

Bachelorarbeit

Einstellungen und Bedürfnisse von MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen in Bezug auf Personen mit Migrationshintergrund

Literaturreview

eingereicht von

Thomas Pobatschnig

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Univ.-Assⁱⁿ. Dr.ⁱⁿ.rer.cur. Hödl, Manuela, BSc. MSc.

Graz, 27.3.2020

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, am 27.3.2020

Thomas Pobatschnig eh.

Inhaltsverzeichnis

EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG	I
INHALTSVERZEICHNIS	II
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	III
ZUSAMMENFASSUNG	IV
ABSTRACT	V
1. EINLEITUNG	1
1.1 HINTERGRUND	1
1.2 DEFINITION MIGRATION	2
1.2.1 Ursachen für Migration	3
1.3 KULTUR.....	4
1.3.1 Kulturdimensionen	5
1.3.2 Kultursensible Pflege	9
1.3.3 Transkulturelle Pflege	10
1.4 RELEVANZ UND FORSCHUNGSLÜCKE	13
1.5 FORSCHUNGSZIEL UND FORSCHUNGSFRAGE	13
2. METHODE	14
2.1 DESIGN	14
2.2 LITERATURSUCHE	14
2.2.1 Suchstrategien.....	15
2.3 AUSWAHL DER STUDIEN	15
2.4 STUDIENBEWERTUNG	17
3. ERGEBNISSE	18
3.1 EINSTELLUNGEN	22
3.1.1 Faktoren für negative Einstellungen	25
3.2 BEDÜRFNISSE.....	27
4. DISKUSSION	31
5. EMPFEHLUNGEN	36
6. STÄRKEN UND SCHWÄCHEN	36
7. SCHLUSSFOLGERUNG	37
8. LITERATURVERZEICHNIS	38

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 Drei Ebenen der Einzigartigkeit der mentalen Programmierung des Menschen	4
Abbildung 2 Sunrise Modell nach Leininger	12
Abbildung 3 Flowchart Datensammlung	16
Tabelle 1 Bevölkerung mit Migrationshintergrund (Statistik Austria 2019).....	3
Tabelle 2 Keywords & Synonyme	14
Tabelle 3 Suchstrategien und Ergebnisse	15
Tabelle 4 Charakteristika der inkludierten Studien	19

Zusammenfassung

Hintergrund: Aufgrund der Globalisierung kommt es immer öfter auf ein Aufeinandertreffen von verschiedenen Kulturen. Dadurch tritt das Gesundheitspersonal vermehrt in Kontakt mit MigrantInnen. Transkulturelle und kultursensible Pflege gewinnen immer mehr an Bedeutung. Um eine optimale Qualität dieser Versorgung zu garantieren, sind positive Einstellungen essenziell.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, welche Einstellungen und Bedürfnisse MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen in Bezug auf Personen mit Migrationshintergrund haben.

Methode: Um das Ziel zu erreichen wurde eine Literaturrecherche im Zeitraum von Oktober 2019 – Januar 2020 den wissenschaftlichen Datenbanken Pubmed und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) durchgeführt. Zusätzlich wurde mittels Handsuche in Google Scholar und Referenzlisten recherchiert. Die 9 inkludierten Studien wurden mit Hilfe des Mixed Methods Appraisal Tool (**MMAT**) bewertet und die Ergebnisse zusammengefasst.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigten negative als auch positive Einstellungen gegenüber Personen mit Migrationshintergrund. Die negativen Meinungen inkludierten soziale Ängste wie die Befürchtung vor einer kulturellen Übernahme und Stereotypen und Vorurteile. Faktoren, die zu diesen negativen Einstellungen führten, wurden sekundär ausgewertet. Insbesondere Sprachbarrieren und fehlende kulturelle Kompetenzen wurden als Ursachen identifiziert. Bedürfnisse des Gesundheitspersonals umfassten vor allem bessere Kommunikation zwischen beiden Parteien und ein erhöhtes Angebot an Fortbildungen und Schulungen bezüglich kultureller Kompetenz.

Schlussfolgerung: Es hat sich gezeigt, dass Einstellungen bezüglich MigrantInnen stark variieren. Es ist nötig, Charakteristiken von anderen Kulturen und Religionen zu verstehen und auf die PatientInnen und ihre Bedürfnisse individuell zuzugehen. Das Gesundheitspersonal äußert vermehrt Wünsche und Vorschläge wie Schulungen, um die Versorgung zu verbessern.

Schlüsselwörter: Einstellung, MigrantIn, KrankenpflegerIn, Gesundheitspersonal, Bedürfnis.

Abstract

Background: Due to increasing globalization, different cultures are coming together more often than ever before. As a result, healthcare professionals contact with immigrants is steadily increasing. Therefore, transcultural and culture-sensitive care is becoming more important. In order to guarantee an optimal quality of care, positive attitudes are essential.

Aim: The aim of this work is to find out what attitudes and needs healthcare professionals show regarding people with a migration background.

Method: In order to achieve the objective of this thesis, a literature research was carried out in the scientific databases Pubmed and CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) in the period from October 2019 to January 2020. In addition, research was executed using hand search in Google Scholar and reference lists. A total of 9 studies were evaluated using the Mixed Methods Appraisal Tool (**MMAT**) and the results were summarized.

Results: The findings show both negative and positive attitudes towards people with a migration background. The negative opinions included social fears such as the fear of a cultural takeover, as well as typical stereotypes and prejudices. Factors that led to these negative attitudes were assessed secondarily. Language barriers and a lack of cultural competences were identified as the source of negativity. Employee needs primarily included better communication between the two parties and an increased offer of education and training courses on cultural competence.

Conclusion: It has been shown that attitudes towards migrants vary widely. It is necessary to understand characteristics of other cultures and religions and to approach the patients and their needs individually. Healthcare professionals are increasingly expressing wishes and suggestions, such as training, to improve care.

Keywords: attitude, immigrant, nurse, healthcare professional, need

1. Einleitung

In den ersten Kapiteln wird der Hintergrund zur Thematik Migration näher beleuchtet. Im Folgenden werden die Begriffe „Migrantin und Migrant“, und Migration erläutert, ein kurzer Einblick auf Migrationsursachen und ein statistischer Überblick aufgezeigt. Abschließend werden der Begriff Kultur, verschiedene Kulturdimensionen nach Hofstede, Trompenaars und Hall, transkulturelle und kultursensible Pflege sowie das Sunrise Modell nach Leininger beschrieben.

1.1 Hintergrund

Durch die ständig zunehmende Globalisierung kommen Pflegekräfte und MitarbeiterInnen anderer Gesundheitsberufe immer öfter mit Menschen aus den verschiedensten Ländern und Kulturkreisen in Kontakt (Pfabigan, 2007). Es wird von einem Wandel der Gesellschaft gesprochen. Dieser Wandel, beziehungsweise die in letzten Jahren vorkommenden Wanderungsbewegungen wurden durch vielerlei Ursachen induziert, seien es nun wirtschaftliche, demographische oder sozioökologische Beweggründe (Lenthe, 2016). Ende 2018 waren über 70,8 Millionen Menschen auf der Flucht, von denen in etwa 26 Millionen als Flüchtlinge ihr Heimatland verlassen mussten (UNHCR, 2019). Allein in Österreich gab es seit dem Jahr 2015 bis 31. August 2019 insgesamt 176.180 Asylanträge (Stabsstelle Berichtswesen und Statistik, 2019).

Insbesondere Pflegekräfte stehen somit vermehrt neuen Herausforderungen gegenüber, da sie Personen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen versorgen. Dies kann beispielsweise aufgrund von möglichen Sprachbarrieren dazu führen, dass die Pflegepersonen die auftretenden Gesundheitsprobleme und Bedürfnisse der zu pflegenden Personen nicht verstehen.

Nicht ausreichende sprachliche Kenntnisse als auch fehlendes kulturelles Wissen können zu Spannungen zwischen Pflegepersonen und Personen mit Migrationshintergrund führen. Dies kann in weiterer Folge zu Unzufriedenheit, Misstrauen auf beiden Seiten und im weiteren Verlauf zur nicht optimalen Versorgung und inadäquatem Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund führen. (Casillas, 2014)

Die Frage nach dem adäquaten Umgang von Menschen mit Migrationshintergrund ist allerdings ebenso schwer zu beantworten, da sie immer wieder neu gestellt wird. Kulturen selbst sind und waren nie nur statische Konstrukte, sondern unterliegen einem dynamischen Prozess. Sie verändern sich, lassen sich von neuen Werten beeinflussen. (Von Bose & Terpstra, 2012)

Kulturelle Kompetenz des Gesundheitspersonals spielt demnach eine elementare Rolle, um die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten (HRET, 2013).

1.2 Definition Migration

Um verständlich zu machen, was die Begriffe „Migrantin bzw. Migrant“, „Migration“ und „Migrationshintergrund“ implizieren, ist es notwendig, diese näher zu beleuchten.

Abgeleitet von lateinischen Verb „migrare“ beziehungsweise dem Nomen „migratio“ bedeutet „Migration“ soviel wie „wandern“ oder „Wanderung“ (Lenthe, 2016). Als Menschen mit Migrationshintergrund werden dementsprechend Personen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden und in ein fremdes Land gezogen sind. Aber auch Kinder von Personen, die aus einem anderen Land zugezogen, jedoch im jeweiligen Inland zur Welt gekommen sind, werden als Personen mit Migrationshintergrund bezeichnet. Ist ersteres der Fall, wird von Migrantinnen und Migranten der ersten Generation gesprochen, ansonsten der zweiten Generation (UNECE, 2015).

Darüber hinaus unterscheidet man zwischen nationaler beziehungsweise Binnenmigration und internationaler Migration. Binnenmigration erfolgt häufiger und ist definiert als eine Wanderungsbewegung innerhalb eines Gebietes, häufig eines Staates. Es wird also keine internationale Grenze überschritten. (Fassmann, 2012)

Da, wie oben bereits erwähnt, Migrationsbewegungen immer mehr zunehmen, resultieren daraus auch immer mehr multikulturelle Gesellschaften.

Zählungen weisen auf, dass es Stand 2019 bereits 272 Millionen Menschen gibt, die in einem anderen als ihrem Herkunftsland leben. Das ist ein Wachstum von 51 Millionen Personen seit 2010. Europa steht hierbei mit 82 Millionen Migrantinnen

und Migranten an erste Stellen, gefolgt von Nordamerika mit 59 Millionen. (UNO, 2019)

Nachfolgende Tabelle 1 veranschaulicht, wie sich der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund in Österreich in den Jahren 2008 bis 2018 verändert hat.

Tabelle 1 Bevölkerung mit Migrationshintergrund von 2008 bis 2018 (Statistik Austria 2019) (eigene Darstellung)

Jahr	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Bevölkerung mit Migrationshintergrund in %	17,4	18,5	18,8	20,4	22,1	23,1
Davon MigrantInnen 1. Generation in %	74,5	73,5	73,6	73,2	74,5	73,8
Davon MigrantInnen 2. Generation in %	25,5	26,5	26,4	26,8	25,5	26,2

1.2.1 Ursachen für Migration

Das sogenannte „Push & Pull“-Modell von Everett S. Lee (1972) zeigt Faktoren auf, die Personen aus einem Land „wegstoßen“ (engl.: push) und in ein anderes, fremdes Land „ziehen“ (engl.: pull).

Pull Faktoren sind Krieg, Verfolgung, Hungersnöte, sowie Klima und Umweltkatastrophen. Da aus diesen Gründen die Existenz der Betroffenen nicht gesichert scheint, sind diese gezwungen ihr Herkunftsland zu verlassen.

Wohingegen Push Faktoren Umstände sind, die eine Zuwanderung in ein fremdes Land attraktiv machen. Beispiele hierfür sind bessere Erwerbschancen, Arbeitsplätze mit höheren Löhnen, ein sicheres politisches System und Frieden. (Fassmann, 2012)

1.3 Kultur

Kultur geht auf das lateinische Wort „colere“ zurück und bedeutet „anzubauen“ oder „pflegen“. Das Wort selbst zählt zu den Begriffen in der Gesellschaft, die mit am Häufigsten gebraucht werden und die unterschiedlichsten Bedeutungen haben kann. Kultur selbst ist eine Komplex, der aus verschiedenen Ebenen oder Schichten besteht. (Lenthe, 2016)

Kultur bedeutet in vielen Sprachen Zivilisation und wird oft mit Bildung, Kunst oder Literatur assoziiert. Sozioanthropologisch gesehen umfasst der Begriff Kultur das vollständige Verhalten eines Menschen – beginnend von einfachen Tätigkeiten wie etwa das gegenseitige Grüßen oder die individuellen Essgewohnheiten bis hin zu anspruchsvollen Handeln. Laut Hofstede (2006) versteht man unter Kultur ein komplexes Phänomen, welches erlernbar ist, da der Mensch von Geburt an damit in Kontakt ist. Wichtig hierbei ist, „erlernbar“ nicht mit „angeboren“ zu verwechseln. Durch das Aneignen der eigenen Kultur entsteht schlussendlich die Persönlichkeit. Dieser Prozess wird als *mentale Programmierung* bezeichnet. (Hofstede, 2006)

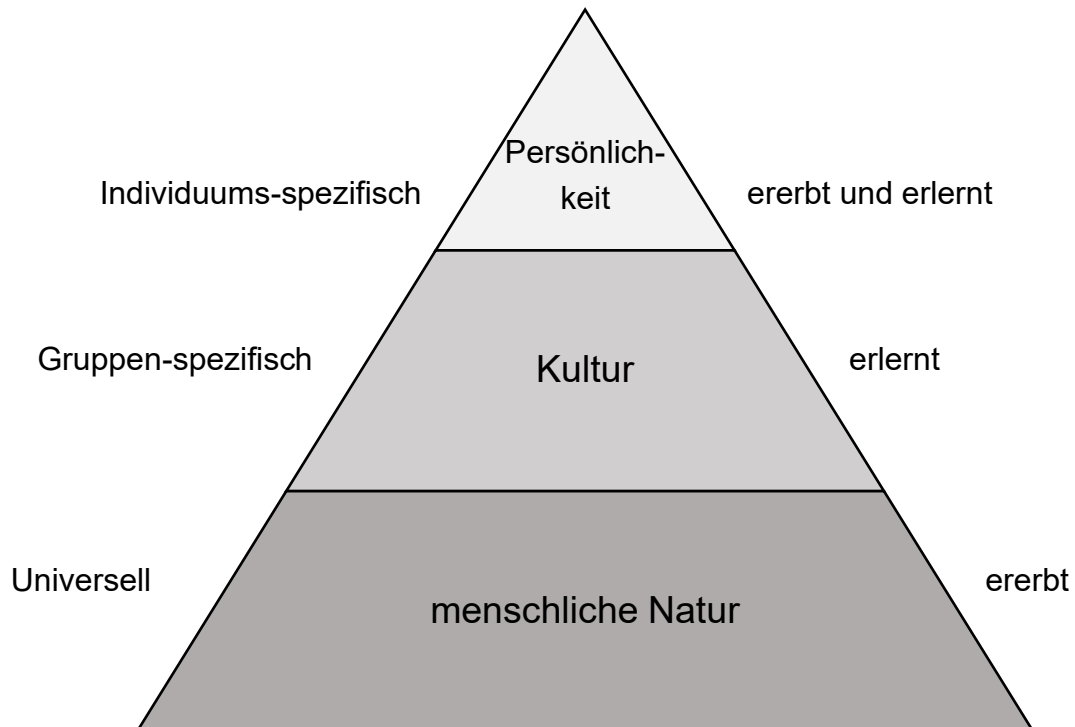


Abbildung 1 Drei Ebenen der Einzigartigkeit der mentalen Programmierung des Menschen (Hofstede 2006) (eigene Darstellung)

Kultur ist mehr als soziale Interaktionen und Symbole. Sie kann als Bauplan für menschliche Verhaltensmuster gesehen werden und trennt Menschen von anderen Lebewesen. (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018)

1.3.1 Kulturdimensionen

Zu einem der Schwerpunkte bezüglich kultureller Forschung zählen kulturelle Dimensionen. Im Laufe der Zeit wurden viele verschiedene Ansätze diesbezüglich entwickelt. Wesentlich hierfür ist die Erforschung kultureller Unterschiede und Gemeinsamkeiten. Verschiedene Dimensionen sollen helfen die Kulturen entsprechend vorgegebener Kriterien zu kategorisieren und ihre Analyse zu simplifizieren. Kenntnisse über Kulturdimensionen stellen eine Orientierungshilfe für transkulturelle Pflege dar und ermöglicht rapide, eine relevante Übersicht über eine spezielle Gruppe zu erlangen. Zusätzlich fördert das Wissen über Kulturdimensionen die Kenntnis und Beurteilung der eigenen Kultur und ist fundamental für die Entstehung eines transkulturellen Dialogs. (Lenthe, 2016)

Die Kulturdimensionen nach Hofstede, Hall und Trompenaars beschreiben kulturelle Aspekte bezüglich des Umgangs mit Alltagsproblemen und können als Werkzeuge herangezogene werden, die auch in Pflegesituationen ihre Relevanz entfalten können (Schilder & Brandenburg, 2019).

1.3.1.1 Kulturdimensionen nach Hofstede

Der niederländischen Sozialpsychologen Geert Hofstede beschreibt 5 Dimensionen. Mittels Fragebögen erhob er bei über 110.000 Personen, wie sie sich in gewissen Situationen verhalten würden und konnte daraufhin mit Hilfe der gesammelten Daten Dimensionen entwickeln. Mit diesen Dimensionen ist es möglich, verschiedene Kulturen miteinander zu vergleichen: Machtdistanz, Individualismus/Kollektivismus, Maskulinität/Feminität, Unsicherheitsvermeidung und als letztes Langzeitorientierung/Kurzzeitorientierung. (Lenthe, 2016)

Die Dimension der Machtdistanz verdeutlicht die Ungleichheit zu Autoritäten. Hofstede sieht darin die Toleranzgrenze von weniger mächtigen Personen einer Gesellschaft, bis zu welcher diese die ungleiche Machtverteilung tolerieren. Je

größer die Machtdistanz, desto größer ist auch die Kluft der Machtverteilung. Die Quelle liegt bereits in der Familie. In Gesellschaften mit großer Machtdistanz werden Kinder zu Gehorsam erzogen, es entsteht eine gewisse Abhängigkeit.

„Man spricht von einem Abhängigkeitsmuster zwischen Älteren und Jüngeren, das es in allen menschlichen Beziehungen gibt, und in der mentalen Software, die der Mensch mit sich trägt, ist ein starkes Bedürfnis nach dieser Abhängigkeit vorhanden.“ (vgl. Hofstede 2006, S.67). Im Gegensatz dazu werden Kinder in Gesellschaften niedriger Machtdistanz als gleichwertig angesehen. Sie lernen sehr schnell „Nein“ zu sagen (Hofstede, 1991).

Die zweite Dimension des Individualismus und Kollektivismus betrachtet die beiden Begriffe im Vergleich. Während in individualistischen Gesellschaften das Selbst im Vordergrund steht und die Beziehungen zwischen Mitgliedern von zweitrangiger Bedeutung sind, stellt der Kollektivismus das „Wir“ an oberste Stelle (Genkova, 2002). Gegenseitige Abhängigkeit ist hier unvermeidbar, aufrichtige Meinungsäußerungen führen oftmals schnell zu Konflikten. In solchen Gesellschaften sind Abschnitte des Lebens einer Person häufig bereits im Vorhinein determiniert (Hofstede, 2006).

Maskulinität und Feminität stehen bei Hofstede (2006) nicht prinzipiell als biologischer Gegensatz, sondern als gesellschaftliche Konzepte. Die Auffassungen variieren von Kultur zu Kultur. Hofstede selbst sieht Gesellschaften als maskulin, wenn diese großen Wert auf Leistung legen, starkes Konkurrenzverhalten zeigen oder Mitgefühl und Gleichberechtigung von Geschlechtern eine untergeordnete Rolle spielen. Geschlechterrollen sind strikt voneinander getrennt. Im Gegensatz dazu sind feminine Kulturen vor allem durch Eigenschaften wie Toleranz geprägt. Geschlechterrollen überschneiden sich und sind keine Gegensätze mehr. In femininen Kulturen sind Leistung und Arbeit dem eigenen und dem Wohl anderer untergeordnet. (Hofstede, 2006)

Die vierte Dimension setzt sich mit Kulturen mit starker und schwacher Unsicherheitsvermeidung auseinander. Ein niedriges Ausmaß an Unsicherheitsvermeidung äußert sich durch gelassene und ruhige Menschen, die auf ihren eigenen Verstand vertrauen, aus. Bei starker Unsicherheitsvermeidung haben Menschen gerne das Gefühl der Sicherheit. Stress und subjektive Ängste und Sorgen kennzeichnen solche Kulturen. (Hofstede, 2006)

Langzeitorientierte Gesellschaften sind besonders durch Sparsamkeit von Ressourcen, Zweckdienlichkeit, Verantwortlichkeit und Selbstdisziplin geprägt. Die Beharrlichkeit, die eigenen Ziele zu verfolgen steht vor individuelle Freizeit. Der Erfolg wird auf die eigene, individuelle Anstrengung zurückgeführt. Kulturen der kurzzeitorientierten Dimensionen legen speziell Wert auf Freiheit, Rechte und Selbstständigkeit und sehen Erfolg als Ergebnis von glücklichen Umständen. (Hofstede, 1991)

1.3.1.2 Kulturdimension nach Trompenaars

Als Schüler Hofstedes befasste sich der Niederländer Fons Trompenaars ebenfalls mit den Kulturdimensionen. Er zeigte drei grundlegende Lebensbereiche auf, in denen sich kulturelle Unterschiede herauskristalisieren; die Einstellung zu den Mitmenschen, die Einstellung zur Zeit und die Einstellung zum Raum und zur Natur. Diese Lebensbereiche beschreibt er in sieben Dimensionen. (Lenthe, 2016)

Die erste Dimension benennt Trompenaars Universalismus vs. Partikularismus. Universell ausgerichtete Kulturen stellen die allgemeingültigen Gesetze und Regeln über die personen- und situationsbedingten Regeln. Die Einhaltung dieser Regeln ist unausweichlich und für alle Mitglieder absolut. Partikularisten hingegen lehnen die strikte Befolgung von Regeln ab und handeln nach spezifischen und persönlichen Umständen. Zwischenmenschliche und langfristige Beziehungen werden angestrebt. Bei der zweiten Dimension, Individualismus vs. Kollektivismus beruft sich Trompenaars auf Hofstede. Auch er versteht unter individualistischen Gesellschaften Ich-bezogene Gemeinden, wobei er im Kollektivismus das „Wir“ in den Vordergrund stellt. (Trompenaars & Hampden-Turner, 1998)

Als nächste Dimension wird Neutralität der Emotionalität gegenübergestellt. Neutrale Kulturen sind im Gegensatz zu emotionalen Gesellschaften verschlossen, gegenüber gewissen Themen distanziert und im Fokus steht die Selbstbeherrschung. Risiko bei neutralen Gruppen ist, das durch das Aufstauen von Emotionen ein unkontrollierbarer Ausbruch entstehen kann. Emotionale Kulturen scheuen sich nicht, Gefühle offen zu demonstrieren und zeigen sich extrovertiert.

Die vierte Dimension heißt Spezifität vs. Diffusität. Sie zeigt auf, inwieweit Anderen Zugang zur eigenen Person gestattet wird. Ist eine Kultur spezifisch, trennt sie alle Lebensbereiche strikt voneinander. Diffuse Gesellschaften erlauben vertrauten Personen den Einblick in andere Lebensbereiche. In der fünften Dimension behandelt Trompenaars das Phänomen des 'errungenen Status' und des ' zugeschriebenen Status'. Sie handelt von gesellschaftlichen Ansehen und Ruf. Kulturen, die errungenem Status Respekt und Ansehen entgegenbringen, legen Wert auf individuelle Leistung und Engagement. Gruppen, die dem zugeschriebenen Status Hochachtung beimessen, fokussieren sich auf Merkmale und Werte wie Titel, Schichtzugehörigkeit oder Geschlecht. (Trompenaars & Hampden-Turner, 1998)

Die letzten beiden Dimensionen Trompenaars' werden Zeitorientierung und Naturorientierung genannt. Bei ersterer wird zwischen vergangenheitsorientiert und zukunftsorientiert unterschieden. In einigen Kulturen werden vergangene Leistungen noch lange gewürdigt, in den zukunftsorientierten geraten sie jedoch schnell Vergessenheit. Bei letzterer beschreibt Trompenaars den Unterschied zwischen Kulturen, die der Natur gegenüber starke Dominanz zeigen und mithilfe von Technologien in die Umwelt eingreifen, und jenen Gesellschaften, die auf ein harmonisches Miteinander beharren. (Lenthe, 2016)

1.3.1.3 Kulturdimension nach Hall

Neben Hofstede und Trompenaars befasst sich auch der US-amerikanische Anthropologe Edward T. Hall mit den kulturellen Dimensionen, vor allem auf dem Gebiet der Kommunikation.

Er verfolgte bei seiner Forschung einen anthropologischen Ansatz und identifizierte vier Kulturdimensionen, die vorwiegend auf Kommunikation basierten, da er dies als besonderes Kulturmerkmal anerkannte. Er unterteilte zwischen Low-context Kulturen und High-context Kulturen. Ferner bemerkte er einen Unterschied zwischen den Kulturen hinsichtlich Raum- und Zeitorientierung. (Hall, 1990)

Für Hall stellte der Kontext der Kommunikation eine besondere Wichtigkeit dar. High-context Kulturen zeichnen sich dadurch aus, dass Gedanken nicht explizit ausgesprochen werden, sondern viele Informationen versteckt bleiben. Die

relevanten Informationen lassen sich erst erschließen, indem der gesamten Kontext der Unterhaltung berücksichtigt und verstanden wird. Low-context Kulturen geben Informationen präzise, ohne Spielraum für Interpretationen entstehen zu lassen. (Sabel, 2010)

Bei der Zeitorientierung kann grundsätzlich von monochronistischer und polychronistischer Zeitauffassung gesprochen werden. Erster zeichnet sich dadurch aus, dass Kulturen nach einem linearen Zeitbild leben, die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Sie konzentrieren sich auf eine einzige Tätigkeit und es herrschen exakte Zeitplanungen. Die polychronistische Zeitauffassung weist darauf hin, dass Zeit etwas stetig widerkehrendes ist und deshalb Zeitplanungen keine bedeutende Rolle spielen (Sabel, 2010). Unter Raumorientierung versteht Hall die Distanz und körperliche Ausrichtung zum Kommunikationspartner. Er spricht hierbei von intimer, persönlicher, sozialer und öffentlicher Distanz. Je nach Kultur herrscht eine andere Distanz. Während einige Kulturen intime oder persönliche Distanz mit Berührungen nicht meiden, kann dies von Personen anderer Herkunftsländer als negativ wahrgenommen werden (Lenthe, 2016).

1.3.2 Kultursensible Pflege

Der Begriff der kultursensiblen Pflege bedeutet, dass MitarbeiterInnen aller Gesundheitsberufe versuchen, die optimale Versorgung für PatientInnen mit Migrationshintergrund zu erwirken und sich bestmöglichst auf zunächst fremde Bedürfnisse einzulassen.

Der Prozess der kultursensiblen Pflege erfordert die Bereitschaft, an jede/jeden Patientin/Patienten individuell heranzutreten. Fundamental für eine erfolgreiche Umsetzung ist eine offene Haltung gegenüber kulturellen und ethnischen Bedürfnissen. Sollte dies nicht der Fall sein und es zu Hindernissen in der Betreuung kommen, ergeben sich folglich oft Spannungen zwischen dem Gesundheitspersonal und Patientinnen und Patienten. (von Bose & Terpstra, 2012)

1.3.3 Transkulturelle Pflege

„Transcultural nursing has been defined as a formal area of study and practice focused on comparative human-care (caring) differences and similarities of the beliefs, values, and patterned lifeways of cultures to provide culturally congruent, meaningful, and beneficial health care to people” (vgl Leininger 2002, S.5).

Transkulturell leitet sich vom lateinischen Wort „trans“ ab, was übersetzt so viel wie „über etwas hinweg“ oder „jenseits von“ bedeutet. Transkulturalität beinhaltet die Fähigkeit, Besonderheiten von verschiedenen Kulturen wahrzunehmen, als gleichwertig zur eigenen Kultur zu erkennen und dabei stets adäquat, empathisch und integrativ handlungsfähig zu sein. Transkulturelle Pflege zielt darauf ab, sich an den existenziellen Bedürfnissen des Individuums zu orientieren. (Lenthe, 2019)

Kultur bezieht sich in der Transkulturalität auf Werte, die im Laufe der Zeit an andere Menschen vermacht werden, was aufzeigt, dass sie einen großen Einfluss auf das Individuum hat (Leininger 1998). Die Idee der transkulturellen und kultursensiblen Pflege stammt aus den USA und wurde in den 70er Jahren von der Pflegewissenschaftlerin und Anthropologin Dr.ⁱⁿ Madeleine M. Leininger entwickelt, welche seitdem als Begründerin der transkulturellen Pflege gilt. Der Begriff kultursensible Pflege bedeutet, dass alle MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens nach bestem Gewissen auf die kulturspezifischen Bedürfnisse von PatientInnen reagieren. Dies ist ein komplexer Prozess, der genügend Wissen und Kompetenz erfordert und keinen Platz für Vorurteile lässt. Die zu Pflegenden müssen individuell wahrgenommen und versorgt werden (v. Bose & Terpstra, 2012).

Leiningers Buch *„Nursing and Anthropology: Two Worlds to blend (1974)“* legte den Grundstein zur Entwicklung der transkulturellen Pflege und über die Jahre hinweg entwickelte sie verschiedenste Theorien und Konzepte. Leininger beschreibt vier evolutionäre Phasen der transkulturellen Pflege, um optimale Pflege zu ermöglichen. In Phase 1 geht es darum, kulturelles Bewusstsein und Sensibilität zu entwickeln. Phase 2 beinhaltet das Erlangen von detailliertem Wissen über transkulturelle Konzepte und Theorien. Phase 3 zielt auf die Nutzung dieses Wissens ab, um kulturell kongruente Pflege zu gewährleisten. Dies beginnt damit, dass zuerst die eigenen Schwächen identifiziert werden. In der letzten Phase werden schlussendlich das Wissen und die erworbene kulturelle Kompetenz in der Praxis genutzt. (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018)

Sunrise Modell nach Madeleine M. Leininger

Auf Basis ihrer Ideen bezüglich der transkulturellen Pflege entwickelte Leininger das sogenannte „Sunrise“-Modell (Abb.2), welches sie im Laufe von 30 Jahren entwickelt und immer wieder an neue wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst hat. Es wird als sich ständig weiterentwickelndes Modell gesehen, da neue Forschungsergebnisse stetig miteinbezogen werden sollen. Das Modell soll als Leitfaden fungieren und eine Orientierungshilfe im Pflegealltag darstellen. Darüber hinaus ermöglicht es einen Überblick der wichtigsten pflegerischen Aspekte einer Kultur und über verschiedenste Dimensionen der Pflege, die jedoch eng miteinander verbunden sind. Alle beeinflussenden Faktoren auf die Vorstellung und Wissen von Krankheit und Pflege werden miteinbezogen. Zusätzlich gestattet das Modell einen flexiblen und kreativen Gebrauch, wodurch es möglich ist, es als Grundlage zur Entwicklung eines kultursensiblen Verständnisses zu nutzen. Des Weiteren ist es universal einsetzbar und kann zur Untersuchung von einzelnen Personen aber auch Gruppen herangezogen werden. Im Fokus des Modells steht immer die individuelle Person. (v. Bose & Terpstra, 2012)

In nachfolgender Abbildung des Sunrise Modells von Leininger wird veranschaulicht, welche Faktoren die kulturellen Pflegepraktiken und die professionelle Pflege beeinflussen. (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018)

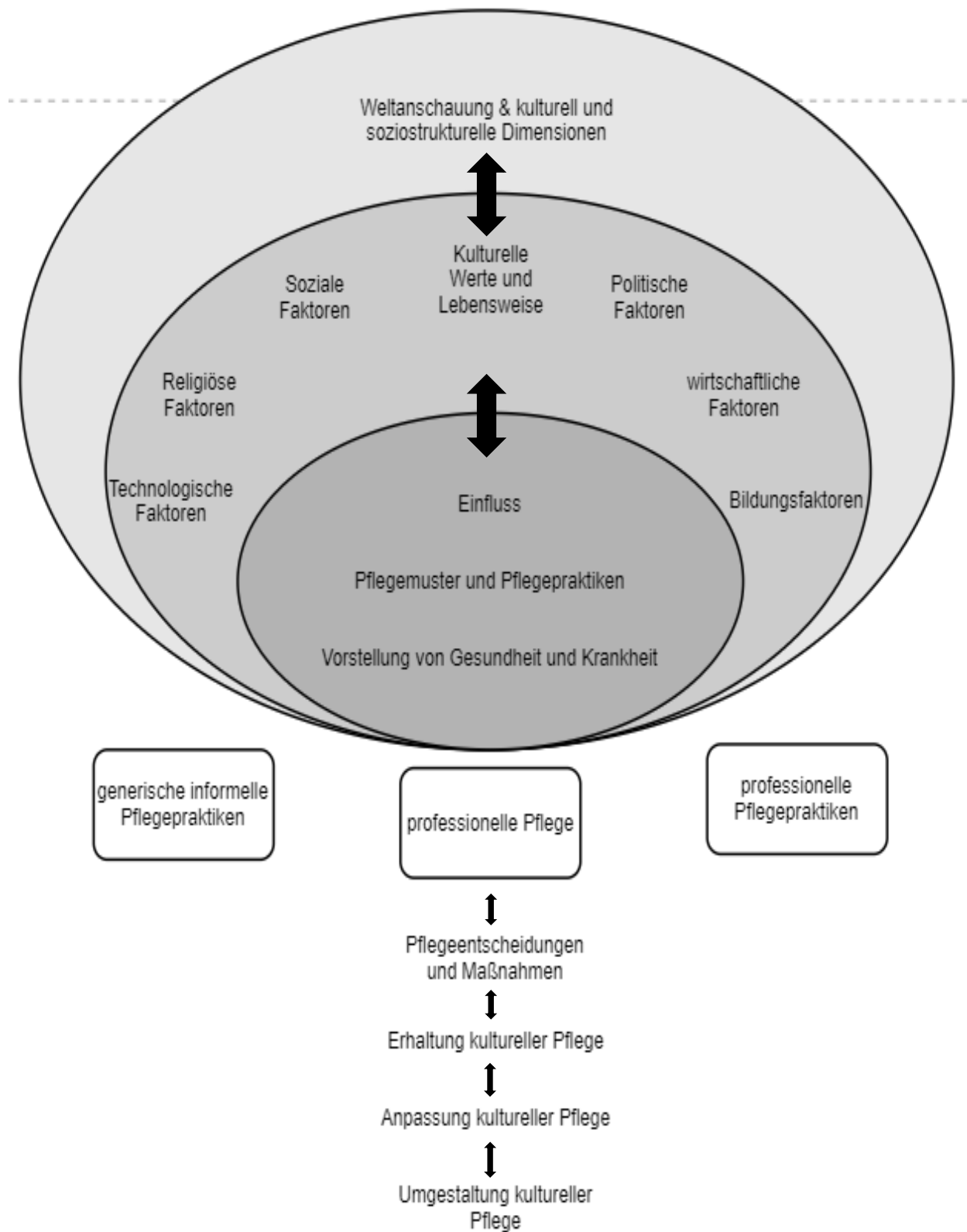


Abbildung 2 Sunrise Modell nach Leininger (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018) (eigene Darstellung)

1.4 Relevanz und Forschungslücke

Wie hervorgeht, befindet sich die Gesellschaft aufgrund von demographisch - oder ökologisch bedingter Gegebenheiten im ständigen Wandel und daraufhin kommt es zu immer mehr Migrationsbewegungen weltweit (Lenthe, 2016). Wie Tabelle 1 zeigt, steigt die Zahl der MigrantInnen allein in Österreich kontinuierlich an und hat sich innerhalb von 10 Jahren um 5,7% erhöht (Statistik Austria 2019). Dies hat zur Folge, dass sowohl Pflegepersonal als auch andere Berufe des Gesundheitssystem vermehrt auf Personen aus anderen Kulturkreisen treffen (Pfabigan, 2007). Negative Einstellungen hierbei können großen Einfluss auf die Qualität der Pflege und den Umgang mit Personen mit Migrationshintergrund haben (Karlsen, 2007). Die Wichtigkeit von zwischenmenschlichen Beziehungen geht auch in den Kulturdimensionen von Trompenaars hervor. Durch die verschiedenen Dimensionen lassen sich auch verschiedene Kulturen kategorisieren und das kann ein Leitfaden im Umgang mit ihnen sein (Trompenaars & Hampden-Turner, 1998).

Eine vorangegangene Literatursuche hat gezeigt, dass es nur wenig aktuelle Literatur bezüglich der Einstellungen und Bedürfnisse des Gesundheitspersonals in Bezug auf Personen mit Migrationshintergrund gibt. Der Großteil der gefundenen Studien befasste sich entweder mit Barrieren und Copingstrategie oder der Fokus lag auf den Einstellungen und Bedürfnissen von MigrantInnen in Bezug auf das Gesundheitswesen. Um die derzeitige Forschungslücke zu füllen und die aktuelle Situation aufzuzeigen, wird im Rahmen dieser Bachelorthesis ein Literaturreview durchgeführt, in dem vorhandenes Wissen dargelegt wird.

1.5 Forschungsziel und Forschungsfrage

Ziel der Arbeit ist es daher herauszufinden, wie die internationale Literatur die Einstellungen und Bedürfnisse von MitarbeiterInnen des Gesundheitswesen hinsichtlich Personen mit Migrationshintergrund beschreibt. Dabei werden alle Berufsgruppen berücksichtigt.

Daraus resultiert folgende Forschungsfrage:

Welche Einstellungen und Bedürfnisse haben MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen in Bezug auf Personen mit Migrationshintergrund?

2. Methode

In diesem Abschnitt werden das Forschungsdesign, die Suchstrategien in den verwendeten wissenschaftlichen Datenbanken und die Auswahl der Studien näher beleuchtet.

2.1 Design

Als Forschungsdesign für diese Bachelorarbeit wurde ein Literaturreview ausgewählt. Dabei wird eine bestimmte Thematik mittels Literaturrecherchen in Datenbanken evaluiert und zusammengefasst, um den aktuellen Stand der Forschung darzustellen (Polit & Beck, 2012).

2.2 Literatursuche

Die Literatursuche wurde im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2019 in den wissenschaftlichen Datenbanken Pubmed und Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) durchgeführt. Zusätzlich dazu wurde eine Handsuche mittels der Suchmaschine Google Scholar und in Referenzlisten vorgenommen. Die verwendeten Schlüsselwörter bzw. Keywords wurden je nach Datenbank unterschiedlich und mit verschiedenen Synonyme und den passenden MeSH Terms (Medical Subject Headings) kombiniert. Des Weiteren wurden sie mit den Bool'schen Operatoren AND und OR verbunden. Die Keywords inklusiver derer Synonyme sind in Tabelle 2 angeführt. Die Synonyme wurden mittels Internetsuche ermittelt

Tabelle 2 Keywords & Synonyme

Keyword	Synonyme
attitude	perspective, view, opinion, behaviour
Immigrant, emigrant	ethnic minorities, transcultural
nurse	nursing staff, nurse practitioner
healthcare professional	health professional, healthcare provider healthcare personnel
need	wish, desire

2.2.1 Suchstrategien

Um einen detaillierten Einblick in das Thema zu ermöglichen, wurden insgesamt mehrere verschiedene Suchstrategien in den Datenbanken angewendet. Zudem wurde die Limitation gesetzt, dass Studien der letzten 15 Jahre, um sowohl einen umfassenden Einblick in das Thema geben zu können als auch aktuelle Ergebnisse zu erzielen. Außerdem wurden ausschließlich Primärstudien berücksichtigt. Es wurde kein spezifisches Setting ausgewählt, um die Einstellungen des Gesundheitspersonals im Allgemeinen zu untersuchen. Nachfolgende Tabelle zeigt, mit welchen Suchstrategien gearbeitet wurde.

Table 3 Suchstrategien und Ergebnisse

Datenbank	Suchstrategie	Ergebnisse
Pubmed	(("Emigrants and Immigrants"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh])	250
Pubmed	"Health Personnel"[Mesh] AND (needs OR wishes) AND immigrant	153
Cinahl	(perceptions or attitudes or opinion) AND healthcare professionals AND transcultural care	161
Cinahl	MH"Nurse Attitudes" AND immigrants	73

2.3 Auswahl der Studien

Nach Abschluss der Suche wurden in den Datenbanken insgesamt 640 Ergebnisse erzielt – 3 davon mittels Google Scholar. Bei diesen Studien wurde ein Titelscreening durchgeführt, bei dem es ausschlaggebend war, dass diese die Forschungsfrage oder eine ähnliche Thematik beleuchteten. Nach Titelscreening und Entfernung von Duplikaten blieben 78 Studien übrig. Mit den restlichen 78 Studien fand ein Abstract-Screening statt, wodurch am Ende 15 Studien verblieben. Von diesen wurde der Volltext gelesen und die für relevant Befundenen wurden kritisch bewertet.

Das nachstehende Flow-Chart veranschaulicht die Auswahl.

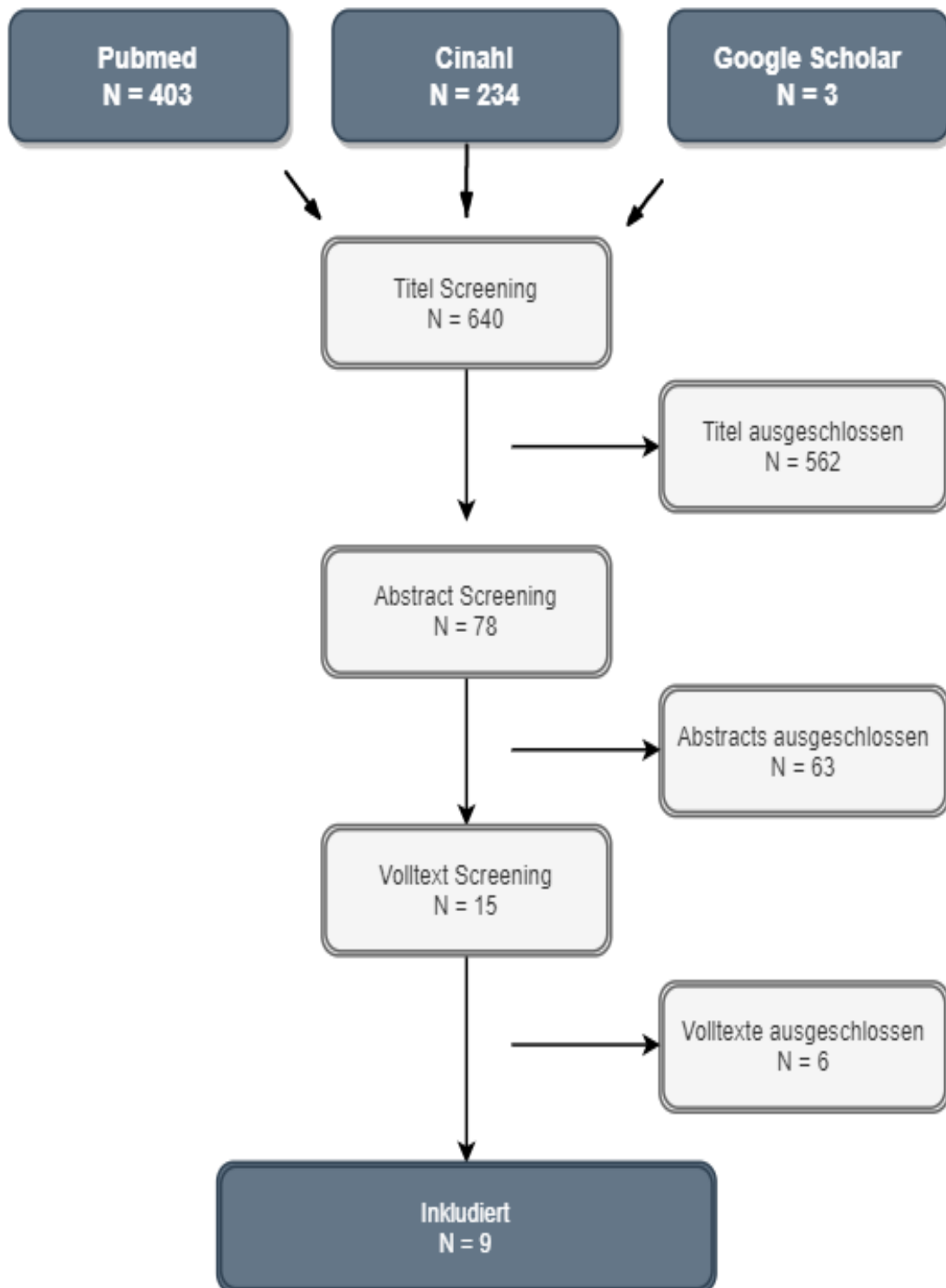


Abbildung 3 Flowchart Datensammlung adaptiert nach Moher et al. (2009) (eigene Darstellung)

2.4 Studienbewertung

Um relevante Studien und deren Qualität zu prüfen wurde der Bewertungsbogen MMAT Version 2018 eingesetzt. Dieser ist ein kritisches Instrument zur Bewertung von sowohl qualitativen, quantitative als auch Mixed-Method Studien. Bei nicht empirischen Studien wie einem Literaturreviews findet er keine Verwendung. Der MMAT verfügt über 3 Antwortmöglichkeiten zu jeder enthaltenen Frage; „yes“, „no“ und „can't tell“. Des Weiteren weist jede dieser Antworten eine Möglichkeit auf, ein Kommentar zur Begründung abzugeben. (Hong et al., 2018)

Es wurde die Version 2018 des Bewertungsbogens. Mit diesem ist es möglich, fünf verschiedene Studiendesigns zu bewerten:

- Quantitativ randomisiert kontrollierten Studien
- Quantitativ deskriptiven Studien
- Quantitativ nicht randomisierten Studien
- Qualitativen Studien
- Mixed Methods

Je nach gewählten Design der zu bewertenden Studie müssen anschließend individuelle Fragen beantwortet werden. (Hong et al, 2018)

3. Ergebnisse

Entsprechend der zu Beginn definierten Forschungsfrage „Welche Einstellungen und Bedürfnisse haben MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens in Bezug auf Personen mit Migrationshintergrund?“ werden in diesem Kapitel die Ergebnisse der inkludierten Studien der Literaturrecherche näher beleuchtet. Neun internationale Studien wurden in dieser Arbeit inkludiert. Drei davon wurden in Spanien, eine jeweils in Portugal, Dänemark, der Schweiz, Finnland und England durchgeführt. Die letzte Studie wurde in 16 europäischen Ländern vollzogen.

Die folgende Tabelle gibt einen kurzen Überblick über die Eigenschaften der inkludierten Studien.

Tabelle 4 Charakteristika der inkludierten Studien

AutorIn, Land, Jahr	Design	Stichprobe	Ziel	Ergebnis
Dias et al., Portugal, 2012	Quantitativ	320 MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens	Einstellungen in Bezug auf MigrantInnen.	Wahrnehmung der MigrantInnen als gefährlich. Es bestand ein Unterschied zwischen den Berufsgruppen.
Sanchez-Ojeda et al., Spanien, 2017	Quantitativ	63 diplomierte KrankenpflegerInnen	Untersuchung der Einstellungen zu marokkanischen PatientInnen.	Negative Einstellungen gegenüber marokkanischen PatientInnen wurden festgestellt.
Hudelson et al., Schweiz, 2010	Quantitativ	619 ÄrztInnen und StudentInnen	Einstellungen bezüglich der Versorgung von PatientInnen mit Migrationshintergrund.	Persönliche Charakteristiken und Erfahrung waren mit der Einstellung verbunden. Es herrschte ein großes Interesse an der Arbeit mit MigrantInnen

Vydelingum V., England, 2006	Qualitativ	43 diplomierte KrankenpflegerInnen	Beschreibung von Erfahrungen mit südasiatischen PatientInnen.	TeilnehmerInnen behaupten alle PatientInnen gleich zu behandeln. TeilnehmerInnen besaßen wenig kulturelle Kompetenzen.
Michaelsen et al., Dänemark, 2004	Quantitativ	517 ÄrztInnen, diplomierte KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen	Wissen, Einstellungen und Erfahrungen in Bezug auf PatientInnen mit Migrationshintergrund und mögliche Einflussfaktoren,	Wissen wurde Großteils über Medien und PatientInnenkontakt erworben. Kommunikation wurde als negativer Einflussfaktor auf Einstellungen festgestellt
Eklöf et al., Finnland, 2014	Qualitativ	8 diplomierte KrankenpflegerInnen	Relevante Faktoren beim Einsatz von DolmetscherInnen im Umgang mit MigrantInnen	Beide Sprachen müssen perfekt beherrscht werden. Wissen über medizinische Terminologie ist notwendig.

Priebe et al., 16 europäische Länder, 2011	Qualitativ	240 ÄrztInnen, diplomierte KrankenpflegerInnen, PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, ManagerInnen	Beurteilung von Schwierigkeiten in der Versorgung von PatientInnen mit Migrationshintergrund. Vorschläge für eine besser Versorgung	Acht Probleme und sieben Verbesserungsvorschläge identifiziert. Als größtes Problem galten Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede. Vorschläge waren mehr Schulungen und bessere Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen.
Vázquez et al., Spanien, 2009	Qualitativ	65 Ärztinnen, diplomierte KrankenpflegerInnen, Hebammen, SozialarbeiterInnen, GesundheitsmanagerInnen	Bedürfnisse von MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens bezüglich der Versorgung von MigrantInnen	Drei Hauptthemen: verbesserte Kommunikation, Veränderung des Gesundheitssystems, Schulungen und Fortbildungen.
Terraza Núñez et al., Spanien, 2010	Qualitativ	64 ÄrztInnen, diplomierte KrankenpflegerInnen, GesundheitsmanagerInnen, SozialarbeiterInnen	Wahrnehmung des Gesundheitspersonals bezüglich der Versorgung von MigrantInnen	Kommunikationsbarrieren, Charakteristika von MigrantInnen, Einstellungen des Gesundheitspersonals gegenüber den MigrantInnen.

3.1 Einstellungen

In der Studie von Dias et al. (2012) wurden die Einstellungen von MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens, darunter ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen aber auch Büroangestellte, erfragt.

Die TeilnehmerInnen gaben Antworten zu Behauptungen zu PatientInnen mit Migrationshintergrund mit den Auswahlmöglichkeiten „*stimme zu*“, „*stimme nicht zu*“ oder „*stimme weder zu noch nicht zu*“. Die Mehrheit der Befragten zeigte sich positiv eingestellt.

Etwa 61% negierten die Aussage, dass MigrantInnen dazu neigen eine Opferrolle einzunehmen, wenn sie einen Gesundheitsdienst in Anspruch nehmen. Außerdem stimmte jeweils eine Mehrheit bei Aussagen wie „*MigrantInnen respektieren die Regeln des Gesundheitssystems nicht*“, oder „*MigrantInnen verlangen mehr als die restliche Bevölkerung*“ nicht zu. Von den TeilnehmerInnen gaben 49,4% an, einige EinwanderInnen als aggressiv, gefährlich oder unberechenbar wahrzunehmen. Weitere 34,7% waren davon überzeugt, dass die Behandlung von MigrantInnen anspruchsvoller ist. Damit zeigt sich, dass ein beachtlicher Anteil der PartizipantInnen ein negatives Bild hatte. (Dias et al., 2012)

Die Studie von Sanchez-Ojeda et al. (2017) kam zum selben Ergebnis, wie die zuvor genannte Studie. Es wurden 63 KrankenpflegerInnen in Spanien mittels eines Fragebogens befragt. Die Likert Skala und Antwortmöglichkeiten waren dieselben wie in der Studie von Dias et al (2012). Die TeilnehmerInnen beantworteten Behauptungen, welche in sechs verschiedene Dimensionen gegliedert waren. Trotz teils positiven Rückmeldungen war eine Negativtrend zu erkennen. Positive Meinungen waren, dass die Mehrheit der Angestellten die Ansicht hatte, MigrantInnen müssen auf dieselbe Weise behandelt werden wie die einheimische Bevölkerung und dass andere Kulturen das Land bereichern. Außerdem gaben von den Befragten 84,1% an, sie „haben nichts gegen Marokkaner“.

Ein Anteil von 88,9% gab an, dass die Kriminalitätsrate seit Ankunft der MigrantInnen enorm gestiegen sei. Weiters waren 85,4% der Meinung, dass eben diese kriminellen Personen des Landes verwiesen werden müssen. Etwa die Hälfte der Befragten gab zudem an sich zu fürchten, wenn sie auf eine Gruppe Marokkaner treffen. Des Weiteren fanden 73 %, dass es für gewisse Gruppen von Personen mit

Migrationshintergrund schlicht unmöglich ist, sich sozial zu integrieren. Der Behauptung, dass MarokkanerInnen im Allgemeinen nicht auf ihre persönliche Hygiene achten, stimmten 77,8 % zu. (Sanchez-Ojeda et al., 2017)

Befragt zum Gesundheitssystem gaben 81% an das Gefühl zu haben, MigrantInnen nutzen dieses aus und 87,3% behaupteten, dass der Anstieg der ausländischen Bevölkerung die Ursache für Probleme für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem sei. Demnach unterschrieben 63,5% die Meinung, dass ihr eigener Glaube sowie die eigenen Normen und Werte in kürzester Zeit von denen der MigrantInnen überschattet werden. (Sanchez-Ojeda et al., 2017)

Vydelingum (2006) untersuchte mit seiner Studie die Erfahrungen von Pflegepersonal, darunter diplomierte KrankenpflegerInnen und PflegefachassistentInnen, mit der Betreuung südasiatischer PatientInnen in einem Krankenhaus in England. Dazu wurden 43 Personen interviewt. Es ging hervor, dass die TeilnehmerInnen davon überzeugt sind, alle PatientInnen gleich zu behandeln, ungeachtet der Nationalität. Angesprochen darauf antworteten die KrankenpflegerInnen:

„They receive the same care really as all the other patients; there are no special considerations, except that some patients may not be able to speak English. As for discharge arrangements, we would do basically the same as we do for the other patients. No, there are no specific factors that I would take into account“. (vgl. Vydelingum V. 2006, S.26).

Das nächste Thema des Interviews behandelte die kulturelle Kompetenz der PartizipantInnen. Gewisses Verhalten von MigrantInnen wurde negativ aufgefasst. Das schlechte Wissen und Verständnis über Minderheitenkulturen, wie folgende Aussagen zeigen, deuten auf einen Mangel an kultureller Kompetenz hin:

„We don’t understand them. I can’t stand the lack of eye contact, especially from the male Asian patients.

It’s not just the language. Even for those who can speak English, I find that they are very restrained in expressing their problems. They don’t always want to communicate with staff.“. (vgl. Vydelingum V. 2006, S.26)

Ferner sagte eine Teilnehmerin der Studie, angesprochen auf ein kürzlich vonstattengegangenes Ereignis, in dem ein südasiatischer Patient verstorben war und der Leichnam trotz Erbrochenem nicht gereinigt wurde, da dieser muslimischen Glaubens war, folgendes:

„The nurse was following the guidelines. But it’s not our fault, is it? We can offer the services, but we cannot force people if they don’t take up the services. Now can we?“. (vgl. Vydellingum V. 2006, S.27)

Weitere Beispiele für die negative Einstellung betrafen ein mangelndes Verständnis der Ernährungsbedürfnisse südasiatischer DiabetikerInnen, die Weigerung asiatischer Frauen, sich auszuziehen und von männlichen Ärzten untersucht zu werden, sowie negative Kommentare bezüglich der Vielzahl ihrer Angehörigen, die während der Besuchszeiten zu Besuch kamen. (Vydellingum, 2006)

Eine Studie von Michaelsen et al. (2004) legte dar, dass ausländische PatientInnen allgemein als Belastung für das Gesundheitssystem empfunden wurden. Dies wurde von 75% der befragten ÄrztInnen, von 49% der diplomierten KrankenpflegerInnen und von 54% der PflegefachassistentInnen bestätigt.

Auf die Frage, ob der Umgang mit Personen anderer Kulturen die eigene Arbeit attraktiver und interessanter machen, stimmte die Hälfte des diplomierten Pflegepersonals und 40% der ÄrztInnen zu.

Zusätzlich wurde die Meinung zur angemessenen Nutzung der Notaufnahme untersucht. Die Mehrheit in allen Berufsgruppen – 84% der PflegefachassistentInnen, 80% der ÄrztInnen und 74% der diplomierten KrankenpflegerInnen - vertraten den Standpunkt, dass die im Ausland geborenen Personen die Notaufnahme zu häufig nutzten und lernen müssen, diese auf dieselbe Weise zu besuchen wie im Inland geborene Personen.

Die Angehörigen von PatientInnen mit Migrationshintergrund wurden von der Hälfte der ÄrztInnen und diplomierten KrankenpflegerInnen (52% und 49%) und beinahe zwei Dritteln der PflegefachassistentInnen (65%) als anspruchsvoller wahrgenommen. Ein weitaus geringerer Prozentsatz empfand die Abgehörigen als große Unterstützung im Stationsalltag. Trotz dieser Ergebnisse betrachteten 86% der MitarbeiterInnen ihre Zusammenarbeit mit Angehörigen als allgemein gut. (Michaelsen et al., 2004)

Die TeilnehmerInnen stimmten zudem dem Stereotyp zu, dass PatientInnen mit Migrationshintergrund dazu tendieren, ihre Krankheit zu dramatisieren und Überreaktionen bezüglich Schmerzen zu zeigen. 66% der ÄrztInnen, 53% der diplomierten KrankenpflegerInnen und 74% der PflegefachassistentInnen vertraten diese Ansicht. (Michaelsen et al., 2004)

Eine weitere Studie untersuchte speziell die Einstellungen von ÄrztInnen und StudentInnen der Medizin. Der überwiegende Teil hatte ein mäßiges oder starkes Interesse an der Betreuung von PatientInnen mit Migrationshintergrund. Die meisten Befragten dieser Studie waren der Meinung, dass sich EinwanderInnen an die Werte und Gewohnheiten des Gastlandes anpassen sollten. Ein großer Prozentsatz stimmte dafür, dass vor allem die jeweiligen Krankenhäuser und DienstgeberInnen Verantwortung übernehmen müssten, um einen Fortschritt in der Versorgung zu erzielen und in weiterer Folge auch die Einstellungen gegenüber den PatientInnen zu verbessern. (Hudelson et al., 2010)

Es wurden signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen festgestellt. ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen zeigten positivere Einstellungen im Vergleich zu Büroangestellten. (Dias et al., 2012)

3.1.1 Faktoren für negative Einstellungen

Dias et al. (2012) berichteten über Variablen, die die PartizipantInnen ihrer Stichprobe beeinflussen. Personal, welches mit mehr als acht Personen mit Migrationshintergrund pro Tag konfrontiert waren, tendierten eher zu negativer Einstellung. Als weitere Variable wird das Alter genannt, welches vor allem bei ÄrztInnen eine bedeutende Rolle einnahm. Je älter die Befragten, desto weniger waren positive Rückmeldungen zu vernehmen (Dias et al. 2012). In der Studie von Michaelsen et al. (2004) wurde auch herausgefunden, dass die älteren Pflegepersonen eher dazu tendierten MigrantInnen in Bezug auf Schmerzen als überempfindlich wahrzunehmen (Michaelsen et al., 2004). Eine Krankenpflegerin in der Studie von Vydelingum (2006) sagte: *„I think there is more racism among the older age group, for example my parents' age group. For younger people, they go to school together and mix with all races that cut down barriers.“* (Vydelingum V. 2006, S.27).

Ein weiterer grundlegender Faktor war die Kommunikation. Beinahe 60% der Befragten in der Studie von Michaelsen et al. (2004) berichteten von Sprachbarrieren und Missverständnissen bezüglich Rat und Beratung, 40% waren der Ansicht, ihre PatientInnen deshalb nicht optimal versorgen zu können. 36% klagten aus diesem Grund über Verzögerungen bei Arbeitsabläufen.

Auf die Frage, ob der letzte Kontakt mit einer/einem PatientIn eine zufriedenstellende Kommunikation vorwies, wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Berufsgruppen festgestellt. Während 45% der ÄrztInnen und 41% der diplomierte Pflegekräfte dies bejahten, waren es nur 24% der PflegefachassistentInnen. Bei erst- und zweitgenannter Berufsgruppe wurde zudem ein signifikanter Alterstrend festgestellt. Je älter, desto zufriedenstellender verlief ihre letzte Konversation mit ihren PatientInnen. (Michaelsen et al., 2004)

Auch Priebe et al. (2011) nannten Sprachbarrieren als erhebliches Problem im Umgang mit MigrantInnen. Die Befragten beschrieben, dass umfangreiche körperliche Untersuchungen und diagnostische Tests manchmal erforderlich waren, um das fehlende mündliche Verständnis zu kompensieren. Auch Verwaltungsverfahren wurden durch schlechte Kommunikation verlängert und verkompliziert (Priebe et al., 2011).

Neben dem Alter und der Kommunikation wurde auch die berufliche Erfahrung als entscheidender Einflussfaktor herausgefiltert. KrankenpflegerInnen, die mehr als 20 Jahre Berufserfahrung hatten gaben tendenziell schlechtere Meinungen gegenüber Personen mit Migrationshintergrund an als Personal, welche erst seit maximal fünf Jahren arbeiteten. (Sanchez-Ojeda et al., 2017)

Auch fehlende kulturelle Kompetenz und Sensibilität gegenüber anderen Religionen beeinflussen die Einstellungen des Gesundheitspersonals. Die folgende Aussage aus der Studie von Vydellingum (2006) zeigt ein hohes Maß an Missverständnissen über verschiedene religiöse und kulturelle Praktiken. Angesprochen darauf, dass einige Religionen wie der Islam, das Judentum oder der Hinduismus bestimmte Regeln und Normen besitzen, fragte eine Teilnehmerin, wie Menschen denn an so etwas glauben können (Vydellingum V. 2006, S.28).

Zusätzlich hatte fehlende kulturelle Kompetenz gelegentlich dazu geführt, dass PatientInnen sich verweigerten, sensible Informationen offenzulegen (Priebe et al., 2011).

In der Studie von Michaelsen et al. (2004) führten die InformantInnen an, dass eben diese kulturellen Unterschiede sich negativ auf die Einstellung auswirken (Michaelsen et al., 2004). Ein Teil der Befragten hatten Bedenken bezüglich des korrekten Verhaltens bei körperlichen Untersuchungen aufgrund religiöser und kultureller Tabus: *...members of Muslim religious communities, there are shame barriers that we do not have: the husband expects to attend the treatment session. In certain treatment- the areas of sex, anal region are taboo.*” (vgl. Priebe et al. 2011, S.6)

Kulturelle Tabus führten laut den TeilnehmerInnen oftmals dazu, dass PatientInnen die Pflege oder gewissen Behandlungen verweigerten. Dies erschwerte den ÄrztInnen beispielsweise psychotherapeutische Verfahren zu verwenden. Des Weiteren wurde das Nichteinhalten von Terminen, das verspätete Erscheinen oder die Suche nach Beratung außerhalb der Öffnungszeiten mit den kulturellen Unterschieden erklärt. Als Folge sahen die Interviewten eine allgemein höhere Belastung und weniger zeitliche Ressourcen. (Michaelsen et al., 2004)

Terraza-Núñez et al. (2010) führten die negative Einstellungen auf Stereotypen und Missverständnisse wie eine zunehmende Arbeitsbelastung oder augenscheinlich mangelndes Interesse von PatientInnen mit Migrationshintergrund, Kultur, Regeln und Sprache des Lander zu übernehmen, zurück. Mangelnde Kompetenz kristallisierte sich ebenso als Einflussfaktor heraus. (Terraza-Núñez et al., 2010)

3.2 Bedürfnisse

Priebe et al. (2011) interviewten 240 MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens und berichteten von Komponenten, die sich die Befragten für einen besseren Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund wünschten. Beinahe alle TeilnehmerInnen erwähnten organisatorische Flexibilität, einschließlich mehr Zeitressourcen und Individualisierung der Pflege sowie regelmäßige MitarbeiterInnenversammlungen zur Bewältigung von Problemen. (Priebe et al., 2011)

ÄrztInnen gaben an, oft Doppelsitzungen abzuhalten, insbesondere bei Anwesenheit von DolmetscherInnen, um mehr Zeit für PatientInnen zu haben und Gewissheit zu haben, dass diese sich gehört und verstanden fühlen. Sollten nur begrenzte Zeitressourcen zur Verfügung stehen, gaben die Befragten an, dass spezielle MitarbeiterInnen, die sich um die Bewältigung von sozialen und administrative Probleme kümmern, zu Hilfe gezogen wurden, um ÄrztInnen so mehr Zeit zu schaffen. (Priebe et al., 2011)

Nahezu in allen Interviews wurde die Notwendigkeit von qualitativ hochwertigen Dolmetschdiensten hervorgehoben, welche die medizinische Terminologie und auch die berufliche Diskretion beherrschen (Priebe et al., 2011). ÜbersetzerInnen sind in Gebieten mit hohem Anteil an EinwanderInnen unverzichtbar (Vázquez et al., 2009). Nach Angaben diplomierten KrankenpflegerInnen war das Fachwissen des Dolmetschdienstes eine Grundvoraussetzung für die Verwendung eines solchen. Das Fachwissen bestand aus Sprachwissen, kulturellem Verständnis und ethischem Hintergrund. Es wurde erwartet, dass die DolmetscherInnen beide bei der Interpretation verwendeten Sprachen perfekt beherrschen. (Eklöf et al., 2014)

Da die rasche Anwesenheit zu bestimmten Zeitpunkten, beispielsweise in Notfallsituationen, jedoch oftmals unzureichend war, wurde diskutiert, interne Dolmetschservices zur Verfügung zu stellen (Vázquez et al., 2009; Priebe et al., 2011). Daher ist es wünschenswert, dass eine/ein Dolmetscherin/Dolmetscher telefonisch stets erreichbar ist (Vázquez et al., 2009).

Einige Befragte zogen es stattdessen vor, Verwandte als ÜbersetzerInnen zu verwenden, da diese bereits Informationen über die PatientInnen und das Vertrauen derer hatten. Intime Informationen wurden oft verschwiegen, wenn beispielsweise die Kinder oder Enkelkinder übersetzten. Neben diesem Vorschlag wurde die verbesserte Beherrschung der Landessprache von MigrantInnen als langfristige Antwort gefunden. (Priebe et al., 2011)

Die Zusammenarbeit mit Familienmitgliedern und verschiedenen Sozialdiensten, als auch kulturelles Bewusstsein wurde als fundamentale Faktoren für eine optimale Gesundheitsversorgung genannt. Ein Großteil der Interviewten betrachtete kompetente Schulungen des Personals mit dem Fokus auf kulturelle und religiöse Themen als Grundstein für zufriedenstellenden und respektvollen Umgang. Es wurde empfohlen, dass die Kurse Informationen zu spezifischen Krankheiten,

Behandlungsstrategien und kulturellen und religiösen Normen und Tabus enthalten sollten. Dieses Wissen soll ermöglichen, genauere Diagnosen zu stellen und geeignete Behandlungen bereitzustellen, während gleichzeitig die Bedürfnisse der PatientInnen beachtet und gewürdigt werden. (Priebe et al., 2011)

Ein weiterer Punkt, den die PartizipantInnen als nötig empfanden, waren Lehrprogramme und verschiedenste in die jeweiligen Sprachen übersetzte Informationsmaterialien für MigrantInnen bezüglich des heimischen Gesundheitssystems. Dies sollte den MigrantInnen die Möglichkeit geben, geeignete Dienste in Anspruch zu nehmen und wirksame Behandlungen zu erhalten. Diese sollten für alle frei zugänglich sein (Priebe et al., 2011). Darüber hinaus wünschten sich die Befragten zusätzlich eine Berücksichtigung von verschiedenen Dialekten (Vázquez et al., 2009).

Es wurden Veranstaltungen vorgeschlagen, bei denen medizinisches Personal diese Informationen weitergibt. Nebenbei sollte eine Aufklärung in Bezug auf Gesundheitsförderung besprochen werden. Als Beispiel für Informationsmaterial schlugen die Befragten die Verwendung von Broschüren in mehreren Sprachen vor, welche das Gesundheitssystem erklären. Auf diese Weise könnten die Praktizierenden entlastet und mehr Zeit für die Versorgung von PatientInnen genutzt werden. (Priebe et al., 2011)

Über ein Drittel der TeilnehmerInnen hoben zusätzliche Charakteristika hervor, die für eine positive Beziehung zwischen Personal und PatientInnen essenziell sind. Besonders hervorgehoben wurde die Wichtigkeit von Respekt, aktiven Zuhören und adäquater Reaktion. Begrüßungen hatten ebenso ein besonderes Augenmerk, da dadurch die individuelle Aufmerksamkeit wahrgenommen wurde. (Priebe et al., 2011)

Vázquez et al. (2009) beschrieben ebenfalls die Wünsche des Personals und konnten in Interviews drei Hauptthemen von den Befragten in Erfahrung bringen, welche von besonderer Relevanz schienen: Kommunikation, Schulungen und Verbesserungen des Gesundheitssystems. Bezüglich der Kommunikation wurden wie bereits bei Priebe et al. (2011) übersetzte Informationsbroschüren über das Gesundheitssystem und etwaige Verwaltungsdokumente vorgeschlagen. (Vázquez et al., 2009)

Die Funktion von KulturvermittlerInnen und MediatorInnen wurde diskutiert. Die Nützlichkeit dieser wurde einerseits in Frage gestellt, andererseits war die Mehrheit der Befragten davon überzeugt, dass diese einen positiven Effekt haben können. Es entstand die Ansicht, dass KulturvermittlerInnen die Distanz zwischen medizinischem Fachpersonal und MigrantInnen verringern könnte, indem sie als kulturelle Brücken fungieren. Im Fokus ihrer Funktion stand in dieser Studie vor allem die Überwindung von Zweifeln, die kulturelle Begleitung von EinwanderInnen und die Weitergabe von benötigten Informationen an MigrantInnen. Somit transportieren KulturvermittlerInnen dem Gesundheitspersonal Wissen und Verständnis über andere Kulturen und den damit in Verbindung stehenden Pflegebedarf. Ein weiterer Wunsch des Personals war ein größeres Angebot an Schulungen und Fortbildungen, mit dem Ziel eine angemessene Versorgung zu ermöglichen. Es bestand die Ansicht, dass einer verbesserte Ausbildung in kulturellen Aspekten die Gelegenheit bietet, die besonderen Anforderungen der PatientInnen mit Migrationshintergrund zu verstehen und adäquate Lösungen zu finden. Dies hätte zur Folge, dass sich Kommunikation und Verständnis erheblich verbessern würden. Die Befragten waren der Meinung, dass sich auch die kulturelle Distanz bestimmter MitarbeiterInnen reduzieren würde. Die Mehrzahl der Befragten wünschte sich praktische Inhalte in diesen Schulungen und dass diese in der Arbeitszeit stattfinden sollten. (Vázquez et al., 2009)

Laut einigen ManagerInnen war es elementar, dass vor allem Personen, die „an den Schaltern im Krankenhaus arbeiten“, besonders gut geschult sein mussten, um von Beginn an die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Im Gegensatz zu allgemeinen Meinung gab es Fachkräfte, spezielle ÄrztInnen, die ein Desinteresse an Schulungen äußerten. Als Grund gaben sie Entmutigung an, die sich aus Problemen in der Praxis ergaben (Vázquez et al., 2009). Die Angestellten von Gesundheitsberufen verlangten laut Vasquez et al. (2009) eine, in manchen Belangen, grundlegende Veränderung des Gesundheitssystems. Management sowie spezifische Strategien bezüglich der Einwandererbevolkerung sollten verbessert werden. Laut Management und Fachpersonal war es erforderlich einen vermehrten Fokus auf die Merkmale von Personen mit Migrationshintergrund zu setzen, wie etwa vorherrschende Gruppen und der sozioökonomische Status, um adäquat mit ihnen interagieren zu können. (Vázquez et al., 2009)

4. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, die Einstellungen und Bedürfnisse des Gesundheitspersonals in Bezug auf Personen mit Migrationshintergrund zu identifizieren. Die Hauptergebnisse der inkludierten Studien zeigten auf, dass es neben positiven Einstellungen auch viele negative Stereotype in Bezug auf MigrantInnen und Migranten gibt (Dias et al., 2012; Sanchez-Ojeda et al., 2017; Hudelson et al., 2010; Vydellingum, 2006; Michaelsen et al., 2004; Terraza-Núñez, 2010). Das Gesundheitspersonal wünschte sich aus diesem Grund einige Verbesserungen in der Versorgung und den Umgang mit dieser PatientInnengruppe. Im Fokus standen Verbesserungen in der Kommunikation sowie der kulturellen Kompetenz des Gesundheitspersonal (Priebe et al., 2011; Eklöf et al., 2014; Vázquez et al., 2009). In diesem Kapitel folgt eine Reflexion der Ergebnisse der Studien.

In der inkludierten Studie von Dias et al. (2012) berichtete das Gesundheitspersonal im Allgemeinen von positiven Einstellungen gegenüber PatientInnen mit Migrationshintergrund. So wurden Aussagen bezüglich des Missachtens von Regeln des Gesundheitssystem von der Mehrheit der Befragten verneint. (Dias et al., 2012)

Eine weitere inkludierte Studie kam ebenfalls zu teils positiven Einstellungen des Gesundheitspersonals. Die befragten KrankenpflegerInnen gaben an, dass alle MigrantInnen dieselbe Behandlung verdienen wie die einheimische Bevölkerung und dass andere Kulturen ein Gewinn für das eigene Land darstellten (Sanchez-Ojeda et al., 2017). Die Behauptung, dass alle die gleiche Behandlung verdienen wird von den Ergebnissen der Studie von Vydellingum (2006) unterstützt. Hier gab das teilnehmende Pflegepersonal an, alle PatientInnen gleich zu behandeln, unerheblich ihrer Nationalität (Vydellingum, 2006).

Neben den genannten positiven Ergebnissen wurden zahlreiche negative Einstellungen in den inkludierten Studien identifiziert. MigrantInnen wurden als aggressiv oder gefährlich wahrgenommen (Dias et al., 2012). Darüber hinaus wurden sie vom einem Großteil der Befragten als Ursache für die steigende Kriminalitätsrate beschuldigt. Viele Befragte hatten Angst, wenn sie auf eine Gruppe von MarokkanerInnen trafen und waren der Meinung, dass gewisse Personen mit Migrationshintergrund keine Chance hätten, sich sozial zu integrieren. Die befragte

Gruppe sah zwischen der Ankunft der MigrantInnen und der zunehmenden Kriminalitätsrate einen nicht von der Hand zuweisenden Zusammenhang und vertrat die Meinung, dass jene ohne Verzögerung des Landes verwiesen werden müssen. (Sánchez-Ojeda et al., 2017). Diese Ergebnisse spiegelten sich auch in einer anderen Studie aus Spanien mit dem Fokus auf Vorurteilen gegenüber MigrantInnen wider. Mehr als 80% stimmten bei der Frage, ob die Kriminalität sich vermehrt habe, zu (Plaza del Pino, 2012).

Negative Einstellungen äußerten sich zudem aufgrund der speziellen Bedürfnisse andere Kulturen, wie beispielsweise die Ernährung oder kulturelle Tabus (Vydelingum, 2006). Zusätzlich wurden Personen mit Migrationshintergrund allgemein als Belastung für das Gesundheitssystem und als anstrengender zu behandeln gesehen (Vydelingum, 2006; Michaelsen et al., 2004). MigrantInnen nutzten die Notaufnahme nicht korrekt, tendierten dazu Krankheiten zu dramatisieren oder zu Überreaktionen (Michaelsen et al., 2004). Campayo et al. (2006) zeigten in ihrer Studie ähnliche Ergebnisse. Sie befragten ÄrztInnen in 15 Gesundheitszentren in Spanien. Die Befragten glaubten, dass PatientInnen mit Migrationshintergrund bezüglich ihrer Symptome dramatisierten und ihre Versorgung anspruchsvoller war (Campayo et al., 2006).

Priebe et al. (2010) untersuchten in 16 europäischen Ländern unter anderem Komponenten, welche die zuvor genannten Ergebnisse von Michaelsen et al. (2004) und Vydelingum (2010) erklären könnten. Insbesondere Sprachbarrieren, fehlendes Wissen und Verständnis über andere Kulturen und eine negative Haltung gegenüber AusländerInnen waren die Hauptursachen von Probleme (Priebe et al. 2010). Sprachbarrieren wurde auch in zwei anderen Studien als eines der Hauptprobleme identifiziert. Beide Studien zeigten, dass nicht zufriedenstellende Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen mit Migrationshintergrund die Versorgung erschwerte (Wachtler et al., 2006; Ferguson & Candib, 2002).

Die Studie von Hudelson et al. (2010) zeigte, dass ÄrztInnen und StudentInnen der Medizin die Meinung vertraten, dass die MigrantInnen sich den Werten und Gewohnheiten des Gastlandes anpassen müssten (Hulderson et al., 2010).

Im Gegensatz zu ÄrztInnen und Pflegepersonal wiesen Büroangestellte weniger positive Einstellungen auf. Dies wurde von Dias et al. (2012) durch die spezifischen Funktionen der Büroangestellten erklärt, die für administrative Probleme im

Zusammenhang mit der Registrierung von PatientInnen verantwortlich sind, was zu unterschiedlichen Erfahrungen führte (Dias et al., 2012). Eine andere mögliche Erklärung könnten die unterschiedlichen Ausbildungsniveaus sein. Eine Studie von Kleemans & Klugman (2009) hat gezeigt, dass das Ausbildungsniveau ein Faktor für weniger Toleranz und negativere Einstellung gegenüber AusländerInnen sein kann (Kleemans & Klugman, 2009). Der Zusammenhang zwischen Bildung und der Einstellung kann des Weiteren durch die Tatsache, dass kritisches Denken und Entscheiden helfen, sich nicht von Vorurteilen, Unsicherheiten und Angst leiten zu lassen, erklärt werden (Gaasholt & Togeby, 1995).

Zusätzlich wurde das Alter vom Gesundheitspersonal also beeinflussender Faktor für eine negativere Einstellung identifiziert. Je älter das Personal, desto mehr tendierten die Befragten dazu, negative Stereotypen anzugeben (Vydelingum, 2006; Michaelsen et al., 2004). Dies wird durch die Ergebnisse von Kleemans & Klugman (2009) unterstützt, die aussagten, dass jüngere Menschen dazu neigen, positivere Meinungen in Bezug auf MigrantInnen zu vertreten.

Ein weiterer benannter Einflussfaktor war die Häufigkeit des Kontakts zwischen dem Gesundheitspersonals und MigrantInnen. Beispielsweise fanden Dias et al (2012) heraus, dass Personal, welches weniger täglichen Kontakt mit MigrantInnen vorweist, positivere Antworten zu jener Personengruppe gab. Dies steht im Widerspruch zu der 1954 entwickelten Kontakthypothese von Allport. Diese besagt, dass häufiger Kontakt zu anderen, fremden Gruppen wie Minderheiten die Spannungen und Vorurteile mindert (Allport, 1974). Eine mögliche Erklärung dieser Diskrepanzen besteht darin, dass in der Kontakthypothese die Art des Kontakts nicht berücksichtigt wurde (Escandell X. & Ceobanu A., 2009).

Um den Herausforderungen des Gesundheitspersonals mit Personen mit Migrationshintergrund entgegenzutreten zu können, wurden ebenso die Bedürfnisse des Gesundheitspersonals in verschiedenen Studien geäußert. (Pribe et al., 2011; Eklöf et al., 2014; Vázquez et al., 2009)

Im Vordergrund standen der Einsatz von DolmetscherInnen und die Möglichkeit, die eigene kulturelle Kompetenz und das eigene kulturelle Wissen mittels Fortbildungen und Schulungen zu erweitern (Pribe et al., 2010; Vázquez et al., 2009).

Der Einsatz von Dolmetschdiensten birgt allerdings ebenso Risiken, wie Studien aus den USA belegen. Flores et al. (2003) beschreiben, dass falsche Übersetzungen zu Fehldiagnosen und zu unzureichender Versorgung geführt haben. Dies wird in einer inkludierten Studie angesprochen, als aus diesem Grund vom Gesundheitspersonal empfohlen wurde, dass die Beherrschung von medizinischer Terminologie in beiden Sprachen bei der Auswahl einer/eines Übersetzerin/Übersetzers unabdingbar scheint (Eklöf et al., 2014).

Bezüglich fehlender kultureller Kompetenz empfanden die meisten TeilnehmerInnen der Studien ihre eigenen Fertigkeiten als mäßig oder zu gering für die Arbeit mit EinwanderInnen und hielten spezifische Schulungen für wichtig (Pribe et al., 2010; Vásquez et al., 2009).

Fennelly (2004) interviewte 62 MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens und SozialarbeiterInnen in Minnesota und kam zu ähnlichen Ergebnisse. Die TeilnehmerInnen beschrieben die Notwendigkeit von besseren Kenntnisse seitens des Personals aber auch seitens der PatientInnen mit Migrationshintergrund. Die Befragten wünschten sich bessere kulturelle Kompetenzen durch Training, Sprachkenntnisse (zweisprachiges Personal) und positivere Einstellungen bezüglich MigrantInnen. (Fennelly, 2004).

Im Vergleich zu den Einstellungen des Gesundheitspersonals zu MigrantInnen, welche teils stark negativ ausfielen, waren die Einstellungen zu PatientInnen mit körperlichen Beeinträchtigungen laut einer Studie von Satchidanand et al. (2012) positiver. Gesundheitspersonal, welches mehr Erfahrungen und Kontakt mit dieser speziellen Gruppe hatte, sowohl beruflich als auch im sozialen Rahmen, zeigte sich durchaus positiv eingestellt. Dies ist das genaue Gegenteil zu den Ergebnissen von Dias et al. (2012), in welchen das Gesundheitspersonal bei wenig Kontakt mit MigrantInnen eine positivere Meinung vertrat.

Eigenschaften wie das Alter, welches bei den Einstellungen zu MigrantInnen eine erhebliche Rolle spielte (Michaelsen et al. 2004), waren bei den Einstellungen bezüglich PatientInnen mit körperlichen Beeinträchtigungen irrelevant und wies keinen signifikanten Unterschied auf (Satchidanand et al., 2012).

Eine Studie von Kritsokatis et al. (2017) aus Griechenland untersuchte die Einstellungen von MedizinstudentInnen, KrankenpflegestudentInnen und

SozialarbeitstudentInnen zu beeinträchtigen Personen. Aus den Ergebnissen geht ebenfalls hervor, dass die Befragten positivere Einstellungen zu dieser PatientInnengruppe hatten, je mehr Erfahrungen und Kontakt sie mit ihnen hatten. Die allgemeine Einstellung gegenüber beeinträchtigten Personen tendierte jedoch ins Negative. (Kritsokatis et al., 2017)

Eine negative Einstellung gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen könnte bei der Betreuung von PatientInnen zu schlechterer Versorgung führen, da Angehörige von Gesundheitsberufen die Personen dadurch nicht nach bestem Gewissen versorgen könnten (Brown & Kalaitzidis, 2013). Folglich gleichen sich die Ergebnisse der Studien zu MigrantInnen und zu beeinträchtigten PatientInnen in dem Sinne, dass die Einstellungen des Gesundheitspersonals eine wesentliche Rolle in der Versorgung von allen PatientInnen spielt (Brown & Kalaitzidis, 2013; Priebe et al., 2011).

5. Empfehlungen

Die Arbeit hat gezeigt, dass Einstellungen stark variieren können. Je nach Berufsgruppe können diese unterschiedlich ausfallen. Aus diesem Grund und in Hinblick auf die Thematik dieses Literaturreviews ist es sinnvoll im diesem Gebiet weiter zu forschen, um die Kenntnisse sowohl in der Praxis als auch bezüglich StudentInnen an Universitäten und Fachhochschulen zu erweitern, um gegebenenfalls gegen Vorurteile früh genug zu intervenieren und die kulturelle Kompetenz und Wahrnehmung zu begünstigen. Zusätzlich sollten MitarbeiterInnen wie Büroangestellte, die wenig bis keinen Kontakt mit PatientInnen haben, ebenfalls Fortbildungen besuchen.

6. Stärken und Schwächen

Eine Stärke dieses Literaturreviews ist die breitgefächerte Suche in zwei wissenschaftliche Datenbanken inklusive einer Handsuche in Google Scholar und eines Screenings in Literaturlisten. Zusätzlich wurden Studien der letzten 15 Jahre gesucht, wodurch ein umfassender Einblick in die Thematik gegeben werden konnte. Eine weitere Stärke ist die Bewertung der Studien anhand des wissenschaftlichen Bewertungsbogens Mixed Method Appraisal Tool (Hong et al., 2018). Jedoch wurde die Bewertung nur vom Autor dieser Arbeit durchgeführt.

7. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit zeigen, dass die Einstellungen und Bedürfnisse des Gesundheitspersonals in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund relevante Themen sind, welche noch wenig erforscht sind.

Das Personal empfand die Interaktionen mit MigrantInnen, ebenso wie mit deren Angehörige, also äußerst komplex, was vor allem durch die negativen Einstellungen des Personals verstärkt wurde. Aus diesem Grund ist eine Sensibilisierung des Gesundheitspersonals in Bezug auf die eigenen Einstellungen nötig.

Wichtig im Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund ist die Umgehung von möglichen Vorurteilen, Stereotypen, Missverständnissen und Barrieren. Besonders Sprachbarrieren führten zu Problemen. Diese könnten beispielsweise durch mehrsprachige Personal, kompetenten DolmetscherInnen oder durch Zusammenarbeit mit Angehörigen gemildert und überwunden werden. Zusätzlich werden Informationsbroschüren in verschiedenen Sprachen und Dialekten empfohlen.

Neben diesen Maßnahmen ist es unerlässlich, die eigene Kompetenz bezüglich kultursensibler Pflege zu fördern. Die meisten TeilnehmerInnen besprochenen Studien weisen ebenfalls auf, dass sie mäßige oder geringe Kompetenzen haben und spezifische Schulungen für eine wichtige und nötige Strategie, um Vorurteile zu mindern und in weiterer Folge die Einstellungen zu verbessern. Außerdem ist es von wesentlicher Bedeutung, nicht nur die Kultur oder Religion der Menschen zu verstehen, sondern sie als Individuum mit Bedürfnissen wahrzunehmen.

8. Literaturverzeichnis

Allport G.W., 1974, *The nature of prejudice*, Basic Book, 25th Anniversary Edt., USA.

Brown S., Kalaitzidis E., 2013, Barriers preventing high-quality nursing care of people with disabilities within acute care settings: a thematic literature review, *Disability & Society*, 28:7, pp. 937-954, DOI: 10.1080/09687599.2012.748646

Campayo G.J., Broto G.C., Buil B., Luengo G.M., Caballero L., Collazo F., Attitudes of Spanish doctors towards immigrant patients: an opinion survey. *Actas Esp Psiquiatr*, 2006, 34, pp 371-376.

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.

Dias S., Gama A., Cargaleiro H., Martins M., 2012, Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services, *Human Resources for Health* 2012, 10 14.

Eklöf N., Hupli M., Leino-Kilpi H., 2014, Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland, *Public Health Nursing*, 32 (2), pp. 143-150.

Escandell X. & Ceobanu A.M., 2009, When contact with immigrants matters: threat, interethnic attitudes and foreigner exclusionism in Spain's Comunidades Autónomas., *Ethn Racial Stud*, 32, pp. 44–69.

Fassmann, H. 2012, „Konzepte der (geographischen) Migrations- und Integrationsforschung., In: Fassmann, H., Dahlvik, J. (Hrsg), *Migrations- und Integrationsforschung – multidisziplinäre Perspektiven: ein Reader*, Vienna Univ. Press, 2. Auflage, Wien, Österreich S.70-76.

Ferguson W., Candib L., 2002, Culture, language, and the Doctor-Patient Relationship. *Family medicine*. 34. 353-61.

Fennelly K., 2004, *Listening to the experts: Provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees.* [online] <https://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/688/Willy%20Brandt%202004-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Zugriff am 01.03.2020].

Flores G., Barton Laws M., Mayo S.J., Zuckerman B., Abreu M, Medina L., Hardt E.J., 2003, Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in paediatric encounters, *Paediatrics*, 111, pp. 6-14.

Gaasholt Ø & Togeby L., 1995, *In two minds. Danish attitudes to refugees and immigrants.* Aarhus Politica, Dänemark.

Genkova, P., 2002, *Individualismus / Kollektivismus und hilfreiches Verhalten*, Lang, Frankfurt am Main.

Hall, E. T., 1990, *The hidden Dimension*, United States of America, Anchor Books Editions, New York, United States.

Health Research & Educational Trust, 2013, *Becoming a culturally competent health care organization*. [online] <http://www.diversityconnection.org/diversityconnection/membership/Resource%20Center%20Docs/Equity%20of%20Care%20Report%20FINAL.pdf> [Zugriff am 30.11.2019].

Hofstede, G., 2006, *Lokales Denken, globales Handeln: Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management*, C.H. Beck, 3. Auflage, München.

Hofstede, G., 1991, *Cultures and Organization: Intercultural Cooperation and its importance for survival*, McGraw-Hill International, England.

Hong QN, Pluye P., Fàbregues S., Bartlett G., Boardman F., Cargo M., Dagenais P., Gagnon M-P., Griffiths F., Nicolau B., O’Cathain A., Rousseau M-C., Vedel I., Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018, Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada.

Hudelson P., Junod Perron N, Perneger T.V., 2010, Measuring Physicians’ and Medical Students’ Attitudes Toward Caring for Immigrant Patients, *Evaluation & the Health Professions*, 33 (4), pp. 452-472.

Karlsen S., 2007, *Ethnic Inequalities in Health: The Impact of Racism. Better Health Briefing 3 (a Race Equality Foundation briefing paper)*, London, p. 1.

Kleemans M., Klugman J., 2009, Understanding Attitudes Towards Migrants: A Broader Perspective, *Human Development Research Paper 2009*, 53, p. 18.

Kritsotakis G., Galanis P., Papastefanakis E., et al., Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities among nursing, social work and medical students. *J Clin Nurs*. 2017, 26, pp. 4951–4963. <https://doi.org/10.1111/jocn.13988>

Lee, E.S., 1972, *Eine Theorie der Wanderung.*, In: Széll, G. (Hrsg.), *Regionale Mobilität.*, Nymphenburger Verlagshandlung, München, p. 118.

Leininger, M. M., 1998, *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*, Lambertus Verlag, Freiburg.

Leininger, M. M., 2002, *Transcultural Nursing and globalization of health care: Importance, focus, and historical aspects.*, In: Leininger M.M. & McFarland M.R. (Hrsg.), *Transcultural Nursing: Concepts, theories, research, and practice*, Mc Graw-Hill, 3. Auflage, New York, pp 3-43.

Lenthe, U., 2016, *Transkulturelle Pflege, Kulturspezifische Faktoren erkennen - verstehen - integrieren*, facultas Verlag, 2. überarbeitete Auflage, Wien, Österreich.

Lenthe, U. 2019, *Transkulturelle Pflege, Kulturspezifische Faktoren erkennen - verstehen - integrieren*, facultas Verlag, 3. überarbeitete Auflage, Wien, Österreich.

McFarland M.R. & Wehbe-Alamah H.B., 2018, *Transcultural Nursing: Concepts, theories, research, and practice*, Mc Graw-Hill, 4. Auflage, New York.

Michaelsen J., Krasnik A., Nielsen A.S., Norredam M., Torres A.M., 2004, Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital, *Scand J Public Health*, 32, pp. 287–295.

Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D., THE PRISMA GROUP, 2009, *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement* [Online]. PLoS Med 6(7): e1000097. Available: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> [Zugriff am 20.03. 2020].

Terraza-Núñez R., Vázquez M., Vargas I., Lizana T., 2010, Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia, *Int J Public Health*, 56, pp. 549-557.

Pfabigan, D., 2007, *Kultursensible Pflege und Betreuung – Methodische Ermutigungen für die Aus- und Weiterbildung*, Wien, p. 154.

Plaza del Pino F.J., 2012, Prejudices of the Nurses towards the immigrant population: An outlook from the South of Spain, *Enfermeria Global*, 27, pp. 97-105.

Polit, D.F. & Beck, C.T. 2008, *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*, Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins, 8. Auflage, Philadelphia PA.

Priebe S., Sandhu S., Dias S., Gaddini A., Greacen T., Ioannidis E., Kluge U., Krasnik A., Lamkaddem M., Lorant V., Puigpinósi Riera R., Sarvary A., Soares J., Stankunas M., Straßmayr C., Wahlbeck K., Welbel M., Bogic M., 2010, Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries, *BMC Public Health*, 11 187.

Sabel, N., 2010, *Interkulturelle Kompetenz: Einfluss der Kultur auf das internationale Management*, Diplomica Verlag GmbH, Deutschland.

Sánchez-Ojeda M.A., Alemany Arrebola I., Gallardo Vigil M.A., 2017, The nursing department's view towards moroccan patients. *Rev Esc Enferm USP*, 51.

Satchidanand, N., Gunukula, S.K., Lam, W.Y., McGuigan, D., New, I., Symons, A.B., Withiam-Leitch, M., & Akl, E.A., 2012, Attitudes of healthcare students and professionals toward patients with physical disability: a systematic review. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 91 6, pp. 533-45.

Schilder M. & Brandenburg H., 2018, *Transkulturelle Pflege: Grundlagen und Praxis*, W. Kohlhammer GmbH, Deutschland.

Stabsstelle Berichtswesen und Statistik, 2019, *Flüchtlinge, Asyl und Grundversorgung - Grafiken und Daten zu Wien, Österreich und der EU* [online] <https://www.fluechtlinge.wien/export/sites/fluechtlinge/downloads/FSW-FaktenFluechtlinge.pdf> [Zugriff am 1.12.2019].

Statistik Austria, 2019, *Statistiken: Menschen und Gesellschaft. Bevölkerung nach Migrationshintergrund*. [online] https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkeru

ng/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/069443.html [Zugriff 1.12.2019].

Trompenaars F. & Hampden-Turner C., 1998, *Riding the waves of culture*, Nicholas Brealey Publishing, London, England.

UNECE, 2015, *United Nations Economic Commission for Europe: Recommendations for the 2020 censuses of population and housing*. [online] http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/2015/ECECES41_EN.pdf [Zugriff am 23.10.2019].

UNO, 2019, *International Migrant Stock 2019*. [online] https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationStock2019_TenKeyFindings.pdf [Zugriff am 1.12.2019].

Vázquez Navarrete M., Núñez R., Vargas Lorenzo I., Alcazo T., 2009, Perceived needs of health personnel in the provision of healthcare to the immigrant population, *Gac Sanit*, 23 (5), pp. 396-402.

Von Bose, A. & Terpstra, J., 2012, *Muslimische Patienten pflegen - Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation*, Springer-Verlag, Heidelberg, pp 3-15.

Vydelingum V., 2006, Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England, *Nursing Inquiry*, 13, pp. 23-32.

Wachtler, C., Brorsson A., Troein, M., 2006, Meeting and treating cultural difference in primary care: A qualitative interview study. *Family practice*. 23. 111-5.

WHO, 2013, *Transforming and scaling up health professionals' education and training*. [online] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93635/9789241506502_eng.pdf;jsessionid=093FEADAA8AF599B61294B4A477ED2F1?sequence=1 [Zugriff am 25.10.2019].
