clinical Staff: Measuring the Effect of a One- Hour Class on Cultural Competence“, *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (24/2): 204-213.
10. Freudenberg, M. 2017, „Einfluss von Edukation auf die kulturelle Kompetenz von Pflegepersonen“, Bachelorarbeit, Medizinische Universität Graz, Graz.

11. Gallagher, R. W. & Polanin, J. R. 2015, „A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students.“, *Nurse Education Today*, 15 (02): 333-340.
12. Garneau, A. B. & Pepin, J. 2015, „Cultural Competence: A Constructivist Definition“, *Journal of Transcultural Nursing*, 15 (01): 9-15.
13. Grady, A. 2014, „Enhancing Cultural Competency in Home Care Nurses Caring for Hispanic/ Latino Patients“, *Home Healthcare Nurse*, 14 (01): 24-30.
14. Hawker, S., S. Payne, et al. 2002, „Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically.“, *Qualitative Health Research*, 12(09): 1284-1299.
15. Krajic, K. Strassmayr, C. Karl-Tummer, U. Noval-Zezula, S. Pelikan, J.M. 2005, „Improving ethnocultural competence of hospital staff by training: experiences from the European ‚Migrant-friendly Hospitals‘ project“, *Diversity Health and Social Care Journal*, 05 (02): 279-290.
16. Leininger, M. 1991, *Cultural care diversity and Universality. A theory of nursing*. National League for Nursing Press, New York.
17. Leininger, M. 1998, *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.
18. Lenthe, U, 2016, *Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren*, 2. Auflage, facultas Universitätsverlag, Wien.
19. Like, R. C. 2004, *Assessing the impact of cultural competency training using participatory quality improvement methods*, http://rwjms.rutgers.edu/departments_institutes/family_medicine/chfcd/grants_projects/documents/Aetna_executive_summary.pdf, (17.01.2018).
20. Löschke, K. & Plasser, F. o.J., *Andere Länder – andere Sitten – Weniger Stress durch transkulturelle Kompetenz*, http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/interkulturelle_psychologie_1515_1.pdf, (26.11.2017).
21. Mareno, N. & Hart, P. L. 2014, „Cultural Competency Among Nurses with Undergraduate and Graduate Degrees: Implications for Nursing Education“, *Nursing Education Perspectives*, 14 (02): 83-88.

22. McDougale, L. Ukockis, G. Adamshick, L. 2010, „Evaluation of a New Cultural Competency Training Program: CARE Columbus“, *Journal of the National Medical Association*, 10 (09): 756-760.
23. McElroy, J. & Smith-Miller, C. A. 2016, „Cultural Awareness Among Nursing Staff at an Academic Medical Center“, *Journal of Nursing Administration*, 16 (03): 146-153.
24. Millicent, A. Ubogaya, K. Chen, X. Wint, D. Sandford-Worrall, P. 2016, „Effectiveness of culturally focused interventions in increasing the satisfaction of hospitalized Asian patients: a systematic review“, *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14 (08): 219-233.
25. Monsivais, D. & McNeil, J. 2007, „Multicultural influences on pain medication attitudes and beliefs in patients with nonmalignant chronic pain syndromes“, *Pain Management Nursing- official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 08 (02): 64-71.
26. Noble, A. Nuszen, E. Rom, M. Noble, L. M. 2014, „The effect of a cultural competence educational intervention for first-year nursing students in Israel.“, *Journal of Transcultural Nursing*, 14 (01): 87-94.
27. Polit, D. F. & Beck, C. T. 2008, *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 8. Auflage, Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
28. Pschyrembel online 2017, *Inter|kulturelle Kompetenz*, <https://www.pschyrembel.de/Interkulturelle%20Kompetenz/S03D1/doc/>, (19.10.2017).
29. National Center for Biotechnology Information (NCBI) 2018, *PubMed*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, (09.03.2018).
30. Statistik Austria 2017, *Asyl*, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/wanderungen/asyl/index.html, (29.11.2017).
31. Transcultural C.A.R.E. Associates o.J., *Inventory For Assessing the Process Of Cultural Competence Among Healthcare Professionals – Revised (IACPP-R)*, <http://transculturalcare.net/iapcc-r/>, (05.02.2018).
32. UNCHR Österreich, 2017, *Zahlen im Überblick*, <http://www.unhcr.org/dach/at/ueber-uns/zahlen-im-ueberblick>, (01.12.2017).

Anhang

Tabelle 4: Suchstrategie in PubMed

DATENBANK	SUCHSTRATEGIEN	ERGEBNISSE
PubMed	("Nursing Staff"[Mesh] AND "Cultural Competency"[Mesh]) AND "Education"[Mesh] AND ("2007/11/24"[PDat] : "2017/11/20"[PDat])	33
PubMed	Search (((cultural competency[Title]) AND education) AND evaluation studies as topic AND "last 10 years"[PDat])) AND nursing Filters: published in the last 10 years	8
PubMed	Search (((("Cultural Competency/education"[Mesh]) AND "Nursing Staff"[Mesh]) NOT "Students, Nursing"[Mesh]) AND "Evaluation Studies as Topic"[Mesh])	3
PubMed	"Cultural Competency/education"[Mesh] AND "Nurses"[Mesh] AND ("2007/11/25"[PDat] : "2017/11/21"[PDat])	31
PubMed	(cultural competency[Title] AND nurses[Title/Abstract]) NOT nursing students[Title/Abstract] AND ("2007/11/25"[PDat] : "2017/11/21"[PDat])	14

Bewertung der Studien

Berlin, A. Nilsson, G. Törnqvist L. 2010, „Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial“, *Nursing and Health Science*, 10(12):381-391.

1. Abstract and title: GOOD=4Pkt.

Der Titel „Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial“ ist kurz und prägnant gehalten. Die wichtigsten Begriffe stehen am Anfang des Titels. Im Abstract sind alle wichtigen Informationen enthalten.

2. Introduction and aims: GOOD=4Pkt.

Die Einleitung bzw. der Hintergrund sind sehr gut formuliert. Die Forschungslücke und die Forschungsfrage werden deutlich aufgezeigt. Bisherige Literatur zu dem Thema wird überschaubar, aber ausreichend angeführt.

3. Method and data: FAIR=3Pkt.

Der Methodenteil ist sehr ausführlich und gut strukturiert beschrieben. Auch die angewandten Instrumente sind gut beschrieben. Der Fragebogen wird zusätzlich mittels eigener Tabelle angeführt.

Abzug: Es wird nicht erwähnt, wer die Interviews geführt hat.

4. Sampling: GOOD=4Pkt.

Die Auswahl und Rekrutierung der Stichprobe wird sehr detailliert angeführt, ebenso wie die Charakteristika der PartizipantInnen. Alter und Geschlecht werden zwar nicht extra angeführt, sind für die Studie aber nicht von Bedeutung.

5. Data analysis: FAIR=3Pkt.

Die Datenanalyse wird zwar beschrieben, aber nicht detailliert genug.

6. Ethics and bias: GOOD=4Pkt.

Die Ethik wird in einem eigenen Absatz behandelt. Es lag die Zustimmung durch das Ethics Committee am Hudruge University Hospital, Karolinska Institute, Schweden vor. Die schriftliche Zustimmung der TeilnehmerInnen war erforderlich. Anonymität und Vertraulichkeit wurden garantiert.

7. Results: GOOD=4Pkt.

Der Ergebnisteil ist sehr gut strukturiert und leicht verständlich. Abbildungen

und Tabellen dienen ergänzend zum Verständnis/ zur Veranschaulichung der Ergebnisse.

8. Transferability or generalizability: POOR=2Pkt.

Dieses Thema wird nur minimal angesprochen: Ergebnisse seien generalisierbar, da man die „child nurses“ auch ersetzen könnte.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? GOOD=4Pkt.

Die Studie gibt einen guten Einblick in den Nutzen der Weiterbildung, dies auch für bereits ausgebildete Pflegepersonen. Außerdem werden Praxis- und Forschungsvorschläge gegeben.

GESAMT= 32/36 Punkte

Castro, A. Ruiz, E. 2009, „The effect of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction“, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 09(21):278-286.

1. Abstract and Title: GOOD=4Pkt.

Der Titel ist kurz und präzise. Alle wichtigen Informationen sind enthalten. Das Abstract gibt einen sehr guten Überblick über die Studie.

2. Introduction and aims: GOOD=4Pkt.

Die Einleitung ist sehr ausführlich, aber nicht zu lang. Verschiedene Begriffe werden hier zum Verständnis erklärt. Am Schluss des Ergebnisteils wird die Forschungslücke angeführt.

3. Method and data: GOOD=4Pkt.

Das Design und die Methode werden klar und verständlich beschrieben. Sämtliche Prozesse sind beinhaltet.

4. Sampling: GOOD=4Pkt.

Die Stichprobe ist passend für diese Forschungsfrage. Auch die Samplingstrategie (Convenient Sampling) wird beschrieben. Die Charakteristika der Stichprobe werden in einer eigenen Tabelle angeführt.

5. Data analysis: VERY POOR=1Pkt.

Die Datenanalyse wird in dieser Studie kaum beschrieben.

6. Ethics and bias: GOOD=4Pkt.

Die Genehmigung der Institution wird angeführt. Bias wird von den Autorinnen reflektiert und angeführt. Alles in allem sehr ausführlich beschrieben.

7. Results: GOOD=4Pkt.

Der Ergebnisteil ist sehr klar strukturiert. Unterüberschriften werden zur Übersichtlichkeit eingesetzt. Das Geschriebene wird durch Abbildungen ergänzt und ist klar verständlich.

8. Transferability or generalizability: FAIR=3Pkt.

Auf Transferierbarkeit/Generalisierbarkeit wird eingegangen. Allerdings könnte dieser Teil noch etwas detaillierter sein.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? GOOD=4Pkt.

Es werden neue Ergebnisse aufgeführt. Die Ergebnisse sind für die Praxis von Bedeutung. Weitere Forschungs- und Praxisempfehlungen werden genannt.

Gesamt: 32/36 Punkte

Delgado, D. A. et al. 2015, „Cultural Competence Training for Clinical Staff: Measuring the Effect of a One-Hour Class on Cultural Competence“, *Journal of Transcultural Nursing*, 15(02):204-213.

1. Abstract and Title: FAIR=3Pkt.

Der Titel ist kurz und verständlich. Die wichtigsten Begriffe stehen am Beginn. Im Abstract befindet sich die meiste Information, jedoch fehlt die Methode gänzlich.

2. Introduction and aims: FAIR=3Pkt.

Die Einleitung ist sehr ausführlich und wird durch einige Unterüberschriften gegliedert. Es wird auf bisherige Literatur eingegangen und die Forschungslücke aufgezeigt. Die konkrete Forschungsfrage wird allerdings darin nicht genannt, sondern erst im Methodenteil.

3. Method and data: GOOD=4Pkt.

Der Methodenteil ist gut beschrieben. Die Vorgehensweise und das verwendete Instrument werden gut erklärt.

4. Sampling: GOOD=4Pkt.

Auch das Sampling wird gut beschrieben. → convenience sampling; Außerdem wurde eine sehr ausführliche Tabelle mit den Charakteristiken der PartizipantInnen eingebaut. Die Stichprobengröße war angemessen und auch das Setting war passend, um die Forschungsfrage zu beantworten. Die Rücklaufquote wird auch genannt.

5. Data analysis: GOOD=4Pkt.

Die Datenanalyse ist ebenfalls ausführlich beschrieben. Die Signifikanz wird diskutiert und das Signifikanzlevel bei $<0,05$ festgelegt.

6. Ethics and bias: GOOD=3Pkt.

Die Studie wurde vom Institutional Review Board als minimal riskant eingestuft. Die Teilnahme war freiwillig; schriftlicher Consent wurde eingefordert. Die Autoren reflektieren und nennen sowohl Bias als auch Limitationen der Studie.

7. Results: GOOD=4Pkt.

Der Ergebnisteil fällt sehr kurz aus, da nicht viel erforscht wurde. Die Ergebnisse werden verständlich präsentiert. Tabellen ergänzen den Text. Die Forschungsfrage wird beantwortet.

8. Transferability or generalizability: FAIR=3Pkt.

Diese Punkte sind annehmbar, da es sich um convenience sampling handelt. Setting und Kontext sind nicht detailliert beschrieben.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? GOOD=4Pkt.

Die Autoren geben sowohl Praxis- als auch Forschungsempfehlungen ab. Die Studie zeigt deutlich den Vorteil von Weiterbildungen auf, auch wenn die Intervention sehr kurz war.

Gesamt: 31/36 Punkten

Grady, A. 2014, "Enhancing Cultural Competency in Home Care Nurses Caring for Hispanic/ Latino Patients", *Home Healthcare Nurse*, 14(01) 24-30.

1. Abstract and Title: FAIR=3Pkt.

Der Titel ist sehr gut. Im Abstract fehlt wichtige Information. Das Studiendesign wird zum Beispiel nicht genannt.

2. Introduction and aims: GOOD=4Pkt.

Die Einleitung fällt sehr genau aus. Auch die Methodenentwicklung wird detailliert beschrieben, was wiederum dem Verständnis dient. Die Forschungslücke wird aufgezeigt, und auch das Forschungsziel ist herauslesbar.

3. Method and data: FAIR=3Pkt.

Die Methode könnte noch viel genauer beschrieben werden. (Wer? Was? Wann? Wo?) Hier wäre mehr Information hilfreich gewesen.

4. Sampling: POOR=2Pkt.

Zum Sampling allgemein sind sehr wenige Informationen vorhanden, weil auch wenig erfragt wurde. Es sind keine Charakteristiken angegeben.

5. Data analysis: GOOD=4Pkt.

Die Datenanalyse ist sehr gut und ausführlich beschrieben.

6. Ethics and bias: GOOD=4Pkt.

Die Ethik wurde ausreichend thematisiert. Bias/ Limitationen wurden von der Autorin reflektiert und im Text angeführt.

7. Results: FAIR=3Pkt.

Der Ergebnisteil wurde klar und verständlich formuliert und durch Grafiken ergänzt.

8. Transferability or generalizability: POOR=2Pkt.

Diese Punkte werden kaum erwähnt. Lediglich bei dem Bias wird das Thema kurz angeschnitten.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? GOOD=4Pkt.

Aus der Studie geht die Notwendigkeit für kulturelle Weiterbildungen hervor. Vor allem Praxisempfehlungen werden gegeben, aber auch weitere Forschungslücken. Daraus resultierende Forschungsempfehlungen werden angeführt.

Gesamt: 29/36 Punkte

Mareno, N. & Hart, P. L. 2014, „Cultural Competency Among Nurses with Undergraduate and Graduate Degrees: Implications for Nursing Education“, *Nursing Education Perspectives*, 14(2): 83-88.

1. Abstract and title: GOOD=4Pkt.

Der Titel ist sehr klar und verständlich formuliert. Er ist kurz gehalten, enthält aber dennoch die wichtigsten Informationen. Der Abstract enthält ebenfalls die wichtigste Information und ist klar strukturiert.

2. Introduction and aims: FAIR=3Pkt.

Die Einleitung ist sehr gut geschrieben. Sie liefert einen guten Einblick in die Thematik. Auch Begriffserklärungen sind enthalten. Die Forschungsfrage(n) werden deutlich aufgezeigt. Die Forschungslücke ist allerdings nicht dezidiert beschrieben.

3. Method and data: GOOD=4Pkt.

Design und Methode werden sehr gut und ausführlich beschrieben. Auch die Fragebögen werden genau beschrieben, genauso wie der Datensammelungsprozess.

4. Sampling: FAIR=3Pkt.

Die Samplingstrategie ist für die Forschungsfrage absolut passend. Charakteristiken der PartizipantInnen wurden erfragt und auch angeführt. Der Rekrutierungsprozess ist ebenfalls gut beschrieben.

5. Data analysis: GOOD= 4Pkt.

Die Datenanalyse erfolgte mit dem Programm SPSS. Dieser Vorgang wurde genau beschrieben. Das Signifikanzlevel wurde auch beschrieben. ($p < 0,05$).

6. Ethics and bias: GOOD=4Pkt.

Ethische Bedenken werden nicht genannt. Geprüft wurde die Studie durch das Uni Research Board. Bias wird vom Autor reflektiert. Die Anonymität der PartizipantInnen war gegeben.

7. Results: GOOD=4Pkt.

Die Ergebnisse werden verständlich wiedergegeben. Ergänzende Abbildungen dienen ebenfalls dem Verständnis der Ergebnisse. Die Ergebnisse beantworten direkt die Forschungsfrage. Außerdem werden alle Ergebnisse mit Zahlen hinterlegt.

8. Transferability or generalizability: POOR=2Pkt.

Die Generalizability leidet etwas unter der hohen Anzahl an kaukasischen PartizipantInnen. Dies wird allerdings bei den Limitationen genannt.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? GOOD=4Pkt.

Das Ergebnis ist von Relevanz. Forschungs- und Praxisempfehlungen werden gegeben.

Gesamt: 32/36 Pkt.

McDougle, L. Ukockis, G. & Adamshick, L. 2010, „Evaluation of a New Cultural Competency Training Program: CARE“, *Journal of the National Medical Association*, 10(9): 756-760

1. Abstract and title: GOOD=4Pkt.

Der Titel ist sehr kurz gehalten und verständlich formuliert. Der Abstract wurde klar strukturiert und gut verständlich verfasst. Er enthält alle notwendigen Informationen für den/die LeserIn

2. Introduction and aims: GOOD=4Pt.

Der Hintergrund, beziehungsweise die Einleitung wurde sehr verständlich geschrieben. Es gibt Hintergrundinformationen zu CARE. Die Forschungslücke geht daraus hervor und das Ziel wird auch noch einmal genau genannt.

3. Method and data: FAIR=3Pkt.

Der Methodenteil ist sehr kurz, jedoch trotzdem verständlich gehalten. Die wichtigsten Informationen sind vorhanden. Das Setting hätte detaillierter beschrieben werden sollen.

4. Sampling: GOOD=4Pkt.

Die wichtigsten Charakteristika werden genannt. Die Sampling- Methode ist klar verständlich und passend gewählt. Die Stichprobe ist ebenfalls gut gewählt, um die Forschungsfrage zu beantworten. Auch die Response-Rate wird genannt.

5. Data analysis: POOR=2Pkt.

Die Datenanalyse ist nicht vorhanden, allerdings auch nicht zwingend notwendig, da klar ist, dass der Mittelwert berechnet wurde.

6. Ethics and bias: FAIR=3Pkt.

Bias wird genannt. Die Studie wurde vom Institut der Organisation genehmigt.

7. Results: GOOD=4Pkt.

Die Ergebnisse werden kurz und bündig präsentiert. Es sind sehr gute Abbildungen vorhanden, die die Ergebnisse noch verdeutlichen. Das Forschungsziel wurde erreicht und keine überschüssige Informationen werden angeführt.

8. Transferability or generalizability: FAIR=3Pkt.

Die Ergebnisse sind auch auf eine größere Masse übertragbar. Ansonsten sind kaum Informationen bezüglich Generalisierbarkeit vorhanden.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?: GOOD=4Pkt.

Die Ergebnisse sind sehr aussagekräftig. Weitere Forschungs- und Implementierungsvorschläge sind vorhanden.

Gesamt: 30/36 Pkt.

Millicent, A. et al. 2016, „Effectiveness of culturally focused interventions in increasing the satisfaction of hospitalized Asian patients: a systematic review“, *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(8):219-233

1. Abstract and title: FAIR=3Pkt.

Der Titel hätte gekürzt werden können. Der Abstract ist sehr strukturiert, ein wenig zu lang und zu ausführlich. Er enthält alle wichtige Informationen, jedoch hätten auch die Ergebnisse gekürzt werden können.

2. Introduction and aims: POOR=2Pkt.

Die Einleitung bietet einen guten Einblick, ist allerdings auch zu ausführlich verfasst. Der gesamte Abschnitt ist ebenfalls zu lang und unübersichtlich. Außerdem fehlt die Forschungslücke.

3. Method and data: GOOD=4Pkt.

Die Methode wird sehr gut beschrieben, genauso wie die Methoden der inkludierten Studien.

4. Sampling: GOOD=4Pkt.

In diesem Fall sind die inkludierten Studien gemeint, und diese sind passend, um die Forschungsfrage zu beantworten.

5. Data analysis: GOOD=4Pkt.

Die Analyse der Daten ist sehr ausführlich beschrieben und genau erklärt, jedoch nicht zu lang.

6. Ethics and bias: GOOD=4Pkt.

Eine Ethikkommission ist in diesem Falle des Literaturreviews nicht notwendig. Bias und Limitationen wurden vom Autor gut reflektiert und genannt.

7. Results: FAIR=3Pkt.

Der Ergebnisteil fällt sehr ausführlich aus. Abbildungen sind enthalten und erleichtern das Verständnis. Die Ergebnisse beantworten die Forschungsfrage. Leider ist der Ergebnisteil teilweise sehr unübersichtlich geschrieben und könnte besser strukturiert sein.

8. Transferability or generalizability: POOR=2Pkt.

Auf die Transferierbarkeit und Generalisierbarkeit gehen die AutorInnen kaum ein.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?: GOOD=4Pkt.

Die Ergebnisse sind brauchbar. Forschungs- und Praxisempfehlungen sind vorhanden.

Gesamt: 30/36 Pkt.
