



Bakkalaureatsarbeit

Transkulturelle Pflege in der Aus-/Fort- und Weiterbildung für Gesundheits- und Krankenpflege

- Ein Vergleich zwischen Österreich und Schweden

**Julia Rudolph
0533407**

Medizinische Universität Graz

Begutachterin: Univ. Prof. Dr. rer. cur. Christa Lohrmann

Institut für Pflegewissenschaft
Billrothgasse 6/I
8010 Graz

Lehrveranstaltung: Internationale Pflegeforschung

Vorgelegt am: 1. Juli 2009

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 1. Juli 2009

Unterschrift Julia Rudolph

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsangabe	4
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
1. Einleitung	6
2. Migration – ein Vergleich zwischen Schweden und Österreich	8
2.1 Bevölkerung Schweden	9
2.2 Bevölkerung Österreich	10
2.3 Alter und Migration	11
3. Kulturspezifische Gesundheits- und Krankheitskonzepte	12
4. Theoretische Ansätze zur Erlangung transkultureller Kompetenz in der Pflege	18
5. Bedeutung der Fort- und Weiterbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege	22
6. Bedeutung der transkulturellen Pflege in der Aus-/Fort- und Weiterbildung des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege	24
6.1 Transkulturelle Pflege in Schweden	24
6.1.1 Das Studium für Gesundheits- und Krankenpflege in Schweden	26
6.1.2 Transkulturelle Inhalte im Studium	27
6.1.3 Fort- und Weiterbildungsangebote in Schweden	29
6.2 Transkulturelle Pflege in Österreich	30
6.2.1 Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in Österreich	31
6.2.2 Transkulturelle Inhalte in der Ausbildung	33
6.2.3 Fort- und Weiterbildungsangebote in Österreich	34
7. Schlussfolgerung	35
8. Literaturverzeichnis	38

Zusammenfassung

Schweden und Österreich gelten als typische Migrationsländer, die sich mit stets neuen Herausforderungen einer multikulturellen Bevölkerung auseinandersetzen müssen.

Dies betrifft auch das Gesundheitswesen, im speziellen die Pflege, in dem es zu Begegnungen vieler Menschen mit Migrationshintergrund kommt. Häufig entstehen daraus Reibungsflächen sowohl von Seiten des Fachpersonals als auch durch KlientInnen.

Aufgrund der Reibungsflächen steigt der Bedarf nach kulturell kongruenter Pflege. Dies bedeutet, dass das Pflegefachpersonal für transkulturelle Pflege sensibilisiert werden muss, um die Pflegequalität für KlientInnen mit Migrationshintergrund zu verbessern.

Die Aneignung transkulturellen Hintergrundwissens sowie Handlungskompetenzen sollten letztlich auch zum Abbau von Stereotypisierungen, Vorurteilen und Unsicherheiten des Pflegepersonals führen.

Diese Bakkalaureatsarbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob transkulturelle Pflege in der Fort-/Aus- und Weiterbildung für Gesundheits- und Krankenpflege eine Rolle spielt. Dabei wird ein Vergleich zwischen dem österreichischen und schwedischen Pflegeausbildungssystem angestrebt.

Zu Beginn der Bakkalaureatsarbeit wird auf die Bevölkerungssituation beider Staaten eingegangen. Anschließend werden kulturspezifische Gesundheits- und Krankheitskonzepte anhand von drei in Schweden durchgeführten Studien vorgestellt. Diese handeln von MigrantInnen aus Finnland, dem Iran sowie Thailand, die einen Einblick über ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit, sowie dessen Erfahrungen im schwedischen Gesundheitswesen geben. Diese Studien dienen unter anderem zur Wissensaneignung für schwedische StudentInnen der Gesundheits- und Krankenpflege.

Das vierte Kapitel handelt von Campinha's Vulcano Modell, dass zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Pflege dient. Dies besteht aus fünf essentiellen Komponenten, auf die näher eingegangen wird.

Der Schwerpunkt der Arbeit bildet das sechste Kapitel, der Vergleich der österreichischen und schwedischen Pflegeausbildungssysteme und dessen transkulturellen Lehrinhalte.

Hierbei werden die theoretischen und praktischen Ausbildungsaspekte beschrieben, dessen transkulturellen Lehrinhalte als auch die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich transkulturelle Pflege.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: MigrantInnen nach Staatsangehörigkeit (01.01.2008)	
(Quelle: Statistik Austria (2008): Demographisches Jahrbuch 2007)	10
Abb. 2: Caminha-Bacote´s Volcano-Modell (2003)	
Eigene Darstellung	22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der im Ausland geborenen EinwohnerInnen in Schweden	
(Quelle: Westin, C 2008)	9
Tabelle 2: Personen über 65 Jahre in Schweden December 2005	
(Quelle: Hovde, B 2006)	11
Tabelle 3: Personen über 65 Jahre in Österreich Januar 08	
(Quelle: Demographisches Jahrbuch 2008)	11
Tabelle 4: Zusammenfassung der Studien	
Eigene Darstellung	17

1. Einleitung

Österreich und Schweden gelten wie andere europäische Staaten als Migrationsländer. Sie werden durch ihre multikulturelle Bevölkerung stets mit neuen Herausforderungen in privaten als auch beruflichen Bereichen konfrontiert. Unter Multikulturalität versteht Domenig (2007, S. 172) „ein gesellschaftliches Konzept, das von einem friedlichen Nebeneinander von verschiedenen Kulturen ausgeht“.

Im Gesundheitsbereich trifft das Pflegefachpersonal zunehmend auf Personen mit Migrationshintergrund, deren Bedürfnisse oder Vorstellungen sehr unterschiedliche Ausmaße annehmen können. Nicht selten kommt es zwischen den einzelnen Parteien zu Verständigungsschwierigkeiten, welche letztlich zu Qualitätsminderungen in der Versorgung führen, als auch zu frustriertem Fachpersonal sowie unzufriedenen ausländischen KlientInnen (Lenthe 2007).

Studien weisen darauf hin, dass die mangelnde Sensibilität für unterschiedliche Lebenslagen und Bedürfnisse von KlientInnen zu Unterschieden in der Qualität der Versorgung führen (Domenig 2007). Diese negativen Unterschiede machen sich in der medizinischen-pflegerischen Versorgung, der ärztlichen Aufklärung und der psychosozialen Bedeutung bemerkbar (Domenig 2007).

Um Misstände in der pflegerischen Versorgung zu beheben, bedarf es an Pflegefachkräften mit transkultureller Kompetenz, die Interaktionsschwierigkeiten erkennen und beheben können, um letztlich allen KlientInnen mit Migrationshintergrund und deren Bedürfnissen gerecht zu werden.

Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen (Domenig 2007, S. 174).

Transkulturelle Kompetenz in der Pflege ist ein Prozess, der dem Pflegepersonal in der Aus-/Fort- und Weiterbildung näher gebracht werden sollte, um zum einen den Pflegealltag zu erleichtern, zum anderen den Bedürfnissen von MigrantInnen gerecht zu werden.

Als Migrantinnen werden Personen bezeichnet, die außerhalb ihres Geburtslandes leben (<<http://www.iom.net>>, 23.03.2009).

Die Zusammenarbeit mit KlientInnen fremder Kulturen führt häufig zu Unsicherheiten, dem Gefühl von Aggression oder Mitleid (Binder-Fritz 2003).

Zu den Unsicherheiten zählen zum einen die kulturell bedingten Unterschiedlichkeiten in den Erwartungshaltungen sowohl innerhalb des Pflegeteams als auch zwischen Pflegepersonen und KlientInnen (Lenthe 2007). Zudem verschlechtern Sprachbarrieren interkulturelle Beziehungen (Lenthe 2007). „Unter Interkulturalität wird die Begegnung zwischen zwei Kulturen verstanden und beleuchtet mögliche Reibungsflächen“ (Domenig 2007, S. 172). Aggressionen und Mitleid entstehen durch „befremdliche“ Verhaltensweisen im Umgang zwischen den Geschlechtern (Binder-Fritz 2003).

Aber auch das Erleben von Krankheit und Beschwerden sowie die Scham-Schwelle sind kulturellbedingt unterschiedlich, welche das Pflegepersonal irritieren können (Lenthe 2007). Die Erfahrungen führen zu Stereotypisierungen und Vorurteilen und prägen die Zusammenarbeit mit pflegebedürftigen MigrantInnen.

An diesem Punkt müssen lehrende Institutionen ansetzen, um das Gesundheitspersonal aufzuklären, zu sensibilisieren und Unsicherheiten auszuräumen. Dies ist eine Möglichkeit transkulturelle Handlungskompetenzen zu erwerben. Transkulturelle Kompetenz ist ein Prozess, der nicht nur durch Aneignung der Theorie verinnerlicht wird. Schlussendlich ist es ein langer Weg, der viel Erfahrung, Motivation und Interesse benötigt, um dieses Wissen in der Praxis umsetzen zu können.

Aus der Frage heraus, inwiefern transkulturelle Aspekte in der Aus-/Fort- und Weiterbildung für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich integriert sind und dem Interesse für die Pflegeausbildung in Schweden, entstand diese Bachelorarbeit.

Die Verfassung dieser Bachelorarbeit wird zum Anlass genommen, folgende Frage zu beantworten: *„Spielt das Thema Transkulturelle Pflege in der Aus-/Fort- und Weiterbildung für Gesundheits- und Krankenpflege grundlegend eine Rolle?“*

Dabei kommt es zu einem Vergleich zwischen dem österreichischen und schwedischen Pflegeausbildungssystem. Hierbei soll ein Einblick gewonnen werden, inwiefern transkulturelle Aspekte in zwei unterschiedlichen Ausbildungssystemen implementiert sind.

2. Migration – ein Vergleich zwischen Schweden und Österreich

2.1 Bevölkerung Schweden

Schweden gilt als das bevölkerungsreichste skandinavische Land, in dem leben rund 9 Millionen Einwohner (Statistics Sweden 2005). Dem Centre for Research in International Migration and Ethnic Relations an der Universität Stockholm zufolge, sind rund 12% der Bewohner im Ausland geboren (Westin 2008). Die folgende Tabelle veranschaulicht, welche Nationen am häufigsten in Schweden vertreten sind. MigrantInnen aus Thailand, China und Nordamerika werden in dieser Tabelle nicht einzeln erläutert, sind jedoch laut Statistics Sweden (2005) auch vertreten.

Tabelle 1: Anzahl der im Ausland geborenen EinwohnerInnen in Schweden, 1960 bis 2004

Herkunftsländer	1960	1970	1980	1990	2000	2004
Skandinavien						
Dänemark	35.112	39.152	43.501	43.931	38.190	41.663
Finnland	101.307	235.453	251.342	217.636	195.447	186.589
Norwegen	37.253	44.681	42.863	52.744	42.464	45.000
Übriges Europa						
Estland	21.000	18.513	15.331	11.971	10.253	9.920
Deutschland	37.580	41.793	38.696	36.558	38.155	40.826
Griechenland	266	11.835	15.153	13.171	10.851	10.794
Poland	6.347	10.851	19.967	35.631	40.123	43.472
Ehemalige Jugoslawien	1.532	33.779	37.982	43.346	131.772	134.940
Flüchtlinge						
Chile	69	181	8.256	27.635	26.842	27.699
Äthiopien	59	346	1.797	10.027	11.907	11.213
Iran	115	411	3.348	40.084	51.101	53.982
Irak	16	108	631	9.818	49.372	70.117
Libanon	15	240	2.170	15.986	20.038	21.106
Somalia	0	68	146	725	13.082	15.294
Turkei	202	3.768	14.357	25.528	31.894	34.965
Andere Länder	58.914	96.406	131.413	205.654	292.307	352.682
Summe	299.879	537.585	626.953	790.445	1.003.798	1.100.262
Gesamtbevölkerung	7.497.967	8.081.229	8.317.937	8.590.630	8.882.792	9.011.392
Anteil im Ausland geborener Menschen	4.0	6.6	7.5	9.2	11.3	12.2

Source: Befolkningsstatistik 2004. Örebro: Statistics Sweden, 2005.

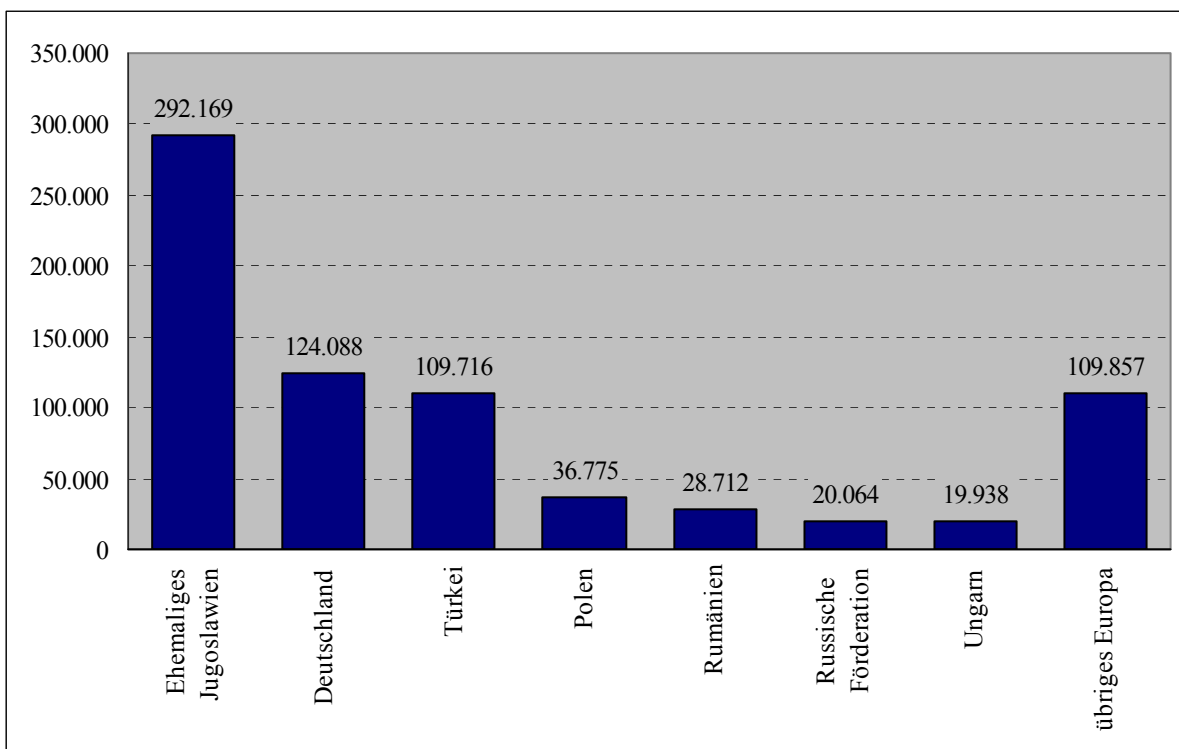
Quelle: Westin C 2008

2.2 Bevölkerung Österreich

In Österreich leben derzeit rund 8,3 Millionen Menschen, wobei rund 10% der BewohnerInnen ausländischer Herkunft sind (Statistik Austria 2008). Wie in Schweden, leben sehr viele MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien in Österreich, was auf politische Ereignisse in den 90er Jahren zurückzuführen ist.

Die Staaten des ehemaligen Jugoslawien werden in der folgenden Grafik zusammengefasst dargestellt. Als größte Gruppe gelten MigrantInnen aus Serbien und Montenegro, folgend von Bosnien und Herzegowina sowie Kroatien und der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedoniens (Demographisches Jahrbuch 2008). Zudem stellen Personen aus Deutschland eine große Migrationsgruppe in Österreich dar. Einen kleinen Anteil nehmen Personen aus China, Indien, Ozeanien, Amerika und Staatenlose ein.

Abb. 1: MigrantInnen nach Staatsangehörigkeit (01.01.2008)



Quelle: Demographisches Jahrbuch 2008, S. 22

2.3 Alter und Migration

Die Anzahl von MigrantInnen über 65 Jahre steigt in Schweden und Österreich jährlich an. In Schweden nimmt die ältere MigrantInnengeneration einen beachtlichen Anteil von rund 11% an der Gesamtbevölkerung über 65-Jähriger ein (Hovde 2006, S. 8). Österreich weist im direkten Vergleich einen Anteil von nur rund 3,5% der über 65-jährigen MigrantInnen auf (Demographisches Jahrbuch 2008, S. 356).

Besonders im Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, dass pflegerische Maßnahmen erforderlich werden. Aufgrund der steigenden Anzahl von pflegebedürftigen MigrantInnen nehmen auch die Anforderungen an das pflegerische Personal zu, die sich verstärkt mit einer multikulturellen Pflege auseinandersetzen müssen.

Tabelle 2: Personen über 65 Jahre in Schweden December 2005
(Statistics Sweden 2006)

Personen 65+	1.565.377
MigrantInnen 65+	170.804
Nicht-nordische MigrantInnen 65+	90.372
Nordische MigrantInnen 65+	80.432

Quelle: Hovde, B 2006, S. 8

Tabelle 3: Personen über 65 Jahre in Österreich Januar 08

Personen 65+	1.379.727
MigrantInnen 65+	47.898

Quelle: Demographisches Jahrbuch 2008, S. 356

Obwohl die geographischen Lagen von Schweden und Österreich sehr unterschiedlich sind, weisen beide Länder einen hohen Anteil an MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien auf. Auffallend ist die hohe Anzahl von Migrationsgruppen aus den unmittelbaren Nachbarländern.

3. Kulturspezifische Gesundheits- und Krankheitskonzepte

Gesundheits- und Krankheitskonzepte dienen als „Bausteine“ für theoretische Modelle und Theorien (Domenig 2007). Heutzutage leben wir in einer multikulturellen Gesellschaft, in denen viele solcher Konzepte bestehen. Diese entstehen aufgrund verschiedener ethnischer Gruppen, die eigene Normen, Werte, Traditionen und Verhaltensweisen aufzeigen.

Aus diesem Grund ist es für Pflegekräfte oft nicht einfach, die verschiedenen Lebenswelten zu verstehen und im Pflegeprozess darauf einzugehen.

Gerrish (zit. nach Heikkilä 2000) beschreibt die Situation von Pflegepersonen folgendermaßen: „When caring for people from different ethnic groups, nurses often feel that they lack possibilities in providing holistic care and feel that they are unable to develop therapeutic relationships with their patients.“

Umso wichtiger ist es, dass Pflegekräfte über spezifische Kenntnisse verfügen, die sie befähigen, das Krankheits- und Gesundheitsverhalten von MigrantInnen in die Pflege miteinzubinden.

Es gibt einige schwedische Studien über verschiedene MigrantInnengruppen und deren Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie deren Erfahrungen im Gesundheitssystem. Diese Studien werden auch für die StudentInnen der Gesundheits- und Krankenpflege zur Wissensaneignung herangezogen. Schwedische ForscherInnen fordern weitere Studien über ethnische Gruppen, da sie der Meinung sind, dass die Erkenntnisse in der Pflege sowie für die Pflegekräfte sehr hilfreich sind (Heikkilä & Ekman 2000).

Anbei werden drei Studien kurz vorgestellt, die sich mit unterschiedlichen Kulturen auseinandersetzen. Diese handeln von finnischen, iranischen und thailändischen MigrantInnen in Schweden und sollen die Aktualität der Thematik verdeutlichen.

Zu Beginn wird die Studie über ältere finnische MigrantInnen in Schweden, auch Schweden-Finnen genannt, vorgestellt. Ziel der Studie war, zu klären, welche Erfahrungen in Stockholm lebenden ältere finnische MigrantInnen in der Pflege gemacht haben und inwiefern ethnische Hintergründe diese Erfahrungen und Ansichten beeinflussen.

Dabei wurden 39 Interviews mit finnischen MigrantInnen durchgeführt, die älter als 75 Jahre alt waren, selbstständig lebten, dessen Geburtsort in Finnland war und die Muttersprache Finnisch ist (Heikkilä & Ekman 2000).

Heikkilä & Ekman (2000) fanden heraus, dass einsprachige schwedische Pflegefachkräfte Schwierigkeiten haben, mit älteren Menschen finnischer Herkunft in der Langzeitpflege richtig umzugehen. Für bilinguale (Schweden-Finnen) Pflegekräfte dagegen ist es durchaus möglich eine Pflegebeziehung mit denselben Personen aufzubauen.

Emanie & Ekman (zit. nach Heikkilä & Ekman 2002, S. 281) sind der Meinung „nurses need to increase their awareness concerning the elderly ethnic patients'culturally based expectations if they want to be able to provide good care for their patients”.

Aufgrund der hohen Anzahl finnischer MigrantInnen in Schweden wurden in den letzten Jahren einige Einrichtungen speziell für ältere MigrantInnen aufgebaut.

Ältere finnische MigrantInnen, wurden unter anderem über ihre Erfahrungen im Gesundheitssystem befragt. Dabei wurde ersichtlich, dass der Aufbau einer Pflegebeziehung mit finnischen Pflegekräften einfacher ist, als mit den schwedischen. Diese Erkenntnis begründet sich auf eine stärkere emotionale Verbundenheit zwischen Pflegefachkräften und KlientInnen, die die gleiche kulturelle Herkunft aufweisen. Zudem gehen viele MigrantInnen von einem qualitativ höherwertigeren Pflegestandard in Finnland aus. Hinzuzufügen ist hierbei der Mangel an praktischen Erfahrungen im finnischen Gesundheitssystem seitens der MigrantInnen, da sie teilweise seit über 30 Jahren nicht mehr in ihrem Geburtsland lebten. Daher entstand diese Aussage viel mehr aufgrund des nationalen Stolzes, als auf Tatsachen basierend (Heikkilä & Ekman 2000).

Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens der Schweden-Finnen schätzen diese sich gesundheitlich relativ gut ein. Sie suchen regelmäßig die Einrichtungen des Gesundheitssystems auf und sind an Pflege Themen sehr interessiert (Heikkilä & Ekman 2000).

Heikkilä & Ekman (2000) bemängeln das Fehlen von Studien über typisch schwedische Einstellungen bezüglich des Gesundheitsverhaltens und der Pflege. Aus diesem Grund ist es nur schwer nachweisbar, ob es in der Pflege signifikante kulturelle Unterschiede zwischen den Schweden-Finnen und den Schweden gibt. Der Glaube an kulturelle Verschiedenheiten in der Pflege führt unterdessen seitens der Schweden-Finnen zur der Annahme, dass die finnischen Pflegestandards besser als die der Schweden sind (Heikkilä & Ekman 2000).

Die Studie verdeutlicht, dass auch minimale kulturelle Unterschiede zwischen dem Gesundheitspersonal und den KlientInnen die Pflege und Betreuung negativ beeinflussen

können. Eine vertrauensbasierte Beziehung zu Schweden-Finnen aufzubauen ist durch sensitiven und respektvollen Verhalten jedoch möglich (Heikkilä & Ekman 2000).

Eine weitere große Gruppe von MigrantInnen stellen ältere IranerInnen dar.

Ziel der Studie war ein soziokulturelles Modell für iranische MigrantInnen mittleren bis höheren Alters (55–80 Jahre) zu entwickeln. Mittels Interviews erforschten Emami, Benner & Ekman (2001) die Bedeutung von Gesundheit, Krankheit aus der Sichtweise von 15 iranischen MigrantInnen, die Mitglieder in einem Tageszentrum für iranische SeniorInnen in Stockholm waren (Emami, Benner & Ekman 2001).

Das Kranksein gehört für sie zum Altern dazu, genauso wie ihnen im Alter mehr Respekt und eine höhere Anerkennung im Alter zukommt. Für die jungen Menschen ist es nach iranischer Tradition eine Ehre, alte Menschen pflegen zu dürfen.

Westliche Werte wie Autonomie und Unabhängigkeit stellt für Iraner eine Entehrung dar und macht sie verletzlich. Manche von ihnen sind der Meinung, der westliche Lebensstil könne eine Ursache für Krankheiten darstellen (Emami, Benner & Ekman 2001). Andererseits nehmen auch iranische Nachkommen in Schweden westliche Eigenschaften an, was zu einem Verlust von gemeinsamen iranischen Traditionen und Werten führt. Dies kann für ältere iranische MigrantInnen einen Verlust der engen familiären Beziehung bedeuten, welcher letztlich zur Verunsicherung, Vereinsamung und zu Erkrankungen führt (Heikkilä & Ekman 2000).

Unter anderem spielt die Spiritualität im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit eine bedeutende Rolle. Demnach verlassen sie sich auf Gottes Willen, der ihre Gedanken, ihren Glauben über das Leben sowie die Bedeutung von Krankheit und Gesundheit inspiriert. Die Vision in Harmonie zu leben unterscheidet sich deutlich von der westlichen Idee einen stets unter Kontrolle stehenden Lebensstil zu führen (Heikkilä & Ekman 2000).

Die Teilnehmer der Studie berichten, dass Krankheiten in einer Mischung von biomedizinischen Behandlungen als auch von traditionellen Methoden wie Diäten oder speziellen Verhaltensweisen behandelt werden (Emami, Benner & Ekman 2001).

Einerseits sind iranische MigrantInnen mit dem schwedischen Gesundheitssystem zufrieden, da sie wesentlich gesünder altern als es im Heimatland möglich wäre, andererseits bemängeln sie die Art und Weise, wie Ärzte mit KlientInnen umgehen (Emami, Benner & Ekman 2001).

Sie beurteilen die Ärzte für wenig autoritär und bemängeln die Art der Interaktion mit dem/der Klienten/Klientin. Es fehlt ihnen sprachlich bedingt eine empathische Beziehung, die dazu veranlasst, dem/der Arzt/Ärztin zu vertrauen. Des Weiteren würden die Ärzte in Schweden die Befunde und Vorgeschichten nicht genügend beachten und verlassen die Praxis ohne eine adäquate Behandlung (Emami, Benner & Ekman 2001).

Es stellte sich heraus, dass iranische MigrantInnen auch offen für neue Gestaltungsmöglichkeiten im Alltag sind, in dem sie zum Beispiel Tageszentren besuchen, wo sie sich mit anderen IranerInnen treffen und sich wohl fühlen können (Emami, Benner & Ekman 2001).

Sowohl für das Pflegepersonal als auch für MedizinerInnen ist es wichtig, auf Glaubensrichtungen, Strategien und Gesundheitspraktiken ausländischer KlientInnen näher einzugehen, um einen besseren Dialog zwischen beiden Parteien zu ermöglichen (Emami, Benner & Ekman 2001).

Eine weitere Studie wurde von Lundberg (2000) über thailändische MigrantInnen in Uppsala durchgeführt. Ziel der Studie war die Bedeutung kultureller Pflege von thailändischen MigrantInnen zu erforschen und zu beschreiben.

Unter Pflege verstehen sie die gegenseitige Unterstützung innerhalb der Familie mit Respekt und Dankbarkeit. Dabei kommt der physischen und mentalen Unterstützung der alternden Eltern ein hoher Stellenwert zu. Diese Art von respektvollem Verhalten bedeutet die stärkste Bindung zwischen den Kindern und ihren Eltern. Die ProbandInnen bemängeln, dass in Schweden diese starke Verbindung verloren geht und viele ältere ThailänderInnen für sich selbst Sorge zu tragen haben.

Die meisten Interviewten sind der Meinung, dass „Care means that we take care of each other with love, understanding and responsibility even though we do not have the same nationality or language“ (Lundberg 2000, S. 277). Die Familie wird sowohl in Krankheitsphasen als auch in gesunden und glücklichen Phasen unterstützt. Wenn ein Familienmitglied sich im Krankenhaus aufhält, so ist dieser den ganzen Tag und auch nachts von Freunden und der Familie umgeben. Diese Verbundenheit fehlt den ThailänderInnen in Schweden (Lundberg 2000). Einerseits lebt die Familie in Thailand, andererseits sind Besuche in Schweden nur zu bestimmten Zeiten gestattet oder ein derartiger Familienansturm ist nicht erwünscht.

Der Glaube an Buddha spielt im Leben der ThailänderInnen ebenfalls eine wichtige Rolle. Wird ein Familienmitglied krank, so beten sie für ihn und wünschen ihm gute Genesung. Letztlich orientieren sich die MigrantInnen auch an traditionellen Pflegepraktiken. Befindet sich ein Familienmitglied im Krankenhaus, so kochen sie für ihn/sie und all seine/ihre BesucherInnen nach traditioneller Küche (Lundberg 2000).

ThailänderInnen sind der Meinung, dass homöopathische Heilmittel in Form von Aromen und Gewürzen die Gesundheit des Erkrankten fördern. Dennoch wird auch die moderne Medizin akzeptiert und angewandt. In Schweden bemängeln sie die unklaren Informationen, die sie durch den Arzt erhalten, wie auch das Nichtverschreiben von Rezepten für Medikamente und verwenden am Ende ihre traditionellen Rezepte. Moderne Medikamente sind ihnen zu chemisch und führen ihrer Meinung nach zu mehr Nebenwirkungen als homöopathische Heilmittel (Lundberg 2000).

Die Miteinbeziehung von Familienangehörigen thailändischer MigrantInnen, deren religiöse Handlungen sowie traditionelle Heilmethoden, stellt daher einen wichtigen Schritt für Pflegefachkräfte dar, um eine möglichst positive Pflegebeziehung aufbauen zu können (Lundberg 2000).

Anhand der Beispiele wird erkennbar, dass MigrantInnen im Gesundheitssystem positive als auch negative Erfahrungen machen. In den Studien werden sehr häufig Probleme bei der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung geschildert.

Hierbei werden Sprachbarrieren und der Informationsmangel im Zugang zum Gesundheitswesen als größtes Hindernis genannt. Dazu kommen noch fehlende DolmetscherInnen als auch muttersprachliche PsychotherapeutInnen (National Report 2003). Kulturell bedingte Zugangsbarrieren und bereits schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen in der neuen Heimat spielen ebenfalls eine bedeutende Rolle.

Der National Report (2003) zeigt einen Mangel an Fachkräften mit Migrationshintergrund in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Beratungsstellen.

In der folgenden Tabelle werden die drei Studien mit den wichtigsten Inhalten dargestellt.

Tabelle 4: Zusammenfassung der Studien

Studie:	Forschungsfrage/Ziel:	ProbantInnen:	Methode:	Ergebnis:
Health Care Experiences and Beliefs of Elderly Finnish Immigrants in Sweden (Heikkilä & Ekman 2000)	-Beschreibung von Erfahrungen von älteren finnischen MigrantInnen in Stockholm im Gesundheitswesen. -Inwiefern spielen bei der Beurteilung des Gesundheitswesens ethnische Hintergründe eine Rolle?	-39 Schweden-Finnen -Alter: 75-89 Jahre -Geburtsland Finnland -Muttersprache Finnisch -Wohnort in Stockholm/Schweden seit 19-69 Jahren -im eigenen Haus/Wohnung lebend	-Qualitative Studie -Systematische Stichprobe -1-3h andauernde Interviews bei ProbantInnen zu Hause -offene Fragen -Hermeneutische Analyse	+freundliches Personal +zufriedenstellende Pflege im Klinikum +Zugang zum Gesundheitswesen -fehlende Empathie zu schwedischen Pflegenden im Pflegewohnheim -finnische Pflegekräfte arbeiten professioneller
A Sociocultural Health Model for Late-in-Life Immigrants (Emami, Benner & Ekman 2001)	Entwicklung eines soziokulturellen Gesundheitsmodells für iranische "late-in-life" MigrantInnen in Schweden.	-15 iranische Migrantinnen; -Alter 55-80 Jahre -Mitglied eines Tageszentrums für iranische SeniorInnen in Stockholm.	-Qualitative Studie -Interviews, offene Fragen mit Fokus: Gesundheits-Krankheitsverständnis/ Prävention -Interpretativ-phenomänologische Analyse	Signifikante Unterschiede zwischen dem westlichen und iranischen Gesundheits-/Krankheitsverständnis sowie dessen Lebensstil
Cultural Care of Thai Immigrants in Uppsala: A Study of Transcultural Nursing in Sweden (Lundberg 2008)	Exploration/Beschreibung über die Bedeutung/Darstellung kultureller Pflege von thailändischen MigrantInnen in Schweden.	-15 HauptinformantInnen -Alter: 26-47 Jahre -24 weitere InformantInnen für allgemeine Auskünfte -Alter: 23-53 Jahre -2-23 Jahre sesshaft in Schweden -Geburtsland Thailand	-Ethnographische Methode -HauptinformantInnen: zwei, auf thailändisch geführten Interviews mit teilstrukturierten/offenen Fragen; -Leininger's Observations-Participation-Reflection -Analyse nach Leininger's 4-Phasen-Methode	Pflege bedeutet: -Unterstützung durch Familie/Freunde -buddhistischer Glaube -Anwendung traditioneller Pflegepraktiken -Heilung durch Homöopathie

4. Theoretische Ansätze zur Erlangung transkultureller Kompetenz in der Pflege

Die Mälardalen University beschäftigt sich mit einigen klassischen Modellen um transkulturelle Kompetenz zu erlangen. Neben den typischen Pflegetheoretikerinnen, die sich mit transkultureller Pflege beschäftigen, wie zum Beispiel Leininger (2002), Papadopoulos (2001) oder Purnell (2003), ist zum Beispiel das Vulcano-Modell von Campinha-Bacote näher zu betrachten.

Campinha-Bacote's Buch (2003) beschreibt auf sehr einfache und verständliche Art den Lernprozess von kultursensiblen Handlungskompetenzen. So ist es auch dem Pflegefachpersonal, dessen Muttersprache nicht die Englische ist, ein Leichtes, sich mit ihrem Modell intensiv auseinander zu setzen. Zudem erwähnt Campinha-Bacote auch die Schattenseiten, die in einem multikulturellen Gesundheitsversorgungssystem auftreten, wie zum Beispiel Diskriminierung von ethnischen Minderheiten in der Gesundheitsversorgung und Rassismus in der Pflege. Aus diesem Grund ist es wichtig, diese Missverhältnisse und Fehlinterpretationen möglichst zu minimieren. Dies geschieht primär durch Aufklärung des Pflegepersonals über ethnische Minderheiten, sowie deren Motivation, sich schrittweise am transkulturellen Lernprozess zu beteiligen.

Das Volcano-Modell von Campinha-Bacote

Campinha-Bacote (2003, S.6) definiert kulturelle Kompetenz „as the process in which the healthcare provider continuously strives to achieve the ability to effectively work within the cultural context of a client, individual, family, or community“.

Dieses Modell soll den Prozess zur Entwicklung transkultureller Kompetenz darstellen, nicht aber, um transkulturell kompetent zu sein.

Es besteht aus fünf essentiellen Komponenten, die diesen Entwicklungsgang veranschaulichen (Campinha-Bacote 2003):

- Cultural desire: Kultureller Wunsch/kulturelles Bedürfnis/Verlangen
- Cultural awareness: Kulturelles Bewusstsein
- Cultural knowledge: Kulturelles Wissen
- Cultural skill: Kulturelle Fähigkeit
- Cultural encounters: Kulturelle Begegnungen

Cultural desire

„Cultural desire is the motivation of the nurse to „want to“ engage in the process of cultural competence – not the “have to” (Campinha-Bacote 2003, S. 60).

Demnach müssen Pflegekräfte den innerlichen Wunsch und die Eigenmotivation besitzen, Klienten unterschiedlicher Herkunft offen zu begegnen, sowie mit Herz und Verstand zu pflegen. Erst dann ist es möglich, sich auf den Prozess zur kulturellen Kompetenz einzulassen und sich dabei weiter zu entwickeln.

„The challenge to the nurse is not to offer comments that are politically correct (words from the mouth), but to offer comments that reflect true caring (words from the heart)“ (Campinha-Bacote 2003, S. 60).

Cultural awareness

“Cultural awareness is the process through which the nurse becomes respectful, appreciative, and sensitive to the values, beliefs, lifeways, practices and problem-solving strategies of a client’s culture” (Campinha-Bacote 2003, S. 55).

Dieser Prozess beinhaltet die Selbstreflexion über eigene Vorurteile und Annahmen von anderen Kulturen, die durch unsere Umgebung und Erziehung mit auf dem Weg genommen wurden. Um fremde Kulturen besser zu verstehen, ist es sinnvoll, sich mit seiner eigenen Lebenswelt zu befassen, zu hinterfragen und Selbstverständliches bewusst zu machen.

Cultural knowledge

„Cultural knowledge is the process of seeking and obtaining an information base on different cultural and ethnic groups, as well as understanding the groups’ worldviews, which will explain how member of a group interpret their illness and how being a member guides their thinking, doing, and being” (Campinha-Bacote & Munoz, zit. nach Flowers 2004, S. 50).

Campinha-Bacote, Purnell und Paulanka bestimmten im Jahre 1998 vier Level innerhalb des Prozesses kulturelles Hintergrundwissen zu erreichen.

a) Unconscious incompetence

„Unconscious incompetence is identified as an individual being unaware that he or she lacks cultural knowledge“ (Campinha-Bacote 2003, S. 56).

Dies bedeutet, dass Pflegekräfte keine kulturellen Unterschiede zwischen sich selbst und ihren Patienten erkennen.

b) Conscious incompetence

„Conscious incompetence is the awareness that one lacks knowledge about another culture“ (Campinha-Bacote 2003, S. 57).

In diesem Level ist den Pflegekräften durchaus bewusst, dass die Kultur der Patienten eine wichtige Rolle bei der Genesung spielt, allerdings sind sie nicht fähig, ihr angeeignetes Wissen effektiv und sinnvoll einzusetzen.

c) Conscious competence

„Conscious competence is the intentional act of learning about a patient’s culture, verifying generalizations, and providing culturally responsive nursing intervention“ (Campinha-Bacote 2003, S. 57).

Mit ihrem bereits erworbenen Hintergrundwissen versuchen Pflegekräfte sich gegenüber Patienten anderer Kulturen politisch möglichst korrekt zu verhalten. Dieses Level ist geprägt durch Unwohlsein und Ängsten vor falschem Handlungen.

d) Unconscious competence

„Unconscious competence is the ability to automatically provide culturally congruent care to patients from diverse cultural backgrounds“ (Campinha-Bacote 2003, S 57).

Die verinnerlichte Fähigkeit ganz natürlich und ungezwungen mit Patienten aus verschiedenen Kulturen umzugehen, besitzen nur die wenigsten Pflegekräfte beziehungsweise es ist ein langer Weg dieses Stadium zu erreichen.

Cultural skill

„Cultural skill is the ability to collect relevant cultural data about the client’s health history and health problem, as well as to accurately perform a culturally-specific physical assesment“ (Campinha-Bacote 2003, S. 58).

In der Literatur bestehen unterschiedliche Assessmentinstrumente, um PatienInnen nach ihren kulturellen Hintergründen und Bedürfnissen zu fragen. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollten Pflegekräfte sich grundsätzlich über folgende Gesichtspunkte informieren: Verständnis von Krankheit und Gesundheit; welche Behandlungen erwartet werden und in welcher Art und Weise; Ängste; Erwartungen gegenüber/von Familienmitglieder/n und Miteinbezug der Familie während des Behandlungsprozesses.

Pflegekräfte sollten bei der Befragung des Klienten mit Interesse und ohne Beurteilung der Aussagen zuhören.

Cultural encounters

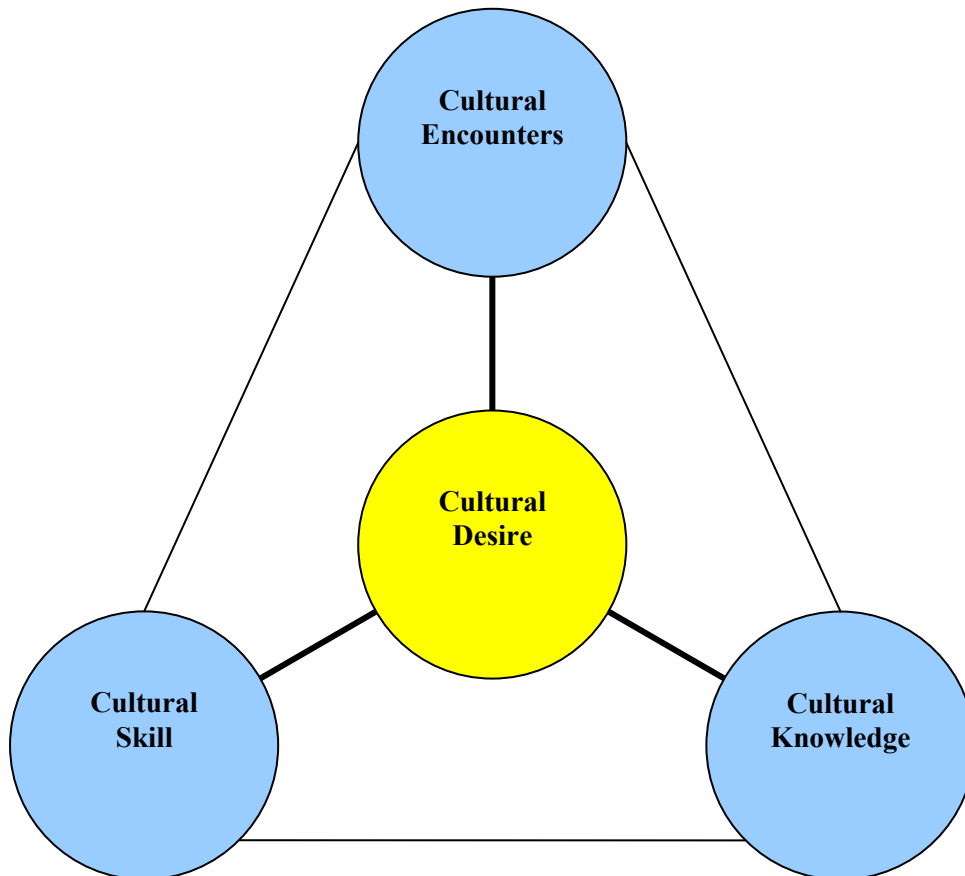
„Cultural encounter is the process that encourages nurses to engage directly in cross-cultural interactions with clients from culturally diverse backgrounds“ (Campinha-Bacote 2003, S. 58).

Begegnungen mit Klienten unterschiedlicher Kulturen ermöglichen Fachpersonen einen guten Einblick in dessen Lebens- und Denkweise. Tatsache ist, dass dem theoretischen Hintergrundwissen die praktische Umsetzung folgt, die sich nicht so einfach realisieren lässt und unangenehm sein kann. Innerhalb vieler Kulturen bestehen weitere sehr unterschiedliche, individuelle Lebenswelten, die sich mit den Stereotypisierungen von MigrantInnen häufig nicht identifizieren lassen. Hierbei sind Fachpersonen aufgefordert, offene Interaktionen mit MigrantInnengruppen zu ermöglichen, um Missverständnisse zu vermeiden. Ebenfalls spielt die nonverbale Kommunikation eine entscheidende Rolle, ob von beiden Seiten Empathie füreinander entwickelt werden kann und letztendlich die Rehabilitation begünstigt oder nicht.

Campinha-Bacote's Modell lässt sich nicht nur auf Pflege von MigrantInnengruppen umsetzen, da sich einige Aspekte ebenfalls auf Nicht-MigrantInnen beziehen und eher universell gelten. Desgleichen bestehen auch in der eigenen Kultur enorme Unterschiede, die zu erfragen und hinterfragen sind, um im Pflegealltag Unklarheiten zu vermeiden.

Die folgende Grafik stellt noch einmal das Zusammenwirken der bereits beschriebenen Komponenten im transkulturellen Lernprozess dar. Primär entwickelt sich dieser Prozess aus der Eigenmotivation und dem Wunsch heraus, sich mit kultursensibler Pflege auseinanderzusetzen. „Cultural Desire“ ist somit die Ausgangsbasis des Volcano-Modells. Folglich interagieren alle Komponenten miteinander, welche den Lernprozess von transkulturellen Denken und Handeln fördert.

Abb. 2: Caminha-Bacote's Volcano-Modell (2003)



Quelle: eigene Darstellung

5. Bedeutung der Fort- und Weiterbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege

Fort- und Weiterbildungen in der österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege sind durch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) gesetzlich vorgegeben (Weiss-Fassbinder 2006). Aufgrund technischer, ökonomischer und gesellschaftlicher Veränderungen bedarf einer ständigen Anpassung und Erweiterung der Handlungskompetenzen des Einzelnen.

Weiterbildung umfasst primär beruflich orientierte Fortbildungen und Umschulungen, als auch die Erweiterung der persönlichen Allgemeinbildung (Eregger 2006).

Fortbildungen sind für Angehörige des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich gesetzlich auf mindestens 40 Stunden innerhalb von fünf Jahren vorgegeben (GuKG 2006, §63). Diese dienen zur Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten (GuKG 2006, §63).

Weiterbildung dagegen beruht auf freiwilliger Basis, bewirkt eine Erweiterung des Wissens und muss mindestens vier Wochen umfassen (GuKG 2006, §64).

In Bezug auf transkulturelle Pflege sind Fort- und Weiterbildungen besonders erforderlich. Berufsbedingte Weiterbildung verbessert einerseits die Arbeitsbedingungen für Pflegefachkräfte, andererseits soll eine kulturangepasste Versorgung für MigrantInnen gewährleistet werden (Menzel 1997).

Der demografische Wandel, die steigende Anzahl an MigrantInnen in der Pflege, sowie immer mehr ausländische Pflegekräfte erfordern transkulturelles Denken und Handeln.

Um MigrantInnen situationsgerecht zu pflegen, sowie Missverständnisse durch schlechte Kommunikation zu vermeiden, müssen sich Pflegekräfte die dafür notwendigen Voraussetzungen aneignen (Domenig 2001). Pflegekräfte arbeiten oft nach dem „Schubladenprinzip“, in dem davon ausgegangen wird, dass zum Beispiel alle MigrantInnen moslemischer Abstammung die gleichen Angewohnheiten und Traditionen haben und somit einheitlich gepflegt werden sollten. Dabei haben Moslems sehr unterschiedliche Sichtweisen und Bedürfnisse.

Lenthe (2007) beschreibt zwei Dominanten, die interkulturelle Beziehungen in der Pflege beeinflussen. Zum einen müssen sowohl Pflegekräfte als auch KlientInnen aus unterschiedlichen Kulturen kooperativ miteinander arbeiten und aufeinander zu gehen können. Andererseits ist die Pflege der KlientInnen von der eigenen Kultur geprägt, so dass die wechselseitigen Erwartungen sehr unterschiedlich ausfallen können und es zu Missverständnissen kommt (Lenthe 2007).

Pflegekräfte können sich durchaus kulturelle Handlungskompetenzen aneignen. Dazu müssen sie bereit sein sich mit fremden Krankheits- und Gesundheitskonzepten auseinanderzusetzen, ihre eigene Kultur zu reflektieren, Empathie für KlientInnen unterschiedlicher Herkunft zeigen und in besonderen Situationen individuell vorgehen.

Um kulturell kompetent zu arbeiten bedarf es an Erfahrung, viel Hintergrundwissen und Methodenkompetenz, die sich nicht innerhalb einer Fort- und Weiterbildung erlernen lassen.

Jedoch können Fort- und Weiterbildungen helfen, das Bewusstsein für die Vielfalt von Kulturen zu entfalten und Hilfestellungen für den Pflegealltag zu geben.

„Transkulturelle Kompetenz ist somit kein abgeschlossenes, sondern ein offenes Konzept. Denn alle Kulturen unterliegen einem ständigen Wandel (...)“ (Lenthe 2007, S. 76).

6. Bedeutung der transkulturellen Pflege in der Aus-/Fort- und Weiterbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

6.1 Transkulturelle Pflege in Schweden

Die Internationalisierung der schwedischen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ist seit den 70er Jahren ein bildungspolitisches Thema. Diese sollte grundsätzlich dazu dienen, dass die Einhaltung und Sicherung der Menschenrechte zu Frieden und Harmonie auf der Welt gewährleistet werden (Adatia-Sandstrom 1998). Demnach sollten alle Mitglieder der United Nations (UN) eine gemeinsame internationale Politik führen. Dafür wurde eine Zusammenarbeit auf politischen, sozialen, ökonomischen Ebenen als auch in Bereichen der Bildung und Kultur vereinbart (Adatia-Sandstrom 1998). Diese Vereinbarung hatte letztlich auch Auswirkungen auf die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in Schweden.

Allerdings führte die Implementierung kultureller Aspekte in die Pflegeausbildung von Seiten der Lehrkräfte als auch von StudentInnen zur Verwirrung, da sie deren Stellenwert im Curriculum nicht einordnen konnten. Somit hing das Einbeziehen des Themas von den Interessen und Fähigkeiten des Lehrers ab, das heißt, manche unterrichteten über kulturelle Aspekte, andere ignorierten diese vollständig (Adatia-Sandstrom 1998).

Zur selben Zeit stieg die Anzahl von MigrantInnen im Gesundheitssystem permanent, was zu einem Anstieg multikultureller Begegnungen führte. Die Regierung nahm den Verlauf zur Kenntnis und schlussfolgerte daraus, dass es für Pflegekräfte unabdingbar ist, die Fähigkeit der kulturell kompetenten Kommunikation zu betreiben (Adatia-Sandstrom 1998).

In den 80er Jahren wurde das Gesundheitssystem reformiert, die Krankenpflegeausbildung wurde akademisiert und internationalisiert. Folglich sollten Themen wie interkulturelle Kommunikation zur Verringerung von Konflikten, ethische Urteilsfindung, Selbstreflexion, Kooperation und Zusammenarbeit über nationale und internationale Grenzen hinweg sowie transkulturelle Pflege gelehrt werden (Adatia-Sandstrom 1998).

Im Jahr 2005 erklärte das National Board of Health and Welfare in Bezug auf die Pflegestandards, dass „nurses shall be competent to meet patients’ physical, psychological, social, cultural and religious needs“ (National Board of Health and Welfare 2005, in: Jirwe 2008, S. 10). Darüber hinaus veröffentlichte das Stockholmer County Council “a value framework for health and medical care which emphasizes that care shall take into consideration the patients’ physical, psychological, social and existential needs” (County Council Assembly 2002, in: Jirwe 2008, S. 10).

Dabei wird die Notwendigkeit von kultureller Sensibilität in der Pflege aller KlientInnen hervorgehoben. Allerdings werden keine speziellen Erklärungen oder Richtlinien vorgegeben, inwiefern kulturelle Aspekte berücksichtigt werden müssen (County Assembly 2002, in: Jirwe 2008).

Jirwe (2008), die selbst Kurse über kulturelle Aspekte in der Pflege unterrichtet, macht die Erfahrung, dass PflegeschülerInnen immer auf der Suche nach Informationen über MigrantInnen sind, in der Hoffnung, ein einfaches Kochbuch mit Richtlinien zu finden, das ihnen vorgibt, was zu tun ist, wenn sie KlientInnen verschiedener Kulturen pflegen müssen. Sie stellt sich die Frage, warum SchülerInnen diese Erwartungen nur bei MigrantInnen haben, nicht aber bei schwedischen KlientInnen.

Für sie bedeutet: „Cultural competence is not about immigrants, it is about the ability to care for patients, and take their cultural background into consideration in the context of nursing care” (Jirwe 2008, S. 5).

Kulturelle Kompetenz ist nach Jirwe (2008) noch ein relativ neuer Lehrbereich für PflegepädagogInnen. Demnach ist das Wissen und Verständnis darüber noch zu gering.

Der Bedarf an Pflegekräften und PflegepädagogInnen, die kultursensible Fähigkeiten und Wissen vorweisen können, ist gestiegen. Inzwischen gibt es auch von schwedischen Universitäten Studien über kulturelle Kompetenz, sowie Gesundheits- und Krankheitskonzepte von größeren MigrantInnengruppen. Das Interesse an und über kulturelle Kompetenz ist immer noch zu gering (Jirwe 2008).

Koskinen&Tossavainen (2004) sind zudem der Meinung, dass der Dialog zwischen den Lehrern der am Austausch teilnehmenden Schulen verbessert werden muss. Damit soll gewährleistet werden, dass LehrerInnen nicht nur die OrganisatorInnen eines Austausches sind. Viel wichtiger ist es, sich den kulturell bedingten Problematiken der AustauschstudentInnen zu widmen und entsprechend handeln zu können. Somit ist es möglich den StudentInnen die Bedeutsamkeit interkultureller Erfahrungen näher zu bringen und die

Entscheidung für einen Auslandsaufenthalt zu erleichtern. Aus diesem Grund fordern Koskinen & Tossavainen (2004) mehr Engagement von Seiten der Institutionen, indem internationale Projekte mehr gefördert werden und die Thematik einen höheren Stellenwert im Studium einnimmt.

6.1.1 Das Studium der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in Schweden

Das Studium der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt in Schweden im tertiären System, das bedeutet an den Universitäten und Fachhochschulen. Die theoretische und praktische Ausbildung erfolgt, wie in Österreich auch, in Blockeinheiten (Mälardalen University 2009). Das Studium dauert drei Jahre, wobei die Hälfte der 180 ECTS Credits beziehungsweise 120 Credits im praktischen Bereich erfolgt, der theoretische Teil an den Lehrinstitutionen. Das Studium ist im Rahmen eines Fernstudiums via Internet ebenfalls möglich, wie zum Beispiel an der Mälardalen University oder am Karolinska Institutet.

Eine 40 Stunden Woche ergibt 1.5 Credits, ein Semester von 20 Wochen beinhaltet 800 Stunden beziehungsweise 30 Credits (Burell, M 2009, pers. Kommunikation, 13. Januar). Insgesamt umfasst das Studium 4800 Stunden.

In Schweden absolvieren StudentInnen der Pflegewissenschaft nach jedem Kurs und jedem Praktikum eine Prüfung, die entweder mündlich, schriftlich oder praktisch verläuft.

Am Ende des Studiums muss eine Bachelorarbeit verfasst werden, um den akademischen Grad für „Bachelor of Science in Nursing (Sjuksköterskeexamen)“ zu erhalten (Higher Education Ordinance SFS 1993:100, revised 2006:1053). Außerdem können sie sich beim Swedish National Board of Health and Welfare um eine Registrierung zur/zum Krankenschwester/-pfleger bewerben.

Die theoretische Ausbildung beinhaltet zum einen Unterrichtsfächer, die vom National Board of Health and Welfare und der Swedish National Agency of Higher Education vorgegeben werden. Diese überprüfen die Einhaltung der Ausbildungsziele und Standards (Lindahl, Dagborn & Nilsson 2009).

Ein sehr kleiner Teil besteht aus Wahlfächern, die an der eigenen oder frei wählbaren in- oder ausländischen Universität/Fachhochschule absolviert werden können. Zudem steht es den

Universitäten und Fachhochschulen zu, ihre eigenen Lehrpläne in einem gewissen Ausmaß selbst zu gestalten (Lindhahl, Dagborn & Nilsson 2009).

Aus diesem Grund besteht eine Vielfalt von verschiedenen Ausbildungsprogrammen, als auch unterschiedlichen Lehrmethoden (Lindhahl, Dagborn & Nilsson 2009). Das Hauptfach „Nursing“ entspricht jedoch an jeder Ausbildungsreinrichtung den vorgegebenen Standards. Die praktische Ausbildung unterscheidet sich nicht wesentlich vom Österreichischen Pendant. Als einziger Unterschied wird erkennbar, dass die StudentInnen eine wissenschaftlich-basierte Abschlussarbeit verfassen müssen, um den Bachelor of Science in Nursing zu erhalten.

6.1.2 Transkulturelle Inhalte im Studium

Transkulturelle Pflege spielt im Studium für Gesundheits- und Krankenpflege eine wichtige Rolle. Dies wurde von einigen Lehrkräften verschiedener schwedischer Universitäten/Fachhochschulen bestätigt (Anonym 2008 pers. Kommunikation, 16. Dezember). Konkrete Lehrinhalte über kultursensible Pflege zu erhalten ist sehr schwierig. Dennoch war es möglich, spezielle Kurse ausfindig zu machen.

Die Jönköping University bietet im Wintersemester 2008 und Sommersemester 2009 neben dem Pflichtfach „Ethics in Nursing“ noch weitere englischsprachige Kurse mit dem Fokus auf kulturelle Aspekte an (Jönköping University 2008).

- Community Health Nursing in an international Perspective
- Health and Welfare in a Swedish perspective
- Intercultural and international communication
- Social work, social and welfare policy from a Swedish and international perspective
- Care and nursing for elderly people and their next of kin within an international context
- Care of the elderly from an European perspective

Die Mälardalen University bietet folgende Kurse an, die einerseits freiwillig von internationalen StudentInnen belegt werden, andererseits von Einheimischen im ersten und dritten Studienjahr verpflichtend sind (Burell 2009 pers. Kommunikation, 29. Januar):

- Cultural Perspectives in Health and Care
- Transcultural Perspectives in Health and Care
- Caring from a Cultural Perspective – Clinical studies

Das Karolinska Institutet betont im Studienplan, dass ihnen die Vorbereitung der StudentInnen auf eine multikulturelle Umgebung im Gesundheitsbereich sehr wichtig ist (Karolinska Institutet 2007).

Die Internationalisierung und interkulturelle Kommunikation wird in allen Studienplänen für Pflegewissenschaft erwähnt. Daher bieten alle Austauschprogramme an internationalen Partneruniversitäten/-fachhochschulen an.

Den Institutionen ist die Entwicklung eines Bewusstseins in Bezug auf die Rolle und Verantwortung als professionelle/r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger sehr wichtig, um kulturell bedingte Probleme zu überwinden und dementsprechend im Pflegealltag kooperieren zu können (Karolinska Institutet 2007).

An der Malmö University wird sehr intensiv über verschiedenste Kulturen geforscht. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die drittgrößte Stadt Schwedens einen Ausländeranteil von rund 33% aufweist. Der Anteil der über 65-Jährigen mit ausländischer Herkunft beträgt rund 18% der Stadtbevölkerung (Gebru, Khalaf & Willman 2008, S. 348 f.). Infolgedessen arbeiten das Institut für Gesundheit und Gesellschaft sowie das Institut für Internationale Migration und Ethnische Beziehungen eng zusammen (Malmö University 2008). Dies führt dazu, dass kulturelle und ethnische Aspekte im Unterrichtsfach „Nursing Science“ ausdrücklich erwähnt werden.

Die Universität erkannte die Notwendigkeit von kulturell kongruentem Wissen und führte in allen Studienprogrammen drei Themengebiete ein: Migration und ethische Beziehungen, „Gender“, und Umwelt (Gebru, Khalaf & Willman 2008).

Im Jahr 2001 wurde für das Studium für Pflegewissenschaft ein theoretisch und wissenschaftlich fundiertes Didaktikmodell an der Malmö University implementiert, um kulturell kongruente Pflege lehren zu können (Gebru, Khalaf & Willman 2008).

Dazu wurden Lehrkräfte in Workshops ausgebildet, um die Inhalte dieses Didaktikmodells, als auch um Leininger's Theory, das Sunrise Model und die ethnologische Pflegemethode den StudentInnen auf unterschiedlicher Art und Weise näher zu bringen (Gebru & Willman 2003). Im ersten Studienjahr wird den StudentInnen das Sunrise Modell und „Ethnonursing Method“ von Leininger nähergebracht. Nach Leininger (2002) hat „transcultural nursing many important ideas such as the focus on discovering culture-care values, beliefs, and practices of specific cultures or subcultures to assist people with their daily health care needs“.

Im dritten und vierten Semester wenden sie ihr Wissen im Praktikum an. Hierbei führen sie Interviews bei PatientInnen in der Gemeinde durch. Dabei reflektieren sie ihre beobachteten Erfahrungen und versuchen Unterschiede zwischen den kulturellen Ansichten seitens der Patienten und den eigenen heraus zu finden (Gebru & Willman 2003).

Im letzten Studienjahr wird Leininger's Theorie und Modell in die individuelle Pflegeplanung von KlientInnen mit Migrationshintergrund integriert (Gebru & Willman 2003).

6.1.3 Fort- und Weiterbildungsangebote in Schweden

Das Fort- und Weiterbildungsprogramm gestaltet sich in Schweden aufgrund der universitären Pflegeausbildung anders als in Österreich. Laut Aussage des Lehrpersonals an der Mälardalen University ist keine bestimmte Anzahl an Fort- und Weiterbildungsstunden für das Krankenpflegepersonal vorgeschrieben. Das Interesse an Fortbildungen ist dennoch sehr groß (Burell 2008, Email, 18. Dezember).

Für Fortbildungsprogramme für transkulturelle Pflege sind nur wenige bis keine speziellen Kurse ausfindig zu machen. In der Regel werden kulturspezifische Kurse für das gesamte Gesundheitspersonal angeboten, nicht aber speziell für das Pflegepersonal (Anonym 2009, Email, 20. Januar).

Nach Aussagen einiger wissenschaftlicher Mitarbeiterinnen aus Schweden werden tatsächlich so gut wie keine Fortbildungen im Bereich der transkulturellen Pflege angeboten (Anonym 2009, Email, Januar). Viel mehr kann nach Erfüllung von bestimmten Voraussetzungen, wie zum Beispiel einer medizinisch-pflegerischen Grundausbildung oder bei einer bereits erbrachten Mindestleistung von 90 ECTS-Credits, an Fortgeschrittenenkurse teilgenommen werden (Karolinska Institutet 2009).

6.2 Transkulturelle Pflege in Österreich

Im österreichischen Gesundheitssystem ist das Thema Migration und transkulturelle Pflege ebenfalls ein wichtiges Thema. Die Anzahl der multiethnischen Teams, die sich mit kulturellen Problemstellungen im Pflegealltag auseinandersetzen, als auch KlientInnen mit Migrationshintergrund in den Krankenhäusern sind in den letzten Jahren gestiegen. Binder-Fritz (2003) fordert das Überdenken bisheriger Ausbildungskonzepte in der Pflege und Medizin, die ihrer Meinung nach, noch zu wenig transkulturelle Lehrinhalte aufweisen.

Eines der ersten Symposien zum Thema „Der Mensch zuerst – Spitalspersonal gegen Ausländerfeindlichkeit“ fand im Jahr 1994 in Wien statt. Aus einem dort angebotenen Workshop entwickelte Binder-Fritz (2003) aufgrund der hohen Nachfrage, dreitägige Seminare. Diese werden heute noch am Wiener Allgemeinen Krankenhaus, als auch in anderen Bundesländern, angeboten.

Positiv beurteilt wird die hohe Motivation und Bereitschaft der TeilnehmerInnen, sich mit diesen sensiblen Themen auseinanderzusetzen. Zudem setzen sich zunehmend mehr StudentInnen der Pflegewissenschaft im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten mit transkultureller Pflege auseinander (Binder-Fritz 2003).

Erfahrungen von Binder-Fritz (2003) zeigen, dass in ihren Seminaren stereotype Verallgemeinerungen sowie Vorurteile bestimmter Kulturen vorherrschen. Ebenfalls wird über geschlechtsspezifisches Rollenverhalten debattiert, denen durchaus mit Gefühlen von Aggression begegnet wird. Aus diesem Grund sollte der Themenkomplex „Geschlecht, Kultur und Körper“ in die Aus-/Fort- und Weiterbildungen implementiert werden.

Beobachtungen im Alltag weisen auf Probleme des Pflegepersonals im Umgang mit MigrantInnen hin, jedoch fehlen konkrete Daten oder Erhebungen. Aus diesem Anlass wurde beispielsweise im Jahr 2004 eine Projektgruppe zusammengestellt. Das Team erarbeitete Vorschläge zur Verbesserung der interkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen (BMGF 2005).

Infolge der Relevanz kultursensibler Pflege in Österreich wurden in den letzten Jahren vermehrt Projekte zur Thematik durchgeführt beziehungsweise sind in Planung.

Zum Beispiel führte der Wiener Krankenanstaltenverbund vor zwei Jahren ein Projekt zum Thema Multikulturalität und Diversitätsmanagement durch (Anonym 2009, Email, 23. Januar).

Anfang Februar 2009 veranstaltete das Institut für Pflegewissenschaft Graz ein Symposium zum Thema „Optimierte Versorgung von Frauen/PatientInnen mit Migrationshintergrund und Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige“ (Medizinische Universität Graz, 31.01.2009).

Das Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes führt derzeit eine Studie im Rahmen des Projekts „New View“ zum Thema „ÖsterreicherInnen/MigrantInnen in der Ausbildung zur DKGP, Pflegehilfe und Heimhilfe“ durch (Wiener Rotes Kreuz, 20.04.2009).

Das Rote Kreuz befasste sich in den letzten Jahren mit weiteren kultursensiblen Themen in der Pflege, wie zum Beispiel (Wiener Rotes Kreuz, 20.04.2009):

- „Zielsicher in Pflege- und Betreuungsberufe: Eine Handreichung für die Ausbildungs- und Berufsvorbereitung mit dem Schwerpunkt Deutsch als Zweitsprache“
- Kultursensible Pflege und Betreuung: Methodische Ermutigungen für die Aus- und Weiterbildung
- MigrantInnen in der Ausbildung zur Heimhilfe oder Pflegehilfe: Herausforderungen, Hürden und Ressourcen

Das Thema transkulturelle Pflege in der Aus-/Fort- und Weiterbildung kann von sehr unterschiedlichen Seiten betrachtet und analysiert werden. Der entscheidende Punkt jedoch ist, dass die Problematik kultursensibler Pflege in verschiedenen Organisationen zur Kenntnis genommen wird.

Letztlich stellt sich die Frage, inwiefern die Resultate aus den Projekten in der Aus-/Fort- und Weiterbildung der Gesundheits- und Krankenpflege als auch im Pflegealltag involviert sind.

6.2.1 Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in Österreich

Im Vergleich zu Schweden findet die Ausbildung des gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege im sekundären Bereich statt. Das bedeutet, dass bereits nach 10 schulpflichtigen Jahren diese Ausbildung begonnen werden kann.

Die Ausbildung dauert drei Jahre und umfasst mindestens 4600 Stunden in Theorie und Praxis. Eine Schulwoche umfasst wie in Schweden rund 40 Stunden.

Die theoretische Ausbildung umfasst 2000 Stunden (in Unterrichtseinheiten) (ÖBIG 2003).

Die praktische Ausbildung umfasst 2480 Stunden und wird in verschiedenen Ausbildungseinrichtungen absolviert. Der Hauptteil der praktischen Ausbildung erfolgt in der Akutpflege, im operativen sowie konservativen Bereich. Hinzu kommt die Langzeitpflege/rehabilitative Pflege, extramurale Pflege, Betreuung und Beratung sowie das Wahlpraktikum des Schülers/der Schülerin (<<http://www.gesundheitsausbildungen.at>>, 29.12.2008).

AbsolventInnen, die die gesamte Ausbildung und der abschließenden Diplomprüfung erfolgreich abgelegt haben, erhalten ein staatlich anerkanntes Diplom. Das Diplom der „Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege“ hat in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie Mitgliedstaaten der Europäischen Freihandelsassoziation Gültigkeit (Österreichischer Gesundheits- und Pflegeverband 2004, S. 24).

Seit 2008 bietet die FH Campus Wien erstmals in Österreich die Gesundheits- und Krankenpflege als generalistisches Studium in Kombination mit der Berufsberechtigung an. Dieses Studium dauert ebenfalls drei Jahre, beziehungsweise 6 Semester und umfasst 180 ECTS-Credits. Voraussetzung für das Studium ist die Hochschulzugangsberechtigung, wie es auch in Schweden der Fall ist. Die praktische Ausbildung umfasst 59 Wochen.

Der Abschluss erfolgt mit „Bachelor in Nursing Science“ oder Bachelor of Science in Nursing (<<http://www.fh-campuswien.ac.at>>, 29.01.2009).

Die FH Campus Wien ist somit die erste österreichische Institution, die die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung auf der tertiären Ausbildungsebene etabliert.

Österreich ist das letzte europäische Land, das diese Ausbildung auf die tertiäre Ebene anheben möchte. Somit kann ein Vergleich der österreichischen Ausbildungsstandards für Gesundheits- und Krankenpflege mit anderen europäischen Hochschulabschlüssen gewährleistet werden.

Bereits seit den 80er Jahren wird über die Anhebung der Ausbildung debattiert. Jedoch kam es bis jetzt noch nicht zur Umsetzung (Schaffer 2009, pers. Kommunikation, 16. Januar). Es lässt sich darüber diskutieren, inwiefern die Pflegeausbildung im tertiären Bereich tatsächlich dem wachsenden Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal entgegenkommt. Nicht jeder/jede Schulabgänger/in besitzt die Hochschulzugangsberechtigung beziehungsweise den demographischen Daten zufolge sinkt die Anzahl der Jugendlichen und damit der potentiell an der Pflege interessierten StudentInnen.

6.2.2 Transkulturelle Inhalte in der Ausbildung

Nach einem Gespräch mit Direktorin Mag. Dr. S. Schaffer von der Grazer Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, war es möglich, einen genaueren Einblick über die kulturellen Lehrinhalte der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zu gewinnen.

Demnach sind in der Grundausbildung für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege keine spezifischen Lehrinhalte zur praktischen transkulturellen Kompetenz verankert. Jedoch wird im Unterrichtsfach „Berufsethik und Berufskunde der Gesundheits- und Krankenpflege“ ein theoretischer Einblick in die kultursensible Pflege gewährleistet. Das Fach wird in jedem Lehrjahr unterrichtet und umfasst insgesamt 80 Stunden.

Folgende Lehrinhalte werden im Hinblick kultursensibler Pflege erarbeitet:

- Eigene und fremde Verhaltensweisen wahrnehmen
- Unterschiedliche Normen und Werte als Grundlagen des menschlichen Zusammenlebens
- Kulturell-ethische, politische und religiöse Entwicklungen national und international
- Unterscheidung von transkultureller, interkultureller, multikultureller und kultursensibler Pflege
- Einflüsse verschiedener Kulturen auf die Pflegepraxis

Des Weiteren wird transkulturelle Pflege in den Unterrichtsfächern Palliativpflege und Gesundheits- und Krankenpflege unterrichtet.

Eine besondere Bedeutung kommt der kulturellen Pflege im Unterrichtsfach Palliativpflege zu, da PalliativpatientInnen mit Migrationshintergrund häufig sehr unterschiedliche Umgangformen mit dem Tod, als auch mit der Trauer haben. Demzufolge sind weitere Vorgehensweisen bei Verstorbenen traditionell bedingt sehr unterschiedlich und es bedarf viel Verständnis sowie organisatorische Mithilfe seitens der Pflegekräfte.

Insofern wird ersichtlich, dass kultursensible Pflege ein aktuelles Thema ist und dessen Notwendigkeit auch an Stellenwert zunimmt. Allerdings werden in der Grundausbildung noch zu wenig bis keine konkreten kulturellen Handlungskompetenzen gelehrt. Daher besteht für PflegeschülerInnen nur die Möglichkeit im Rahmen der Pflichtpraktika eigene Erfahrungen zu sammeln und daraus zu lernen beziehungsweise erkennbare kulturelle sowie pflegerische

Unterschiede im Ausland kennen zu lernen. Ob Kurzpraktika im Ausland zur Verbesserung der transkulturellen Fähigkeiten beitragen, ist fraglich.

6.2.3 Fort- und Weiterbildungsangebote in Österreich

Am *Wiener Allgemeinen Krankenhaus* werden ab April 2009 zwei Fortbildungsveranstaltungen von Dr. Christine Binder-Fritz zum Thema „Transkulturelle Pflege Allgemein“ sowie „Transkulturelle Pflege – Sterben, Tod und Trauer“ abgehalten. Je nach Bedarf wird dieses Thema auch speziell für die Gynäkologie und Geburtshilfe als dreitägige Fortbildung angeboten.

Ziele der Fortbildungen sind zum einen die bewusste Auseinandersetzung der psychosozial-kulturellen Ebene von Gesundheit, Krankheit und Heilung sowie mit den Faktoren Ethnizität, Kultur, Geschlecht/Gender Alter, soziale Zugehörigkeit in der Pflegebeziehung. Zum anderen werden Möglichkeiten für eine humane Sterbebegleitung aufgezeigt sowie Angehörige in ihrer Trauerarbeit unter Berücksichtigung von religiös-weltanschaulichen und kulturspezifischen Werten begleitet (Wiener Krankenanstaltenverbund 2009).

Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) bietet als unabhängiger nationaler Berufsverband bundesweit verschiedene Kurse über kultursensible Themen in der Pflege an, wie zum Beispiel:

„Eine Reise durch andere Kulturen und Religionen (Islam, Judentum, Buddhismus, Hinduismus)“,

„Professioneller Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund“,

Krank in der Fremde - „Ich Arzt sprechen!“ (ÖGKV, 31.01.2009).

Das Zentrum für Klinikpersonal veranstaltete im vorherigen Jahr in Graz einen interdisziplinären und interreligiösen Studientag zum Thema „Christen und Muslime im Krankenhaus“. Dabei wurde in Vorträgen und Workshops über transkulturelle Aspekte in der Pflege sowie religionswissenschaftlichen Perspektiven gesprochen (<http://www.klinikum-graz.at>), 31.01.2009).

7. Schlussfolgerung

Ziel dieser Bakkalaureatsarbeit war es, dem Leser das Thema transkulturelle Pflege in der Aus-/ Fort- und Weiterbildung für Gesundheits- und Krankenpflege näher zu bringen. Insbesondere kommt es zu einem Vergleich zwischen dem österreichischen und schwedischen Pflegeausbildungssystem.

Es wird ersichtlich, dass sich die beiden Pflegeausbildungssysteme institutionell deutlich unterscheiden. Die schwedische Ausbildung findet bereits auf tertiärer Ebene statt, das heißt an der Universität beziehungsweise Fachhochschule. In Österreich dagegen erhalten die Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen ihr Diplom an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege.

Österreich gilt als letztes europäisches Land, das den Studiengang Pflegewissenschaft an einer Universität angeboten hat. Dieses Studium ist allerdings wissenschaftlich aufgebaut, so dass AbsolventInnen nicht direkt am Pflegebett arbeiten dürfen aufgrund der fehlenden Praxis. Derzeit müssen PflegewissenschaftlerInnen noch zusätzlich das Diplom für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege nachweisen, wenn sie direkt in der Pflege arbeiten möchten. Letztlich steigen die Jobchancen in Führungspositionen, insbesondere im Managementbereich, mit einem Pflegediplom, nicht aber allein mit einem Hochschulabschluss für Pflegewissenschaft.

In Schweden dagegen können die AbsolventInnen direkt in der Pflege beginnen und besitzen zugleich eine wissenschaftlich fundierte Ausbildung.

Beide Abschlüsse sind europaweit jedoch anerkannt. Allerdings strebt auch Österreich eine Anhebung der Ausbildung auf die tertiäre Ebene an. Ob eine nationale Anhebung der Ausbildung sinnvoll ist, ist fraglich. Wie bereits im Kapitel 6.2.1 erwähnt wird, ist nicht jede/r SchülerIn bereit, die Hochschulzugangsberechtigung für den Pflegeberuf zu erwerben. Folglich sinkt die Anzahl an potentiell interessierten PflegestudentInnen, während der Bedarf an Fachpersonal aufgrund der alternden Gesellschaft eher steigen wird.

Die Bachelorstudiengänge sind von Land zu Land derzeit noch sehr unterschiedlich aufgebaut, so dass die Anerkennung von einzelnen Lehrveranstaltungen oft schwierig oder nicht gewährleistet ist. Dies kann zu längeren Studienzeiten führen, wenn Studierende zum Beispiel einen Teil ihres Studiums im Ausland absolvieren möchten. Ziel der europaweiten Bachelor- und Masterabschlüsse sollte eigentlich eine einheitliche Struktur sein, die keine Anerkennungsprobleme mit sich bringen. Erfahrungsgemäß sind diese Probleme leider vorhanden.

Relativ ähnlich sind beide Systeme in der Gesamtdauer der Ausbildung. Die theoretische Ausbildung ist in Schweden etwas ausgeprägter. Dies lässt sich auf die zusätzlichen wissenschaftlichen Lehrinhalte zurückführen.

Bezüglich der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen unterscheiden sich Österreich und Schweden deutlich voneinander. Während in Österreich die Anzahl der Fortbildungsstunden gesetzlich vorgegeben ist, gibt es in Schweden keine gesetzlichen Verpflichtungen sich fortzubilden. Wobei das Interesse an Fortbildungen in Schweden als sehr hoch eingeschätzt wird. Warum keine gesetzlichen Vorschriften bestehen, geht aus den Aussagen schwedischer wissenschaftlicher MitarbeiterInnen nicht hervor. Vermutlich ist es eine Selbstverständlichkeit, sich freiwillig und regelmäßig fortzubilden. Eine gesetzliche Vorschrift über den Anteil der Fortbildungsstunden lässt vermuten, dass die Fortbildungsbereitschaft von Pflegekräften in Österreich sehr gering ist. 40 Stunden innerhalb von fünf Jahren sind, aufgrund der häufigen Veränderungen und Weiterentwicklungen in der Pflegepraxis, als minimalistisch anzusehen. Letztlich ist es auch eine Kosten- und Zeitfrage, die sowohl der/die ArbeitgeberIn als auch die Pflegekräfte dazu veranlassen ein Minimum an Fortbildungstagen in Anspruch zu nehmen. Die vermutlich geringe Fortbildungsbereitschaft kann sich auch auf die Angebote transkultureller Kurse in Österreich auswirken. Im sechsten Kapitel wird deutlich, dass in Anbetracht der Anzahl an Pflegefachpersonal verhältnismäßig wenig kulturellbezogene Kursangebote bestehen. Einerseits beschreibt Binder-Fritz bereits im Jahr 2003 die Bereitschaft von Pflegekräften sich mit sensiblen Themen wie transkulturelle Pflege auseinanderzusetzen, andererseits wird scheinbar wenig unternommen, diese Angebote bundesweit zu erweitern. Jedoch werden einzelne Studientage mit Diskussionen und Workshopreihen von den einzelnen Kliniken selbst angeboten, die in der Regel auch für die Öffentlichkeit zugänglich sind. Allerdings lässt sich dadurch alleine mit Sicherheit nicht die Pflegepraxis beziehungsweise der Umgang mit MigrantInnen im Pflegealltag verbessern. Solche Studientage sind viel mehr zur Sensibilisierung als auch zur Anregung gedacht, sich mit dem Thema Multikulturalität oder transkulturellen Aspekten in der Pflege auseinanderzusetzen.

Aus dem sechsten Kapitel geht hervor, dass transkulturelle Pflege in der Aus-/Fort- und Weiterbildung durchaus eine Rolle spielt.

Hinsichtlich der Lehrinhalte der österreichischen Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege stellt sich heraus, dass transkulturelle Aspekte zwar angesprochen werden, eine intensive Auseinandersetzung jedoch fehlt. Unklar bleibt, wie SchülerInnen im Rahmen ihrer Praktika den Umgang von multikulturellen Begegnungen erlernen.

Aus den Recherchen an verschiedenen schwedischen Universitäten und Fachhochschulen geht hervor, dass transkulturelle Pflege ein integrativer Bestandteil im Studium für Gesundheits- und Krankenpflege ist. Im Unterschied zu Österreich werden an schwedischen Institutionen internationale als auch nationale Studien über transkulturelle Pflege sowie unterschiedliche Lebenswelten von MigrantInnen im Unterricht erarbeitet und diskutiert. Die Entwicklung eines Didaktikmodells, das zur Vermittlung von transkultureller Kompetenz dient, ist ein Zeichen dafür, wie intensiv sich die Schweden mit den Eigenschaften und Bedürfnissen von MigrantInnen auseinandersetzen.

Österreichische Universitäten und Fachhochschulen könnten an diesem Punkt ansetzen und ebenfalls ein eigenes Didaktikmodell für transkulturelle Kompetenz entwickeln. In den Medien werden häufig Sendungen über MigrantInnen veröffentlicht oder migrantInnenspezifische Diskussionen geführt, die zum Nachdenken anregen. Solche Sendungen und Diskussionen könnten zum Beispiel in der Aus-/Fort- und Weiterbildung für Pflegeberufe integriert werden, da sie praxisbezogener sind als Studien. Womöglich ist die Miteinbindung solcher Medien bereits erfolgt. Aus den Kursbeschreibungen ließen sich darüber keine Informationen entnehmen.

Die Auseinandersetzung mit Studien ist für Pflegefachkräfte oft eine Herausforderung, da ihnen der Umgang mit wissenschaftlichen Texten oft befremdlich vorkommt. An diesem Punkt wird deutlich, warum die Ausbildung auf tertiärer Ebene einen Sinn machen würde. Zukünftige Pflegefachkräfte mit Bachelorabschluss können mit Studien umgehen und das Wissen daraus besser in den Pflegealltag integrieren, als das Fachpersonal ohne wissenschaftlich fundierte Ausbildung.

Positiv zu bewerten sind die Bestrebungen beider Länder, Auslandsaufenthalte zu fördern. Dadurch wird den SchülerInnen/StudentInnen ermöglicht Erfahrungen im Ausland zu sammeln. Dadurch können sowohl im privaten als auch im pflegerischen Bereich neue Erkenntnisse und Perspektiven gewonnen werden, die transkulturelles Handeln und Denken positiv beeinflussen können.

Weiters müssen in Zukunft auch Institutionen sowie dessen PflegepädagogInnen bereit sein, sich auf die Thematik verstärkt einzulassen.

Die Vermittlung transkultureller Aspekte in der Pflege sollte keine allzu starke Rolle einnehmen. Im Mittelpunkt muss immer der Mensch stehen, der weltweit dieselben Grundbedürfnisse hat, unabhängig von ethnischer und rassischer Herkunft, Hautfarbe oder Religion.

Letztendlich kann das Thema transkulturelle Pflege in der Aus-/Fort- und Weiterbildung aus verschiedenen Perspektiven diskutiert werden.

8. Literaturverzeichnis

- Binder-Fritz, C 2003, *Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich*, in Friebe, J, Zalucki, M (Hrsg), *Interkulturelle Bildung in der Pflege*, Bertelsmann Verlag, Bielefeld, S. 116-144.
- Bronner R, Schröder W 1983, *Weiterbildungserfolg: Modelle und Beispiele systematischer Erfolgssteuerung*, München, Wien.
- Campinha-Bacote, J 2003, *The process of Cultural Competence in the delivery of Health Care Services*, Transcultural C.A.R.E. Associates Press.
- Domenig, D 2007, *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.
- Domenig, D 2001, *Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*, Verlag Hans Huber, Bern.
- Emami, A, Benner , P, Ekman, SL 2001, 'A Sociocultural Model for Late-in-Life Immigrants', *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 12., no. 1, pp. 15-24, viewed 16 February 2008, Sage Publications, Mälardalen University.
- Eregger, K 2006, *Auswirkungen von beruflichen Belastungen auf Fort- und Weiterbildungsverhalten von Pflegepersonal*, Diplomarbeit, Universität Graz.
- Gebru, K, Khalaf, A, Willman, A 2008, 'Outcome analysis of a research-based didactic model for education to promote culturally competent nursing care in Sweden – a questionnaire study', *Scandinavian Journal of Caring Science* 2008, vol. 22, pp. 348-356, viewed 27 November 2008, Sage Publications.
- Gebru, K & William, A 2003, 'A Research-based Didactic Model for Education to Promote Culturally Competent Nursing Care in Sweden', *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 14, no. 1, pp. 55-61, viewed 27.November 2007, <kerstin.gebru@hs.mah.se>.

- Heikkilä, K 2004, *The role of ethnicity in care of elderly Finnish immigrants*, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Heikkilä, K & Ekman SL 2000, 'Health Care Experiences and Beliefs of Elderly Finnish Immigrants in Sweden', *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 11, no. 4, pp. 281-289, viewed 16 February 2008, Sage Publications, Mälardalen University.
- Hovde, B 2006, *Older Non-Nordic Immigrants living in Sweden and receiving municipal care*, thesis for Licentiate Degree, Lund University.
- Jönköping University (2007): *Study programme in Nursing: School of Health Sciences*, pp. 1-12.
- Koskinen, L & Tossavainen, K 2004, 'Study abroad as a process of learning intercultural competence in nursing', *International Journal of Nursing Practice*, no. 10, pp. 111-120, viewed November 2008, < liisa.koskinen@savonia-amk.fi >.
- Kratochwil, S 1996, *Möglichkeiten und Vorteil einer Abgrenzung/Unterscheidung zwischen Ausbildung und Fort-/Weiterbildung*, Diplomarbeit, Universität Graz.
- Leininger, M 2002, 'The theory of culture care and the ethnonursing method', *Transcultural Nursing - Concepts, Research and Practice*. Leininger M & McFarland MM (ed.). McGrawford-Hill, New York, pp. 71-98, viewed 16 February 2008, Sage Publications, Mälardalen University.
- Lenthe, U 2007, *Transkulturelle Aspekte der Pflege, Berufsethik und Berufskunde für Pflegeberufe*. Kemetmüller, E (Hrsg.), *Berufsethik und Berufskunde für Pflegeberufe*, 4. Auflage, Wien 2007, S. 53-80.
- Lenz, W 1981, *Grundbegriffe der Weiterbildung. Eine Auswahl*, Universität Klagenfurt.
- Lindahl B, Dagborn K, Nilsson, M 2009, 'A student-centered clinical educational unit Description reflective learning model', *Nurse Education in Practice*, vol. 9, pp. 5-9, viewed November 2009, < ingegerd.fagerberg@mdh.se >.
- Mälardalens Högskola 2009, *Översikt över Sjuksköterskeprogrammet*, 180hp, S.1-4.

- Menzel, PA 1997, *Versorgung ausländischer Patienten im deutschen Gesundheitswesen. Ein praxisrelevanter Ansatz zur Verbesserung der interkulturellen Kompetenz von inländischen Ärzten und Pflegepersonal*, Ambatielos D & Neuland-Kitzerow, D & Noack, K, Medizin im kulturellen Vergleich. Münster, New York, München, S. 177-195.
- Papadopoulos, I & Lees, SH 2001, 'Developing culturally competent researchers', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 18, no. 3, pp. 258-264, viewed 16 February 2008, Sage Publications, Mälardalen University.
- Schim, S, Doorenbos, A, Benkert, R, Miller, J 2007, 'Culturally Congruent Care: Putting the Puzzle Together', *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 18, no. 2, pp. 103-111, viewed 16 February 2008, Sage Publications, Mälardalen University.
- Statistics Sweden 2006, *Migration 2005, Immigration, emigration and asylum seekers*.
- Statistik Austria 2008, *Demographisches Jahrbuch 2007*, Wien.
- Statistik Austria 2007, *Österreich. Zahlen.Daten.Fakten*, 3.Auflage, Wien.
- Uzarewics, C & Piechotta, G (Hrsg.) 1997, „Transkulturelle Pflege“, Sonderband 10/1997 zu "Curare", *Zeitschrift für Ethnomedizin*, Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 7.
- Weiss, R 2004, *Transkulturelle Pflege als Herausforderung und Chance in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheits- und Krankenpflege*, Diplomarbeit, Graz.
- Weiss-Fassbinder (Hrsg.) 2006, *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, GuKG, samt ausführlichen Erläuterungen*, 5. überarb. u. aktualisierte Aufl. Wien, Mainz.

Internet

- Adatia-Sandstrom, S 1998, *Internationalisation in Swedish Undergraduate Nursing Education. Its Interpretation and Implementation in the Context of Nursing with Tender Loving Care*, Research Bulletin 96, University of Helsinki, viewed 10 November 2008, <http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/00000180/15/a/6e>.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2005, *Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen*. Wien, S. 1-26, Stand: 23.04.2009, <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/6/5/0/CH0772/CMS112625388907/bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf>.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Lehre (BMWA) 2008, *Lehrberufe in Österreich*, Stand: 01. Januar 2009 <http://www.bmwa.gv.at/NR/rdonlyres/E35773B5-0218-4A394FC6B936C7721A3/0/lehrberufslexikon2008_end.pdf>.
- Christen und Muslime im Krankenhaus 2008, *Ein interdisziplinärer und interreligiöser Studientag Zentrum für Klinikpersonal*, Graz, Stand: 31. Januar 2009 <http://www.klinikumgraz.at/cms/dokumente/10117500_2096265/9ab1dc4b/Programmeft%20Endfassung.pdf>.
- Flower, D 2004, 'Culturally Competent Nursing Care. A Challenge for the 21st Century', *Critical Care Nurse*, vol. 24, no. 4, pp. 48-53, viewed 2 June 2009, American Association of Critical-Care Nurses, <<http://ccn.aacnjournals.org/cgi/reprint/24/4/48.pdf>>.
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) 2006, Allmer, G (Hrsg), Stand: 01. Juni 2007, <<http://www.medizinrecht-pflegerecht.com>>.
- Higher Education Ordinance (SFS 1993:100, revised 2006:1054), Ministry of Education and Research, viewed 29 December 2008 <<http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/15/41/92fc8fff.pdf>>.

- International Organisation for Migration 2009, *About Migration*, viewed 23 April 2009
<<http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/lang/en>>.
- Jirwe, M 2008, *Cultural Competence in Nursing*, Dissertation, Karolinska Institutet, Stockholm, viewed 10 November 2008 <<http://diss.kib.ki.se/2008/978-91-7409-153-3/thesis.pdf>>.
- Jönköping University 2008, *Course Catalogue, ECTS Guide. School of Health Science*, S. 1-38, viewed 29. December 2008, <http://www.hhj.hj.se/eng/PDF/ECTS_guide.pdf>.
- Karolinska Institutet 2007, *Study Programme in Nursing 2008/2009*, pp 1-8, viewed 18 January 2009, <<http://courses.ki.se/utbildningsprogram/Sjukskoterska/utbildningsplan>>.
- Malmö University 2008, *Faculty of Health and Science*, Research, viewed 30 June 2009, <<http://www.mah.se/Welcome-to-Malmo-University/Schools-and-faculties/Faculty-of-Health-and-Society/>>.
- Malmö University 2007, *Frequently asked questions about Bologna process*, viewed 21 January 2009, <http://www.mah.se/templates/Page_64008.aspx>.
- Malmö University 2002, *Curriculum for Bachelor of Science in Nursing, 120 Credits*, viewed 19 January 2009, <<http://www.mah.se/upload/HS/Om/PDF/Nursing.pdf>>.
- Migrant-friendly hospital 2005, *The Migrant Friendly Hospitals Project - in a nutshell*, viewed 23 April 2009, <<http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>>.
- Medizinische Universität Graz 2009, *Optimierte Versorgung von Frauen/PatientInnen mit Migrationshintergrund und Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige*, Studierendensymposium, Institut für Pflegewissenschaft Graz, Stand: 31. Januar 2009, <<http://www.meduni-graz.at/cms.php?pageName=2731>>.
- National Report 2003, *Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich*, Ludwig Boltzmann Institut für Frauenforschung (Hrsg.), Wien, S.1-53, Stand: 15. November 2008, <http://www.kompass.humanrights.ch/cms/upload/pdf/oe/gesundheit_migrantinnen.pdf>.

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) 2004, *Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege*, Stand: 17. Januar 2009
<[http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/ARGE-Schuldirekt/Berufsbild
Endfassung_Neuaufgabe_2004_bearb-komplett.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/ARGE-Schuldirekt/Berufsbild_Endfassung_Neuaufgabe_2004_bearb-komplett.pdf)>.

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) 2008, *Bildung/Angebot*,
Stand: 31. Januar 2009, <<http://www.oegkv.at/index.php?id=150>>.

Westin, C 2008, *Sweden: Restrictive Immigration Policy and Multiculturalism*, Centre for
Research in International Migration and Ethnic Relations, Stockholm University, viewed
22 November 2008, <<http://www.migrationinformation.org/Profiles/display.cfm?ID=406>>.

Wiener Krankenanstaltenverbund 2009, *Fortbildungsanzeiger*, Stand: 31. Januar 2009
<<http://www.wienkav.at/fortbildung>>.

Wiener Rotes Kreuz 2009, *Forschungsinstitut des roten Kreuzes*, Stand: 20. April 2009,
<[http://www.wrk.at/cn/?xml_file=frk.xml&new_start=/cn/was_wir_tun/frk/seiten
start.html#](http://www.wrk.at/cn/?xml_file=frk.xml&new_start=/cn/was_wir_tun/frk/seiten_start.html#)>.