



Dominique Dressler

Interkulturelle Kommunikation in der stationären Rehabilitation nach Unfällen



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

Dominique Dressler

**Interkulturelle Kommunikation
in der stationären Rehabilitation nach Unfällen**

**Erfahrungen und Ansichten der MitarbeiterInnen
eines Rehabilitationszentrums zur Kommunikation
mit PatientInnen mit Migrationshintergrund**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2009

978-3-86727-907-9

Titelphoto: Beate Lamisch

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2009
Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen
Telefon: 0551-54724-0
Telefax: 0551-54724-21
www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2009

Gedruckt auf säurefreiem Papier

978-3-86727-907-9

Danksagung

Mein Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Rehabilitationszentrums Weißer Hof der AUVA für ihre interessierte Mitwirkung und für ihre Bereitschaft zur intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik der interkulturellen Kommunikation in der Rehabilitation. Ohne ihre Unterstützung hätte diese Arbeit nie entstehen können!

Mein besonderer Dank gilt der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt für ihre Unterstützung bei der Durchführung meiner Studie in ihren Behandlungseinrichtungen.

Dr. Ruth Kutalek danke ich für die Betreuung dieser Arbeit. Sie hat mir viele nützliche Hinweise und Ratschläge gegeben.

Meinem Sohn, Alexandre, und meinem Mann, Univ.-Prof. Dr. Peter Pils, danke ich von ganzem Herzen für ihre Unterstützung, ihre wertvollen Anregungen und den Enthusiasmus, mit dem sie meine Studie begleitet haben.

Meinem Vater, Prim. Dr. Heinrich Dressler, und meinem Großvater, Dr. Arthur Bécuwe, zwei großartigen Ärzten und Menschen, die in mir die Liebe zur Medizin geweckt haben, und mir gezeigt haben, was gute Medizin ist, gilt mein liebendes Andenken.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	
Summary	
0 Einleitung	11
1 Theoretische Konzepte	15
1.1 Migration	15
1.2 Interkulturelle Kommunikation	15
1.3 Stationäre Rehabilitation nach Unfällen	16
2 Forschungsstand	17
2.1 Kommunikation im Krankenhaus	17
2.2 Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der interkulturellen Kommunikation in der Rehabilitation und insbesondere in der stationären Rehabilitation nach Unfällen	18
2.2.1 Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten	19
2.2.2 Soziokulturelle Aspekte	22
3 Ziele der Untersuchung und zentrale Fragestellungen	25
3.1 Ziele der Untersuchung	25
3.2 Zentrale Fragestellungen	26
4 Methodische Vorgehensweise	27
4.1 Standort der Untersuchung	27
4.1.1 PatientInnen mit Migrationshintergrund	28
4.2 Studiendesign	29
4.3 Durchführung	30
4.4 Auswahl und Sampling der InterviewpartnerInnen	31
4.5 Zeitpunkt und Durchführung der Interviews mit den MitarbeiterInnen	32
4.6 Akzeptanz bei den MitarbeiterInnen	32
4.7 Auswertung der ExpertInneninterviews	33
5 Ergebnisse	35
5.1 PatientInnen mit Migrationshintergrund	35
5.2 Sprachliche Aspekte	36
5.2.1 Sprachliche Kompetenz der Kommunikationspartner	36
5.2.1.1 Sprachkenntnisse der PatientInnen	36
5.2.1.2 Sprachkenntnisse der MitarbeiterInnen	37

5.2.2	Auswirkungen der sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten	38
5.2.3	Umgang der MitarbeiterInnen mit sprachlichen Schwierigkeiten	44
5.2.3.1	Kommunikation ohne Hinzuziehen von Dritten	44
5.2.3.2	Kommunikation mit Dolmetschung	45
5.2.3.3	Übersetzungen/Informationen in Fremdsprachen	51
5.3	Soziokulturelle Aspekte	52
5.3.1	Bewertung soziokultureller Aspekte durch die MitarbeiterInnen und deren Umgang damit	64
6	Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion	67
7	Schlussfolgerungen – Empfehlungen für die Praxis	81
ANHANG		
I	Glossar	87
II	Interviewleitfaden	95
III	Literaturverzeichnis	101
IV	Abkürzungsverzeichnis	111
 Tabellenverzeichnis		
	Tabelle 1	53

Zusammenfassung

Ziel der Studie war es, zu untersuchen wie die MitarbeiterInnen eines traumatischen Rehabilitationszentrums in Österreich die interkulturelle Kommunikation mit PatientInnen mit Migrationshintergrund empfanden.

Die Sichtweisen der MitarbeiterInnen wurden mittels einer qualitativen Studie mit insgesamt 28 ExpertInneninterviews mit MitarbeiterInnen an den verschiedenen Stationen des Patientenpfades in der Rehabilitation erhoben.

Rund ein Drittel der PatientInnen hat Migrationshintergrund; viele dieser PatientInnen sprechen nicht oder nur wenig Deutsch. Die Sprachkenntnisse der MitarbeiterInnen umfassen aber nicht die Sprachen der großen Mehrzahl der PatientInnen, mit Ausnahme von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund.

Die mangelhafte sprachliche Verständigung hat Auswirkungen auf den gesamten Verlauf der Rehabilitation. Die MitarbeiterInnen sind unsicher, ob die PatientInnen sie verstehen. Es ist den MitarbeiterInnen nicht möglich, den PatientInnen den Sinn und Nutzen von Therapien zu kommunizieren. Manche Therapien sind nur eingeschränkt oder gar nicht möglich. Um die sprachlichen Kommunikationsbarrieren zu überwinden werden vor allem Laiendolmetscher eingesetzt. Externe Fachdolmetscher werden selten gerufen, vor allem wegen der Kosten und der langwierigen Organisation.

Kulturelle Aspekte spielen bei der Kommunikation ebenfalls eine Rolle. Während die MitarbeiterInnen mit alltagsbezogenen kulturellen Aspekten pragmatisch umgehen, werden kulturelle Aspekte, die sich auf die Rehabilitation auswirken, hier insbesondere das Schmerzempfinden, als problematischer empfunden.

Eine intensive Kommunikation zwischen den PatientInnen und dem Rehabilitationsteam ist für den Erfolg der Rehabilitation essentiell, da einerseits bei der Rehabilitation das aktive Wirken des/der Betroffenen im Zentrum steht, und andererseits das Rehabilitationsteam die persönlichen Lebensvorstellungen, Wünsche, Träume und Bedürfnisse für ein erfülltes Leben dem Behandlungsteam erforschen muss, um das Ziel der Rehabilitation festzulegen.

Schlüsselbegriffe: stationäre Rehabilitation – interkulturelle Kommunikation – PatientInnen mit Migrationshintergrund - sprachliche Aspekte – kulturelle Aspekte - Mitarbeiterbefragung – traumatisches Rehabilitationszentrum – Migration

Abstract

The aim of the study was to investigate the staff of a post-accident rehabilitation centre in Austria perceived intercultural communication with ethnic minority / migrant patients.

In a qualitative study, the views of the staff were investigated through expert interviews with 28 staff members along the various stations of the patient path in rehabilitation.

About one third of the patients are of ethnic minority/migrant origin; many of them do not speak German or only little German. The staff (with the exception of staff members of ethnic minority or migrant origin) does not speak the languages spoken by the majority of the ethnic minority/migrant patients.

The language barriers impact the whole rehabilitation process. The staff members are unsure whether the patients understand; they cannot communicate the importance and benefits of therapies to the patients. Some therapies are curtailed or not possible at all. In order to overcome those language barriers, mostly non-trained chance interpreters are used. External professional interpreters are called seldom, mainly because of the costs and the difficult organisation.

Cultural aspects also play a role in the communication. Whereas the staff members deal with cultural differences affecting daily life in a pragmatic way, cultural aspects impacting rehabilitation, such as in particular pain sensitivity and expression, are considered as more problematic.

Intensive communication between the patients and the rehabilitation team is essential for the success of rehabilitation, as on one hand rehabilitation requires an active participation of the injured person and on the other hand, the staff must be able to investigate personal views on life, wishes, dreams and needs for living a fulfilling life, in order to determine the objectives of rehabilitation.

Key words: in-patient rehabilitation – intercultural communication – ethnic minority patients – migrant patients -language aspects - cultural aspects - staff interviews - traumatologic rehabilitation centre – migration

0 Einleitung

Migration ist in Österreich kein neues Phänomen. Zu allen Zeiten durchzogen Menschen das Land und ließen sich in ihm nieder. Während es in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts intensive Arbeitsmigrationen aus allen Teilen der Monarchie nach Österreich gab, waren im 20. Jahrhundert Vertreibungen und Flucht wesentliche Auslöser für Migration. In den 60er Jahren begann ein großer Zuzug von „Fremdarbeitern“ (später „Gastarbeiter“ genannt), die als Arbeitsmigranten nach Österreich kamen.

Seit dem Ende des Kalten Krieges hat die Globalisierung zu einer Intensivierung der internationalen Migrationsflüsse geführt und die Erweiterung der EU hat eine Verstärkung der Migrationsbewegungen innerhalb Europas mit sich gebracht. Dazu kommt, dass nicht nur Menschen als ArbeitsmigrantInnen nach Österreich kommen bzw. der Armut in ihrem Herkunftsland entfliehen wollen, sondern dass Österreich auch weiterhin als bevorzugtes Asylland gilt.

Wien ist eine Stadt mit besonders großer kultureller Vielfalt. Ende 2006 lebten in Wien insgesamt 522.901 Personen mit Migrationshintergrund, was einem Anteil von 31,4 Prozent der Bevölkerung entspricht. Dazu zählen all jene Personen, die im Ausland geboren wurden und entweder die österreichische Staatsbürgerschaft (204.910) oder eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzen (280.822), wie auch jene 37.169 Personen, die zwar in Österreich geboren, aber nicht die österreichische Staatsbürgerschaft haben (Magistrat der Stadt Wien, MA 17, 2007). StaatsbürgerInnen aus Serbien und Montenegro stellen die größte Gruppe ausländischer Staatsangehöriger in Wien, gefolgt von türkischen und polnischen Staatsangehörigen. Weitere große Gruppen von MigrantInnen kommen aus Deutschland, Bosnien-Herzegowina und Kroatien. Die Zahl der in Wien lebenden BürgerInnen aus osteuropäischen EU-Ländern ist konstant im Steigen begriffen (ibid.).

Die Migration hat auch Auswirkungen auf das Gesundheitssystem (Die Amsterdamer Erklärung 2005). Menschen mit Migrationshintergrund sind einerseits im Gesundheitssystem tätig, andererseits nutzen sie dieses als PatientInnen. Fremdsprachige PatientInnen stellen bis zu 41 Prozent des Gesamtpatientenaufkommens der Wiener Gesundheitseinrichtungen und Krankenanstalten dar (Wimmer & Ipsiroglu 2001). In einer 1997 im Rahmen des WHO-Projekts „Wien-Gesunde Stadt“ durchgeführten Untersuchung wurde festgestellt, dass fast die Hälfte der ausländischen Bevölkerung in Wien über wenig oder keine Deutschkenntnisse verfügt und dass die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen für MitarbeiterInnen und PatientInnen problematisch sein kann (Csitkovics et al. 1997; Pöchlacker 1997).

Auch in der Unfallheilbehandlung in den Unfallkrankenhäusern bzw. –abteilungen und in der Rehabilitation nach Unfällen, insbesondere nach Unfällen bei der Arbeit oder auf dem Arbeitsweg, spiegelt sich die soziokulturelle Vielfalt der Bevölkerung wieder. ArbeitsmigrantInnen sind oft in Berufen mit hohem Risiko tätig, wie zum Beispiel in bestimmten Berufen der Baubranche, in Berufen des Landverkehrs, Ernährungsberufen oder in Berufen in der Metallindustrie und haben dort auch ein überdurchschnittliches Risiko zu tragen (Csitkovics et al. 1997; Uske et al. 2001, 48). Sie sind oft an risikoreicheren Arbeitsplätzen tätig und/oder nicht genügend in betriebliche Schutzmaßnahmen eingegliedert (Uske et al. 1997, 43). Je nach Verletzungsart können PatientInnen mit Migrationshintergrund bis zu einem Drittel des entsprechenden Patientenkollektivs eines traumatologischen Rehabilitationszentrums ausmachen.

Ein Unfall mit wesentlichen Verletzungsfolgen stellt eine Ausnahmesituation im Leben eines Menschen dar (Normann et al. 2004). Auf die Akutbehandlung folgt eine viele Wochen oder Monate dauernde stationäre Rehabilitation in einem traumatologischen Rehabilitationszentrum. Im Rahmen der Rehabilitation müssen die Betroffenen lernen, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten so weit wie möglich wieder zu erlangen bzw. müssen sich mit den dauerhaften Folgen des Unfalls auseinandersetzen um diese zu bewältigen. Oft ist eine komplette Neuorientierung des Lebens damit verbunden. Das Rehabilitationsteam begleitet die Betroffenen in diesem Prozess, leitet sie an und vermittelt ihnen die notwendigen Fertigkeiten (ibid.).

Der Aufenthalt im Rehabilitationszentrum ist eine mit (Todes-)Lebensangst, Schmerzen, Unsicherheit und Hilflosigkeit verbundene Situation, in der die Kommunikation zwischen Behandelnden und PatientInnen eine zentrale Rolle spielt. Die notwendige innige Verbindung des Rehabilitationsteams mit den Betroffenen bedarf einer Kommunikation, die auf die individuellen Bedürfnisse der zu Rehabilitierenden eingeht. Deren Beitrag wiederum sollte in aktivem Mitwirken bestehen.

In der Literatur wird erwähnt, dass die interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus spezielle Probleme bzw. Herausforderungen mit sich bringt, die nicht nur sprachlicher sondern auch soziokultureller Natur sind.

Die Frage, wie die interkulturelle Kommunikation mit PatientInnen mit Migrationshintergrund in der stationären Rehabilitation nach Unfällen von den MitarbeiterInnen gelebt und empfunden wird, erschien im Hinblick auf die Bedeutung der Kommunikation in diesem Bereich als besonders interessant.

Für mich war diese Frage von speziellem Interesse, da die interkulturelle Kommunikation mich seit meiner Kindheit in einer biculturellen Familie begleitet. Auch meine ursprüngliche Berufswahl (Dolmetscherin und Übersetzerin) war von der Thematik der Sprachmittlung, das heißt der sprachlichen Übertragung

von Inhalten von einer Sprache in eine andere, geprägt. Dazu kommt, dass ich in einer Arztfamilie aufgewachsen bin und die Medizin als einen Bereich kennen gelernt habe, in dem es um die Essenz des Menschseins geht, in dem durch die Krise einer Krankheit oder eines Unfalls der Mensch „seiner äußeren Hüllen beraubt“ sich in seinem innersten Wesen mit seinen zentralen Werten und Einstellungen, Ängsten und Sorgen offenbart.

Für die methodische Annäherung wählte ich einen qualitativen Zugang mit ExpertInneninterviews (genauere Informationen dazu im Kapitel 4).

Die Arbeit ist folgendermaßen aufgebaut:

Das erste Kapitel der Arbeit beschäftigt sich mit theoretischen Konzepten und erläutert die Begriffe „Migration“, „interkulturelle Kommunikation“ sowie „stationäre Rehabilitation nach Unfällen“. Darauf folgt im Kapitel 2 der Forschungsstand in Bezug auf die Kommunikation im Krankenhaus sowie auf die interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus, in der Rehabilitation und speziell in der stationären Rehabilitation nach Unfällen. Das dritte Kapitel ist der Darstellung der Ziele und Fragestellungen der Untersuchung gewidmet. Im vierten Kapitel folgt eine Erläuterung der Methodik. Im Hauptteil der Arbeit (Kapitel 5) werden die empirischen Ergebnisse eingehend dargelegt. Im Kapitel 6 folgt die Diskussion. Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis für eine Optimierung der interkulturellen Kommunikation werden im Kapitel 7 präsentiert.

Wenn im folgenden Text nicht immer beide Geschlechtsformen benannt werden, und stattdessen nur die männliche Form verwendet wird, so soll dies ausschließlich dem besseren Sprachfluss und damit der Lesbarkeit dienen.

1 Theoretische Konzepte

1.1 Migration

Nach einer Definition der UNESCO (o.J.) ist Migration das Überschreiten von politischen oder administrativen Grenzen für ein bestimmtes Mindestmaß an Zeit. Dazu gehören auch die Bewegung von Flüchtlingen und Migranten aus wirtschaftlichen Gründen. Interne Migration erfolgt innerhalb eines Landes. Von internationaler Migration spricht man bei Überschreiten staatlicher Grenzen. Nicht zur Migration gehören temporäre Grenzüberschreitungen im Rahmen von Tourismus, bei denen die sozialen Beziehungen zwischen Individuen und Gruppen unverändert bleiben. Migration kann aus verschiedenen Motiven (Ökonomie, Familienzusammenführung, Flucht), legal oder illegal erfolgen.

1.2 Interkulturelle Kommunikation

Kommunikation kann man nach Maletzke (1996) als wechselseitigen Prozess der Bedeutungsvermittlung zwischen mindestens zwei Personen beschreiben. Damit Kommunikation stattfindet, müssen zwei Menschen miteinander in Beziehung treten. Ein Sender übermittelt einem Empfänger eine Nachricht; der Empfänger reagiert, wird selbst zum Sender und so fort, woraus sich eine Beziehung entwickelt. Erfolgreich ist die Kommunikation dann, wenn der Empfänger die Intention des Senders beim Senden der Nachricht erkennt und versteht. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Wahl des richtigen verbalen oder paraverbalen Kanals (Posner-Landsch, 2001).

Für Maletzke (1996, 37) ist interkulturelle Interaktion bzw. Kommunikation dann gegeben, wenn „die Begegnungspartner verschiedenen Kulturen angehören und wenn sich die Partner der Tatsache bewusst sind, dass der jeweils andere ‚anders‘ ist, wenn man sich also gegenseitig als fremd erlebt.“

Auch für Loenhoff (2003) besteht interkulturelle Kommunikation dann, wenn die Teilnehmer kulturelle Differenzen für die Eigenschaften und Schwierigkeiten des interpersonellen Mitteilungsgeschehens verantwortlich machen, das heißt, wenn bestimmte Verhaltensweisen (fremde wie eigene) als kulturspezifisch angesehen werden.

Eine Reihe von Faktoren können den Erfolg/Misserfolg der interkulturellen Kommunikation beeinflussen, wie Müller(-Jacquier) (1992, 142) anführt, wie zum Beispiel das „Lexikon“, das heißt die Existenz von Begriffen und deren Interpretation, aber auch Differenzen in den Sprechhandlungen und Sequenzen, unterschiedliche Organisation des Gesprächsablaufs, Auswahl der Themen oder Art wie man Aussagen macht. Weitere Faktoren sind kulturspezifische Werte

wie zum Beispiel Individualismus/Kollektivismus, Grad der Machtdistanz oder der sozialen Distanz. Bei der Kommunikation spielen paraverbale Faktoren (Sprechrhythmus, Lautstärke, Pausen usw.) ebenso eine wichtige Rolle wie non-verbale Faktoren (Mimik, Gestik, Blickkontakt usw.).

Maletzke (1996, 42) macht die Tatsache, dass Menschen unterschiedlicher Kulturen beim Zusammentreffen feststellen, dass es unterschiedliche Arten des Erlebens, des Denkens und des Verhaltens gibt, dafür verantwortlich, dass es dabei unweigerlich zu Problemen kommt. Nur wenn man sich der eigenen Kultur bewusst ist, deren Prägung in der Wahrnehmung erkennt, kann man Kommunikationsprobleme mindern, indem man die notwendige kritische Distanz bekommt.

Posner-Landsch (2001, 61ff) ist hingegen der Meinung, die interkulturelle Kommunikation, zum Beispiel zwischen einheimischen Ärzten und ausländischen Patientinnen, sei nicht störanfälliger als jene zwischen einheimischen Patientinnen und Ärzten, da grundsätzlich jeder jedem anderen fremd ist. Selbsterkenntnis ist daher die Voraussetzung für jegliche gelungene interpersonelle Kommunikation.

1.3 Stationäre Rehabilitation nach Unfällen

Das Phänomen „Unfall“ bedeutet, dass, ohne Vorbereitung, ein Ereignis eintritt, das direkt in das Leben und in die Befindlichkeit eines Menschen und dessen Familie eingreift. Im Unfallkrankenhaus bzw. in der Unfallabteilung ist die Verweildauer geringer; die Verletzungen heilen durch rasch durchgeführte Eingriffe, die zudem im Ablauf streng reglementiert sind, in verhältnismäßig kurzer Zeit, also wenigen Tagen oder Wochen. Wo Funktionsstörungen und verbleibende Defizite es erfordern, schließt an die Unfallheilbehandlung ein wochen- oder monatelanger stationärer Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum an. Die Rehabilitation umfasst die bestmögliche physische, psychische und soziale Wiederherstellung zur Reintegration des/der Betroffenen (Jennings 1993; Norman et al. 2004). Die Rehabilitation besteht aus dem Zusammenspiel von Medizin (Chirurgie, Interne, Urologie, Neurologie, Physikalische Medizin, Allgemeinmedizin) spezialisierter Pflege, differenzierter Therapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und manches mehr), Psychologie und Sozialarbeit, sowie weiteren, allenfalls notwendigen Maßnahmen, wie Prothetik, Ganganalyse usw.

Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam begleitet die Betroffenen in dieser Phase der Bewältigung und Umstellung, leitet sie an und unterstützt sie, sodass diese ihre Ziele und Vorstellungen realisieren können und lernen mit und trotz ihrer Funktionsstörungen bzw. Behinderung zu leben (Jennings 1993).

2 Forschungsstand

2.1 Kommunikation im Krankenhaus

Schon Hippokrates sagte „*Erst das Wort, dann die Arznei, dann das Messer.*“ und unterstrich, wie Geisler (1997) das viel später formulierte, dass die richtige Handhabung der Sprache gekoppelt mit empathischer Zuwendung ein hochwirksames Instrument der Heilbehandlung darstellt.

In der Kommunikation zwischen Behandelnden und PatientInnen kommt der Sprache eine zentrale Bedeutung zu. Über die Sprache vermitteln die PatientInnen den Behandelnden für die Diagnose und Behandlung wichtige Informationen, teilen Krankheitssymptome und -empfinden mit. Mittels der Sprache informieren die Behandelnden die PatientInnen über Sinn und Zweck des Heilvorgangs und notwendige Behandlungsschritte. Sprache ist aber nicht nur ein Medium für die Übermittlung notwendiger Information; sie bietet die Möglichkeit, Gefühle mitzuteilen, Empathie und Zuwendung auszudrücken und dient dazu, Vertrauen aufzubauen (Wesselmann et al. 2004, 18ff), denn wie Watzlawick, Beavin und Jackson (1969) ausführen, hat Kommunikation immer sowohl einen Sachaspekt wie einen Beziehungsaspekt.

Die Kommunikation im Krankenhaus ist allerdings geprägt von ihr spezifischen Problemen wie jenes der „*Fachsprache versus Laiensprache*“; die Behandelnden verwenden eine medizinische Fachterminologie, die für PatientInnen oft nicht verständlich ist (Löning & Rehbein 1993). Das Ungleichgewicht an Fachwissen führt auch zu einer Machtasymetrie in der Kommunikation (Posner-Landsch 2001, 64f). Die geringe Zeit, die für Kommunikation zu Verfügung steht, erschwert diese ebenfalls (Hömke 2002, 26ff). Ein weiterer Faktor ist die immer stärkere Technisierung der Diagnostik, die die Gespräche in den Hintergrund rücken lässt (Geisler 1997).

In Heilberufen Tätige sind in ihrem Handeln geleitet vom grundsätzlichen Wunsch zum Wohle der ihnen anvertrauten PatientInnen zu wirken. Jede Infragestellung dieses Zieles, zum Beispiel durch misslungene Kommunikation mit den PatientInnen, löst Unbehagen und Unzufriedenheit aus (Borde et al. 2000, 142; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2005, 3; Kentenich et al. 2001, 136ff).

2.2 Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der interkulturellen Kommunikation in der Rehabilitation und insbesondere in der stationären Rehabilitation nach Unfällen

Die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind in steigendem Ausmaß mit kultureller Vielfalt und den damit verbundenen spezifischen Ansprüchen und Herausforderungen konfrontiert (Die Amsterdamer Erklärung 2005; Eichbauer et al. 2004; Saladin 2006).

So umfangreich die Literatur über interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus im Allgemeinen ist, insbesondere in der Gynäkologie und in der Kinderheilkunde, so wenige Arbeiten beschäftigen sich mit der interkulturellen Kommunikation in der stationären Rehabilitation nach Unfällen (Arango Lasprilla & Niemeier 2007; Elliott & Uswatte 2000; Saltapidas & Ponsford 2007; Uswatte & Elliott 1997). Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass die Zahl der Betroffenen, die eine Rehabilitation nach einem schweren Unfall benötigen, verhältnismäßig gering ist, trotz der Folgeschwere des Ereignisses. Länder bzw. Kontinente, die sich selbst als Einwanderungsländer sehen, wie die USA, Kanada, Australien oder Neuseeland, haben sich mit dieser Problematik eher auseinandergesetzt (Arango Lasprilla & Niemeier 2007; Elliott & Uswatte 2000; Hawker o.J.; Niemeier et al. 2003; Saltapidas & Ponsford 2007; Uswatte & Elliott 1997).

Im Krankenhaus stehen sich bei der interkulturellen Kommunikation auf der einen Seite die MitarbeiterInnen der Gesundheitseinrichtung wie ÄrztInnen, PflegerInnen oder TherapeutInnen und auf der anderen Seite PatientInnen anderer Herkunft gegenüber (Pöchhacker 1997).

Kommunikationsstörungen, die zum Beispiel auf fehlender sprachlicher Kompetenz beruhen oder durch fehlendes Hintergrundwissen zu kulturellen Zusammenhängen, zu unterschiedlichen Arten des Krankheitserlebens und -verständnisses oder zur Rolle des Arztes entstehen, können weit reichende Auswirkungen auf die Therapie haben. Sie können eine Diagnosestellung verzögern und/oder erschweren, zu zusätzlichen eigentlich nicht notwendigen Untersuchungen führen, einer notwendigen Behandlung im Wege stehen oder auch die Effizienz der Behandlung wegen mangelnder Compliance verringern (Bischoff 2003; Bischoff et al. 2006, 18ff; Bowen 2001, 61ff; Brucks 2002, 51-55; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2005; Council of Europe 2006; Eichbauer et al. 2004, 9ff; Novak-Zezula et al. 2005).

2.2.1 Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten

Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten werden in zahlreichen Arbeiten als vordringliches Problem der interkulturellen Kommunikation im Krankenhaus angesehen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2005, 3; Council of Europe Explanatory Memorandum o.J., 14; Dreißig 2005, 131; Gilgen 2002, 25).

Bei einer Studie von Pöchhacker (1997) über Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Spitälern sind fast alle befragten MitarbeiterInnen unsicher, ob sie von den PatientInnen wirklich verstanden werden und fast die Hälfte der KrankenhausmitarbeiterInnen ist mit der Praxis der Kommunikation nicht zufrieden. Schwierigkeiten in der interkulturellen Kommunikation führen aus Sicht der MitarbeiterInnen auch zu einem größeren Zeitaufwand (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2005, 6; Eichbauer et al. 2004, 17; Pöchhacker 1997; Tuschinsky 2002). Die Betreuung von MigrantInnen wird von den Behandelnden als anstrengender und lästiger bzw. als störend empfunden (Borde 2001, 101; Kentenich et al. 2001; Plasser 2005). Die Effektivität und Zufriedenheit der MitarbeiterInnen können beeinträchtigt sein (Bowen 2001, 95).

In der Rehabilitation ist die sprachliche Verständigung von großer Bedeutung wie Smart und Smart (1995), Leal Idrogo (1995) und Brice und Campbell (1999) aufzeigen. Sprache ist Ausdruck der Identität und hat Auswirkung darauf, wie Konzepte der Bildung, Berufstätigkeit, Behinderung und Rehabilitation von PatientInnen wahrgenommen werden (Smart & Smart 1995). Es ist daher schwer, ein Grundverständnis für die Rehabilitation zu vermitteln, wenn die entsprechenden Ausdrücke sich in einer anderen Sprache nicht wieder finden (Jezewski & Sotnik 2001). Jezewski und Sotnik (wie auch Elliott & Uswatte 2000 und Niemeier & Arango Lasprilla 2007) verweisen auch darauf, dass nicht nur die verbale sondern auch die nonverbale Kommunikation in der Rehabilitation zu Missverständnissen führen kann.

Gerade dort wo die PatientInnen aktiv mitarbeiten müssen, wie das in der Rehabilitation der Fall ist, ist aber die Qualität der Kommunikation eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg einer Therapie, wie Klaber Moffett und Richardson (1997) für den Bereich der Physiotherapie aufzeigen.

Die KrankenhausmitarbeiterInnen trachten mit den verschiedensten Bewältigungsstrategien, die sprachlichen Kommunikationsbarrieren zu überwinden, beginnend mit einer Kommunikation „mit Händen und Füßen“ (Pöchhacker 2000, 163; Wesselmann et al. 2004, 48). Eine Verständigung „in vereinfachtem Deutsch“ (Pöchhacker 1997) oder „Tarzanddeutsch“ (Zimmermann 2000, 16) ist häufig, nur manchmal kommt eine von beiden beherrschte Drittsprache zum Einsatz.

Sehr oft erfolgt die sprachliche Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen über Dritte. Es handelt sich dabei häufig um Begleitpersonen der Pa-

tientInnen, Verwandte (zum Beispiel Ehegatten oder Kinder) oder auch KrankenhausmitarbeiterInnen mit Fremdsprachenkenntnissen bzw. mit Migrationshintergrund (Alloui 2005, 18; Schultz 2007). Sehr häufig wird Reinigungspersonal zum Dolmetschen herangezogen (Pöchhacker & Kadric 1999). Krankenhausintern kommen oft auch Pflegepersonen aber nur gelegentlich ÄrztInnen zum Einsatz. Externe professionelle DolmetscherInnen werden nur selten herangezogen (Pöchhacker 1997; Wesselmann et al. 2004, 48ff). Als Gründe dafür werden die Kosten und der organisatorische bzw. zeitliche Aufwand angeführt (Borde 2002; Uebelacker 2007, 56).

Die Dolmetschung durch Begleitpersonen wird durchaus als problematisch angesehen, da deren Sprachkenntnisse oft nicht ausreichen, sie Fachausdrücke nicht verstehen oder sie zum Beispiel durch die kurze Übersetzung einer langen Aussage oder aber auch die langwierige Übersetzung eines kurzen Sachverhalts verunsichern (Bischoff 2003, 27ff; Bischoff et al. 2006, 29; College of Nurses of Ontario 2005; Downing & Roat 2002; Elderkin-Thompson et al. 2001; Pöchhacker 1997; Voigt & Praez-Johnsen 2001).

Familienmitglieder sind oft sehr schlechte Dolmetscher, sie können in einem Rollenkonflikt zwischen ihrer familiären Bindung und der Dolmetschung stehen, modifizieren die Botschaft, fügen Dinge hinzu, lassen Unangenehmes weg und kontrollieren die Interaktion statt sie zu ermöglichen (Downing & Roat 2002; Sampson 2006). Insbesondere Kinder können mit dieser Aufgabe überfordert sein, da sie mit schwierigen Themen konfrontiert werden und auch ihre Sprachkenntnisse oft nicht ausreichen (Downing & Roat 2002; Eichbauer et al. 2004, 27ff; Jacobs et al. 1995; Pöchhacker 1997; Sampson 2006).

Auch in der Rehabilitation ist eine kompetente Dolmetschung essentiell. Das Einsetzen von Laiendolmetschern wie Familienmitgliedern, insbesondere Kindern, aber auch von anderen Menschen, die eine persönliche Beziehung zum Patienten/zur Patientin haben, kann in der Rehabilitation ebenfalls zu ungenauer und/oder unrichtiger Dolmetschung führen (Jezewski & Sotnik 2001; Smart & Smart 1995).

Die Dolmetschung im Krankenhaus durch zweisprachiges nicht-klinisches (Reinigungspersonal, Empfang, Küchenpersonal) oder klinisches Krankenhauspersonal (ÄrztInnen, Pflegende, TherapeutInnen) wird auch nicht als zufrieden stellend angesehen (Bischoff 2003, 38ff; Bischoff et al. 2006, 32; Downing & Roat 2002, 9; Elderkin-Thompson et al. 2001; Pöchhacker 1997; Pöchhacker & Kadric, 1999). Es kommt vor, dass die Sprachkenntnisse der dolmetschenden MitarbeiterInnen für eine korrekte Dolmetschung nicht ausreichen (Cross Cultural Health Care Program o.J.); dass – selbst beim klinischen Personal – die Fachterminologie nicht ausreichend in der einen oder anderen Sprache bekannt ist und es zu fehlerhaften Übersetzungen kommt (Elderkin-Thompson et al. 2001;

Pöchlhacker 1997). Die klinischen MitarbeiterInnen können sich auch in einem Rollenkonflikt zwischen Dolmetschung und ihrer eigenen Fachkompetenz befinden (Bischoff 2003; Bowen 2001). Dazu kommt, dass die MitarbeiterInnen in dieser Zeit nicht ihrer eigentlichen Arbeit nachgehen können oder dann nicht zur Verfügung stehen, wenn sie zur Dolmetschung gebraucht würden (Ledyakina et al. 2007; Pöchlhacker 1997; Sampson 2006).

Nicht in Sprachmittlung geschultes Krankenhauspersonal kann die Botschaft verändern, verzerren oder verfälschen und mit der komplexen Aufgabe der Dolmetschung überfordert sein. Die Beherrschung einer Sprache ist noch kein Garant dafür, dass jemand Inhalte sachgemäß wiedergeben kann (Elderkin-Thompson et al. 2001; Meyer 2003; Pöchlhacker 1997; Sampson 2006).

Die Dolmetschung durch spezifisch geschulte MitarbeiterInnen verläuft wesentlich besser (Downing & Roat 2002, 9; Meyer 2003; Sampson 2006).

GemeindedolmetscherInnen („Community interpreters“), die vor Ort „face to face“ dolmetschen (Akbal 2001, 119; Salman o.J.) führen ebenfalls zu einer besseren Qualität der Dolmetschung und einer größeren Zufriedenheit mit den Ergebnissen. Weitere erfolgreiche Varianten sind der Einsatz externer professioneller DolmetscherInnen entweder vor Ort oder beim Telefondolmetschen; letzteres birgt den Vorteil der leichten Verfügbarkeit rund um die Uhr, allerdings muss die Qualität der Dolmetschenden gesichert sein (Bischoff & Grossmann 2006, 34ff; Gracia-Garcia 2006; Kelly 2007; Sampson 2006).

Ein weiteres Hilfsmittel zur Kommunikation sind (nicht sehr oft vorliegende) übersetzte schriftliche Informationen (Deininger 2007; Wesselmann et al. 2004, 45 ff). Hier muss aber darauf geachtet werden, dass PatientInnen AnalphabetInnen sein können (Eichbauer et al. 2004, 20; Wesselmann et al. 2004, 46).

Zur rechtlichen Situation in Bezug auf Dolmetschung im Krankenhaus in Österreich führen Krepler, Hackl und Marzi (2002, 42) an, dass ein hinreichend sprachkundiger Mittler beizuziehen ist. Die Kosten sind aber vom Patienten (!) zu tragen. Wimmer und Ipsiroglu (2001) sind hingegen der Auffassung, die Aufklärungspflicht verpflichte das ärztliche Personal des Krankenhauses, die Aufklärung so zu gestalten, dass sie von den PatientInnen verstanden wird. Das bedeutet, dass der Einsatz von DolmetscherInnen bei nicht-deutschsprachigen PatientInnen verpflichtend ist. Bei Einsatz von ungeschulten Personen zur Dolmetschung haften die ÄrztInnen für die Folgen einer falschen Therapieentscheidung aufgrund mangelhafter Verständigung wie auch Pöchlhacker (1997, 178) ausführt.

2.2.2 Soziokulturelle Aspekte

Neben diesen sprachlichen Aspekten der Kommunikation wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass soziokulturelle Aspekte die Kommunikation im Krankenhaus wesentlich beeinflussen bzw. beeinträchtigen können (Anderson et al. 2003; Bischoff 2003; Council of Europe 2006; Dreißig 2005, 156; Gilgen 2002, 25; Tuschinsky 2002). Einige AutorInnen sind der Meinung, die Sprachprobleme stellten sogar nur „die Spitze des Eisbergs“ dar (Boll-Palievskaya 2005; Yildirim-Fahlbusch 2003).

Die Ursachenzuschreibung von Krankheiten, das Krankheitsverständnis und das Krankheitsverhalten (Borde 2002; Kleinman & Benson 2006; Kleinman et al. 1978; Kuhn 2000; Lux 2003, 46ff; Wesselmann et al. 2004; Zimmermann 2000), anderes (stärkeres) Schmerzempfinden und intensiverer oder geringerer Leidensausdruck (Arbeitsgruppe interkulturelle Pflege 1997, 164ff; Berg 2001; Helman 1986, 95ff; Hüper 1997, 171ff; Kohnen 2003; Kvarén & Johansson 2002; Spector 1991; Wesselmann et al. 2004; Yildirim-Fahlbusch 2003), aber auch die Erwartung an die Behandlung und an die Behandelnden bzw. das Verständnis der Rolle des Arztes (Boll-Palievskaya 2005; Ernst 2000) können zu Missverständnissen oder Unverständnis führen. Die Rolle und Bedeutung der Familie in der Pflege des/der Kranken kann ebenfalls je nach Kultur variieren (Lustig & Koester 2003; Schouler-Ocak 2007).

Borde (2002, 88) warnt aber wie Dreißig (2005, 175) vor einer Kulturalisierung des Schmerzausdrucks, das heißt vor einer kulturellen Zuordnung besonderer Schmerzempfindlichkeit und vor Stereotypisierung.

Weitere kulturelle Aspekte sind religiöse Pflichten, Speisevorschriften oder Schamgefühl (Eichbauer et al. 2004; Graebe o.J.; Ilkilic 2006; Interkultureller Frauenverein Dschanuub 2006; Kultur und Gesundheit o.J.; Wesselmann et al. 2004, 62). Der Umgang mit diesen erscheint allerdings eher erprobt und wenig problematisch (Borde 2002; Eichbauer et al. 2004, 19).

Als durchaus positiv werden von Seiten der MitarbeiterInnen Freundlichkeit, Respekt und Achtung vor den Behandelnden und auch der höhere Stellenwert der Familie dargestellt (Borde 2002, 329ff; Voigt et al. 2002). Dieser führt aber wieder zu einem Konfliktfeld im Krankenhausalltag und zwar wegen der großen Anzahl von Besuchern (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2005, 5; Borde 2002, 329ff; Dreißig 2005, 156ff; Eichbauer et al. 2004), die den Versorgungsablauf bzw. Stationsalltag beeinträchtigen können. Auch die unterschiedlichen Rollenbilder und dadurch Verhaltensregeln für Männer und Frauen bzw. eine andere tradierte Rollenverteilung in der Familie und die (mangelnde) Akzeptanz von weiblichen Behandelnden wird als problematisch thematisiert (Borde 2002, 329ff).

Sozioökonomische Faktoren sind bei der interkulturellen Kommunikation ebenfalls zu berücksichtigen (Council of Europe 2006). Unterschiedliche Schichtzugehörigkeit oder ein stark unterschiedliches Bildungsniveau können die Kommunikation innerhalb einer Institution beeinträchtigen (Pöchhacker 1997).

Soziokulturelle Aspekte in der Rehabilitation

In der Rehabilitation ist es von zentraler Wichtigkeit, dass die MitarbeiterInnen erfassen, was eine Beeinträchtigung/Behinderung für die Betroffenen bedeutet und welche Wünsche und Ziele sie in Bezug auf ihre Rehabilitation haben.

Die Zugänge zur Behinderung sind kulturell unterschiedlich, wie auch Gesundheits-/ Krankheitskonzepte und Körpervorstellungen (Crabtree et al. 2006, 4ff; Groce 1999; Niemeier et al. 2003; Uske et al. 2001, 104). Was in einer Gesellschaft als Behinderung angesehen wird, muss in einem anderen Land nicht so gesehen werden, genauso wie die Gewichtung von Behinderungen stark unterschiedlich sein kann. Auch die Modelle der Kausalität von Behinderungen und der Umgang mit Behinderung differieren sehr stark (Groce 1999; Helman 1986; Leavitt 1999; Loveland 1999; Multicultural Disability Advocacy Association o.J.; Niemeier & Arango Lasprilla 2007). Eine Behinderung kann je nach Kultur als Strafe, als eine Prüfung, ein Lernprozess oder auch als ein Geschenk angesehen werden (Multicultural Disability Advocacy Association o.J.; Uswatte & Elliott 1997). Es mag auch sein, dass das Konzept der Rehabilitation selbst den PatientInnen fremd ist (Saltapidas & Ponsford 2007), wenn es zum Beispiel aus ihrer Sicht nur zwei Möglichkeiten bei einer schweren Krankheit oder einem Unfall gibt – den Tod oder die volle Wiederherstellung (Fitzgerald 1992).

Auch die der Rehabilitation in einem bestimmten Land (zum Beispiel den USA) implizit zugrunde liegenden Wertvorstellungen, wie „Autonomie“, „Erfolg“ oder „Selbstständigkeit“ stellen ein kulturelles Konstrukt dar, das nicht unbedingt jenem der PatientInnen entspricht (Burck 1999; Jezewski & Sotnik 2001; Niemeier et al. 2003; Uswatte & Elliott 1997).

Zielvorstellungen eines erfüllten und sinnvollen Lebens können sehr stark differieren, was zu großen Spannungen zwischen Behandlungsteam und PatientInnen führen kann, wenn diese Vorstellungen nicht ausgesprochen und bewusst gemacht werden. Beispielhaft angeführt sei hier die geringere Bedeutung von Unabhängigkeit für den Patienten/die Patientin im Hinblick auf die erwartete und selbstverständliche Betreuung durch die Familie (Saltapidas & Ponsford 2007; Shaw & Hugues 2006; Uswatte & Elliott 1997).

Unterschiedliche kulturelle Zugänge zum Sinn von Therapien bzw. der Funktion des Behandelnden und der Rolle des Patienten/der Patientin können den Therapieerfolg beeinträchtigen, wie Le Grange (2006) für den Bereich der Ergotherapie in der Rehabilitation nach Unfällen ausführt.

Für den Erfolg der Rehabilitation ist es ausschlaggebend, die Wünsche und Vorstellungen des Patienten/der Patientin zu berücksichtigen, seine/ihre Träume und Vorstellungen für sein/ihr Leben, seine/ihre persönlichen Erfahrungen und Ansichten zur Welt, zu seiner/ihrer Rolle in dieser und in seiner/ihrer Familie usw. bewusst wahrzunehmen und zu respektieren, denn diese bedingen auch die Ziele, die er/sie sich setzt (Bruns 2004; Hawker o.J.; Normann et al. 2004) und seine/ihre Ansichten zu einem sinnerfüllten Leben (Jennings 1993) bzw. wie es Crabtree et al. (2006) ausdrücken zu einem „personal good life“.

Arbeiten MitarbeiterInnen und PatientIn aneinander vorbei, weil die Kommunikation nicht erfolgreich verläuft, könnte der Erfolg der Rehabilitation in Frage gestellt sein.

Die Frage der interkulturellen Kommunikation ist in der Rehabilitation in allen Bereichen präsent, bis hin zu den Assessment-Verfahren (Niemeier et al. 2003) und zur Begutachtung zur Einstufung des Ausmaßes einer Beeinträchtigung und daher der möglichen Rentenleistung (Koptagel-Ilal 1999).

3 Ziele der Untersuchung und zentrale Fragestellungen

3.1 Ziele der Untersuchung

Die vorliegende Arbeit ist der interkulturellen Kommunikation zwischen MitarbeiterInnen und PatientInnen mit Migrationshintergrund gewidmet. Sie soll aus Sicht der MitarbeiterInnen untersuchen, ob, inwieweit bzw. in welcher Weise in einem traumatologischen Rehabilitationszentrum im Einzugsgebiet von Wien sprachliche und / oder soziokulturelle Faktoren die interkulturelle Kommunikation zwischen den Mitgliedern des Rehabilitationsteams und PatientInnen mit Migrationshintergrund beeinflussen.

Es soll empirisch die Kommunikation aus Sicht der Mitglieder des Rehabilitationsteams analysiert werden. Ziel ist es, Hindernisse und Barrieren in der Kommunikation zwischen Rehabilitationsteam und Patientinnen mit Migrationshintergrund aufzuzeigen, wobei die Gesprächsrichtung von den MitarbeiterInnen des Rehabilitationsteams zu den PatientInnen im Mittelpunkt der Arbeit steht.

Weiters sollen Ansätze für eine Optimierung der interkulturellen Kommunikation in der Rehabilitation herausgearbeitet werden.

Anhand qualitativer Forschungsmethoden werden aus der subjektiven Sicht der MitarbeiterInnen spezifische Problembereiche, Alltagserfahrungen, Einstellungen und Sichtweisen erhoben.

Inwieweit geht aus den Äußerungen der MitarbeiterInnen eines Rehabilitationszentrums hervor, dass die erschwerte oder unzureichende Kommunikation mit PatientInnen mit Migrationshintergrund die Ausübung ihrer Tätigkeit beeinträchtigt?

Ist es möglich die Null-Hypothese „Es besteht kein Unbehagen der MitarbeiterInnen eines Rehabilitationszentrums, das durch sprachliches und / oder soziokulturelles Unverständnis hervorgerufen wird.“, durch Interviews der Betroffenen zu verwerfen?

Wenn ein Unbehagen der MitarbeiterInnen eines Rehabilitationszentrums in der interkulturellen Kommunikation besteht, ist dieses auf sprachliche und / oder soziokulturelle Aspekte zurückzuführen?

3.2 Zentrale Fragestellungen

Für die qualitative Exploration werden auf Grundlage von ExpertInneninterviews mit MitarbeiterInnen spezifische Fragestellungen aufgegriffen.

Folgenden Fragen wird nachgegangen:

- Wie erleben die MitarbeiterInnen des Rehabilitationszentrums die Kommunikation mit PatientInnen mit Migrationshintergrund?
- Wie verläuft diese Kommunikation aus sprachlicher Sicht?
- Wie gehen die MitarbeiterInnen mit geringen oder nicht vorhandenen Deutschkenntnissen der PatientInnen um?
- Wie überwinden sie sprachliche Barrieren?
- Was bedeuten diese sprachlichen Barrieren?
- Welche anderen Aspekte beeinflussen die interkulturelle Kommunikation?
- Wie wirken sich unterschiedliche Formen des Krankheits- und Gesundheitsverstehens bzw. unterschiedlicher Umgang mit Behinderung aus?
- Wie gehen die MitarbeiterInnen damit um?

4 Methodische Vorgehensweise

4.1 Standort der Untersuchung

Die Untersuchung wurde in einem Rehabilitationszentrum der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA), dem Rehabilitationszentrum „Weißer Hof“, in Klosterneuburg bei Wien durchgeführt.

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)

Die AUVA ist mit 4 Millionen Versicherten der größte Träger der sozialen Unfallversicherung in Österreich. Bei ihr sind ArbeitnehmerInnen, Selbstständige, SchülerInnen und StudentInnen sowie Mitglieder bestimmter freiwilliger Hilfsorganisationen gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert. Zu den Aufgaben der AUVA zählen neben der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, Erste Hilfe, die Heilbehandlung nach Arbeitsunfällen sowie die Rehabilitation und finanzielle Entschädigungen.

Rehabilitation ¹

Die AUVA verfügt über vier Rehabilitationszentren; in drei davon werden PatientInnen nach Arbeitsunfällen mit Funktionseinbußen des Bewegungs- und Stützapparates, nach Amputationen, Querschnittlähmung sowie mit Schädel-Hirn-Verletzungen (Polytraumen) stationär behandelt. Darüber hinaus führt die AUVA eine Spezialeinrichtung für die Behandlung von Personen mit Schädel-Hirn-Verletzungen. Soweit Kapazität vorhanden ist, werden auch PatientInnen nach Freizeit-, Sport- und Haushaltsunfällen und Erkrankungen rehabilitiert.

Das Rehabilitationszentrum Weißer Hof der AUVA

Das Rehabilitationszentrum Weißer Hof der AUVA liegt auf einer Anhöhe am Rande von Klosterneuburg bei Wien, wurde 1986 eröffnet und ist der Behandlung von Unfallopfern (vorwiegend nach Arbeitsunfällen) gewidmet. Von den 200 Betten sind ein Viertel für Querschnittgelähmte, ein Viertel für Schädelhirn- und Mehrfachverletzte, ein weiteres Viertel für PatientInnen mit Amputationen, Verbrennungen und anderen schweren Verletzungen, sowie ein Viertel für PatientInnen mit problematischen Eingelenksverletzungen vorgesehen.

Etwa 280 MitarbeiterInnen, ÄrztInnen unterschiedlicher Fachrichtungen, Pflegepersonen, TherapeutInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, MedizintechnikerInnen, Hilfs- und Reinigungspersonal, sowie administratives Personal

In einem **Glossar** (Anhang I) werden die wesentlichen Begriffe in der Rehabilitation erläutert.

für Verwaltung, Versorgung, Instandhaltung und Logistik sind für den reibungslosen Ablauf dieser krankenhaushähnlichen Einrichtung zuständig.

Das Einzugsgebiet umfasst primär Wien, aber auch Niederösterreich, das nördliche Burgenland und Teile von Oberösterreich.

Das Rehabilitationszentrum verfügt über 4 Bettenstationen mit jeweils rund 50 Betten. Die PatientInnen werden je nach Art ihrer Verletzung in der entsprechenden Station in Mehrbettzimmern untergebracht. Für jede Station ist jeweils ein Team an ÄrztInnen, PflegerInnen, einem Psychologen/einer Psychologin, einem Sozialarbeiter/einer Sozialarbeiterin (und auf den Stationen für querschnittgelähmte PatientInnen bzw. für PatientInnen mit Schädel-Hirn-Trauma zusätzlich PhysiotherapeutInnen und LogopädInnen) zuständig. Die Dauer des Aufenthalts beträgt im Schnitt nach Amputation 50 Tage, bei Paraplegie 143 Tage, bei Tetraplegie 184 Tage und bei Schädel-Hirn-Trauma 53 Tage (hier sind allerdings mehrere Aufenthalte mit Pausen vorgesehen).

Das Praktikum, das die empirische Grundlage dieser Arbeit darstellt, wurde in einem Zeitraum von insgesamt 14 Tagen von Juli bis September 2007 in diesem Rehabilitationszentrum sowie im Unfallkrankenhaus Lorenz Böhler der AUVA durchgeführt. Im Rahmen des Praktikums wurde durch eine Reihe von Interviews die Situation in Bezug auf die Thematik dieser Arbeit untersucht. Die Methode der teilnehmenden Beobachtung war beim Praktikum ebenfalls vorgesehen; es erwies sich jedoch, dass ein sinnvoller Einsatz dieser Methode nur über einen viel längeren Zeitraum (von zumindest mehreren Monaten) möglich wäre.

4.1.1 PatientInnen mit Migrationshintergrund

Da die Staatsbürgerschaft der PatientInnen, nicht aber deren Geburtsort bzw. ihre Ethnie und Herkunft bei der Aufnahme erfasst werden, liegen keine Statistiken zum Anteil an PatientInnen mit Migrationshintergrund vor.

Eigene Zählungen und Schätzungen der interviewten MitarbeiterInnen ergaben einen Anteil von zwischen 20 und 40 Prozent an PatientInnen mit Migrationshintergrund. Rund 60 Prozent dieser PatientInnen kommen aus dem ehemaligen Jugoslawien, rund 30 Prozent aus der Türkei. In den letzten Jahren gab es vermehrt PatientInnen aus den neuen EU-Ländern, insbesondere aus Tschechien, der Slowakei, Polen und Ungarn. Der Bogen der Herkunftsländer spannt sich aber von Westeuropa über Osteuropa bis Indien und Afrika. Rund 70 Prozent der Patienten mit Migrationshintergrund sind Männer, 30 Prozent Frauen.

PatientInnen mit geringen oder keinen Deutschkenntnissen werden als „häufig“ angegeben. Die Muttersprache(n) der PatientInnen bzw. ihre Kenntnis der deutschen Sprache (und anderer Sprachen) und der daraus möglicherweise resultierende Bedarf an Dolmetschung werden nicht erfasst. Laut Angaben der Mitar-

beiterInnen verfügen vor allem PatientInnen aus Südosteuropa bzw. der Türkei oft über geringe oder keine Deutschkenntnisse. PatientInnen aus den neuen EU-Ländern verstehen öfter etwas Englisch.

4.2 Studiendesign

Als Teil der Institution Rehabilitationszentrum verfügen die MitarbeiterInnen über große Kenntnisse der Institution, deren Organisation und Abläufen. Durch ihre Aufgaben bzw. Tätigkeiten haben sie aus ihrem beruflichen Alltag heraus Erfahrungen und Wissen, die für die Ergründung der Forschungsfrage wesentlich sind.

Für die Gespräche mit den MitarbeiterInnen wurde daher die Methodik der Experteninterviews nach Meuser und Nagel (2005a) gewählt. Diese Methodik erlaubt es nicht nur, Erfahrungen und subjektive Einstellungen der MitarbeiterInnen zu erforschen, sondern auch ihr besonderes Betriebswissen, das heißt Wissen über Strukturen und interne Abläufe zu ergründen. Nicht die Person selbst, sondern ihr Wissen ist Gegenstand der Analyse. Das Interview bezieht nicht die einzelne Person in ihrer Gesamtheit ein, sondern beleuchtet klar definierte Ausschnitte der Wirklichkeit. Der Experte / die Expertin ist Teil des Handlungsfeldes, das Gegenstand der Forschung ist (ibid.).

Besonders wichtig war es, dass die Gespräche offen geführt werden konnten, denn sie sollten einerseits Raum zum freien Erzählen bieten, andererseits war eine Vergleichbarkeit notwendig, daher wurde die Methode eines offenen leitfadensorientierten Interviews gewählt (ibid.). Um einen Rahmen vorzugeben, wurde ein Leitfaden (Anhang II) entwickelt. Der Interviewleitfaden enthielt neben statistischen Fragen zwei thematische Schwerpunkte: die sprachlichen Aspekte der Kommunikation mit PatientInnen mit Migrationshintergrund und die soziokulturellen Aspekte.

Die Vorbereitung des Leitfadens führte auch zu einer Vertiefung der Kenntnisse im untersuchten Gebiet, was eine „entspannte“ Art der Gesprächsführung ermöglichte. Die Kenntnisse erlaubten es auch, in Anlehnung an Bogner und Menz (2005, 52) durch richtige Wortwahl und Verwendung bzw. Kenntnis der Fachtermini auf unauffällige Art gleichwertige aber nicht unbedingt gleichartige Kompetenz zu signalisieren, was sich auf den Verlauf der Gespräche insofern positiv auswirkte, als die GesprächspartnerInnen sich einerseits als ExpertInnen angesprochen fühlten und andererseits mich als Interviewerin als kompetent empfanden. Gleichzeitig war es mir wichtig, eine Kompetenzzuschreibung als Expertin einer anderen Disziplin zu erreichen; ich brachte hier neben meinen durch meine langjährige Tätigkeit in der AUVA im Bereich Internationale Beziehungen erworbenen Kenntnisse über die AUVA und ihre Aufgaben sowie

über die Rehabilitation in Österreich und im internationalen Vergleich, mein Fachwissen als Dolmetscherin und Übersetzerin ein. Damit konnten die Gespräche vor dem Hintergrund unterschiedlicher Wissenszugänge und Wissensbestände, aber mit Fokussierung auf das gemeinsame Interesse an Inhalten geführt werden.

Durch das Eingehen auf die Forschungsfrage, das Erläutern meines spezifischen Interesses an dieser und des Kontexts der Untersuchung zu Beginn des Gesprächs gelang es, die Neugierde der GesprächspartnerInnen an der Sache zu wecken. Wichtig war es auch, dadurch mögliche Bedenken der Befragten auszuräumen, die Gespräche könnten (im Hinblick auf meine Tätigkeit in der Hauptstelle der AUVA) einer versteckten „Kontrolle“ durch die Führungsgremien der AUVA dienen.

4.3 Durchführung

Es wurden insgesamt 28 ExpertInneninterviews mit MitarbeiterInnen des Rehabilitationszentrums geführt. Die Befragungen erfolgten zum überwiegenden Teil im Zeitraum Juli bis September 2007 im Rahmen meines Praktikums im Rehabilitationszentrum. Einige Interviews wurden im Frühjahr 2008 geführt. Die Interviews dauerten von 20 bis 120 Minuten.

4.4 Auswahl und Sampling der InterviewpartnerInnen

An Hand des „Patientenpfades“ in der Rehabilitation, der die üblichen Etappen des Rehabilitationsvorganges darstellt (vom Einberufungsschreiben und der Ankunft des Patienten/der Patientin im Rehabilitationszentrum bis zur Begutachtung und Entlassung) wurden die Schnittstellen für interkulturelle Kommunikation erhoben und aus Sicht der MitarbeiterInnen untersucht.

Der Patientenpfad hat folgende Stationen:

- Einberufungsschreiben
- telefonischer Erstkontakt
- Anreise / Ankunft
- Portier
- Erstaufnahme (administrativ)
- Station (pflegerische, medizinische und psychologische Erstaufnahme)
- Diätassistentin
- Therapieeinteilung
- Medizinische Betreuung
- Psychologische Betreuung

- Therapien (Einzel- und Gruppentherapien: Physiotherapie, Hydrotherapie, Ergotherapie, Arbeitstherapiewerkstätten, Logopädie, Maltherapie, Musiktherapie usf.)
- weitere Angebote (Deutschkurse, EDV, Ganganalyse, Sport)
- Alltag auf der Station
- Visite
- Freizeit
- Teambesprechungen mit Patienten und Angehörigen
- Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit
- Gespräche mit SozialarbeiterInnen
- Begutachtung für die Berentung (bei Arbeitsunfällen)
- Entlassung mit Entlassungsgespräch

Interviewt wurden:

- kollegiale Führung
(Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung, Verwaltungsleitung)
- 3 ÄrztInnen (in unterschiedlichen Stationen)
- 4 PflegerInnen (in unterschiedlichen Stationen)
- 2 PsychologInnen
- 1 LogopädIn
- 2 SozialarbeiterInnen
- 1 ErgotherapeutIn (Leitung der Ergotherapie)
- 2 PhysiotherapeutInnen (Leitung und Stellvertretung)
- 1 ArbeitstherapeutIn (Leitung der Holzwerkstätte)
- 5 MitarbeiterInnen der Verwaltung
(Portier, Erstaufnahme, Sekretariat der medizinischen Direktion)
- 1 DeutschlehrerIn
- 3 MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund
(je 1 Arzt, 1 PflegerIn, 1 PhysiotherapeutIn)

Die Interviewten sind zum Teil schon seit über 30 Jahren im Rehabilitationszentrum tätig; zwei sind seit fünf Jahren oder weniger dort beschäftigt. Der Großteil der Interviewten ist zwischen 10 und 20 Jahren im Rehabilitationszentrum tätig. In der kollegialen Führung wurden 2 Männer, 1 Frau, bei den ÄrztInnen 2 Männer und 2 Frauen, bei den PflegerInnen 3 Frauen und 1 Mann, bei den PsychologInnen 2 Männer, je ein Mann und eine Frau bei den SozialarbeiterInnen und bei den TherapeutInnen 4 Frauen und 1 Mann interviewt.

In der Gruppe der ÄrztInnen, der PflegerInnen und der TherapeutInnen wurde je ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin mit Migrationshintergrund interviewt. Die Anzahl MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund im Rehabilitationszentrum ist bei den ÄrztInnen und TherapeutInnen gering, in der Pflege etwas größer.

Bei der Auswahl der GesprächspartnerInnen wurde unter Berücksichtigung der Stationen des Patientenpfades, der verschiedenen Berufsgruppen, der Position im Rehabilitationszentrum und des Geschlechts eine größtmögliche Variation im Sample gesucht.

4.5 Zeitpunkt und Durchführung der Interviews mit den MitarbeiterInnen

Die Interviews mit den MitarbeiterInnen wurden an verschiedenen Orten innerhalb des Rehabilitationszentrums durchgeführt (Büros der kollegialen Führung, Büros bzw. Arbeitsplatz der MitarbeiterInnen, Dienstzimmer der ÄrztInnen bzw. Pflegedienstzimmer, Patientenaufenthaltsraum). Die Gespräche fanden mit Einzelpersonen statt, außer in der administrativen Erstaufnahme.

Die Einbettung der Interviews in das Praktikum im Rehabilitationszentrum erlaubte eine große Flexibilität in der Festlegung der Gesprächszeitpunkte, da der Arbeitsablauf im RZ möglichst wenig beeinträchtigt werden sollte.

Die Gespräche wurden nicht mit Tonband aufgezeichnet, da die Leitung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt dies nicht gestattete. Die Abneigung einem Tonbandmitschnitt zuzustimmen ist erklärlich durch die häufige Verbindung von medizinischer Aussage und Litigation. Während der Gespräche erfolgte ein ausführliches Festhalten der Antworten in Notizentechnik mit unmittelbar an die Gespräche folgender Übertragung auf den PC. Überaus hilfreich dabei war meine langjährige Praxis als Konsektivdolmetscherin, durch die ich auf genaues notieren und wiedergeben trainiert bin. Das Gespräch mit dem Arzt mit Migrationshintergrund fand in einem Kaffeehaus statt, da dieser Arzt nicht mehr für die AUVA tätig ist. Dieses Gespräch wurde mit Tonband aufgezeichnet und vollständig transkribiert.

4.6 Akzeptanz bei den MitarbeiterInnen

Um die Kooperationsbereitschaft der MitarbeiterInnen zu sichern, wurde die Untersuchung nach Präsentation in der Generaldirektion der AUVA der kollegialen Führung des Rehabilitationszentrums telefonisch bzw. per E-Mail kurz vorgestellt. Darauf folgten Gespräche mit der kollegialen Führung. Nach deren Einwilligung übernahm ein Mitarbeiter des RZ die Erstinformation seiner KollegInnen. Von Vorteil war bei der Erhebung meine langjährige Tätigkeit in der Hauptstelle der AUVA, durch die eine Anzahl MitarbeiterInnen im RZ bereits persönlich bekannt war, und auch die Abläufe im RZ vertraut waren, gleichzeitig galt es bei einigen Interviewten auch die Befürchtung zu zerstreuen, es handle sich um eine Kontrolle der MitarbeiterInnen. Alle angefragten MitarbeiterIn-

nen waren gerne und freiwillig zu einem Gespräch bereit. Es wurde auch allen Interviewten absolute Anonymität und Vertraulichkeit zugesagt.

Die GesprächspartnerInnen zeigten sich durchwegs an der Frage interessiert. Sie waren gerne bereit, sich mit der Untersuchungsfrage auseinanderzusetzen und ihre Ansichten und Erfahrungen aus dem Arbeitsalltag darzulegen.

4.7 Auswertung der ExpertInneninterviews

Die Auswertung der ExpertInneninterviews orientiert sich an Meuser und Nagel (2005a). Die Auswertungsschritte verliefen vom konkreten Einzelfall über eine vergleichende Interpretation thematisch zusammengehöriger Passagen in verschiedenen Interviews in Richtung einer theoretischen Generalisierung (Meuser & Nagel 2005b).

Auf die Transkription der Interviews, bei der die inhaltliche Vollständigkeit im Mittelpunkt stand, folgte die Paraphrase; in eigenen Worten wurden textgetreu die Meinungen, Beobachtungen usf. der ExpertInnen wiedergegeben. Damit begann das Verdichten der Texte, dessen nächster Schritt das Versehen der verschiedenen Passagen mit Überschriften war, die sich an der Terminologie der Interviewten orientierten. Passagen mit gleichen oder ähnlichen Themen wurden danach zusammengeführt und mit einer Hauptüberschrift versehen. Die Sequenzialität der Äußerungen wurde nicht berücksichtigt. Die Äußerungen der ExpertInnen wurden im Kontext ihrer beruflichen Tätigkeit im organisationell-institutionellen Rahmen gesehen und nicht entsprechend der Stelle an der sie im Interview gemacht wurden.

Die weitere Auswertung der Interviews ging über den Einzelfall hinaus, richtete sich nach thematischen Einheiten, das heißt nach inhaltlich vergleichbaren Passagen in den Interviews. Der gemeinsame institutionelle Kontext der Interviewten, wie auch die leitfadenorientierte Durchführung der Interviews bildeten die Basis für die Vergleichbarkeit der Interviews. Die thematischen Einheiten in den einzelnen Interviews wurden zusammengeführt und die Überschriften vereinheitlicht. Darauf folgte die soziologische Konzeptualisierung, die einer empirischen Generalisierbarkeit dient. Einen weiteren Schritt der Auswertung stellt die theoretische Generalisierung dar, mit dem Ziel der Typisierung des Wissens der ExpertInnen und der Verknüpfung zu einer Theorie.

5 Ergebnisse

Bei der Darstellung der Ergebnisse stehen zuerst die sprachlichen Aspekte der Kommunikation zwischen MitarbeiterInnen und PatientInnen mit Migrationshintergrund im Mittelpunkt. Dann werden die soziokulturellen Aspekte dieser Kommunikation dargestellt. Es wird darauf eingegangen, welche Bewältigungsmechanismen die MitarbeiterInnen im Hinblick auf die Kommunikationsbarrieren entwickeln und wie diese Barrieren von den MitarbeiterInnen empfunden werden. Die Auswirkungen dieser Kommunikationsbarrieren auf die Rehabilitation werden ebenfalls dargestellt.

5.1 PatientInnen mit Migrationshintergrund

Es liegen keine Statistiken über die Anzahl PatientInnen mit Migrationshintergrund vor, da *„viele einen österreichischen Pass haben, aber Ausländer sind bzw. nicht Deutsch können.“* Die Herkunft der PatientInnen wird bei deren Aufnahme nicht erfragt, ebenso wenig deren religiöses Bekenntnis.

Aus Aussagen der MitarbeiterInnen (und eigenen Beobachtungen) geht hervor, dass eine große Zahl an PatientInnen nicht aus Österreich stammt. Je nach Station beträgt deren Anteil von 20 bis zu 40 Prozent. Den MitarbeiterInnen ist diese Tatsache bewusst.

Die ausgeübten Tätigkeiten – *„Am Bau sind viele Türken und Jugoslawen.“* – und die größere Gefährlichkeit dieser Tätigkeiten wird für diesen hohen Anteil an PatientInnen mit Migrationshintergrund verantwortlich gemacht. *„Das liegt an den Jobs, zum Beispiel in der Bauindustrie, in Abbruchfirmen oder als Dachdecker.“*

Von den PatientInnen mit Migrationshintergrund kommen *„aus dem ehemaligen Jugoslawien ca. 60 Prozent, aus der Türkei ca. 30 Prozent“*. *„Slowaken, Ungarn, Tschechen, Polen sind immer mehr, vor fünf Jahren waren sie kaum vertreten.“* Unter den PatientInnen befinden sich auch PatientInnen mit Flüchtlingsstatus. Im Rehabilitationszentrum werden PatientInnen aus den verschiedensten Ländern und Kontinenten behandelt, *„Die Patienten kommen von überall.“* In den Gesprächen erwähnt werden neben den bereits genannten Herkunftsländern von PatientInnen auch Albanien, Algerien, die Demokratische Republik Kongo, der Iran, Indien, Libyen, Marokko, Mazedonien, Tschetschenien und Tunesien.

5.2 Sprachliche Aspekte

„Ein sehr, sehr buntes Patientenkollektiv. Wirklich Patienten – weil Unfälle betreffen uns alle – aus verschiedensten Kulturen mit verschiedenen Sprachen, oft auch Sprachbarrieren, keine Frage. Also das ist natürlich ein Punkt gewesen, der gleich ins Auge sticht.“ (Arzt mit Migrationshintergrund)

5.2.1 Sprachliche Kompetenz der Kommunikationspartner

Es werden eingangs die Sprachkenntnisse der Kommunikationspartner – PatientInnen und MitarbeiterInnen – aus Sicht der MitarbeiterInnen dargestellt, bevor auf die interkulturelle Kommunikation bzw. deren sprachliche und soziokulturelle Aspekte eingegangen wird.

5.2.1.1 Sprachkenntnisse der PatientInnen

„Es gibt viele nichtdeutschsprachige Patienten.“, heben MitarbeiterInnen hervor. Einige machen sehr konkrete Angaben zur aktuellen Situation: *„Derzeit sind vier schlecht Deutsch sprechende Patienten auf der Station: ein Tscheche, ein Engländer, ein Kroat und ein Grieche.“* oder *„Da ist derzeit ein Patient aus dem Kongo bei uns, der Deutsch und Französisch spricht.“*

Die Deutschkenntnisse der PatientInnen sind sehr unterschiedlich *„Vom Sprachlichen können die Sprachkenntnisse von sehr gut bis nichts gehen.“*

Wichtig ist es für die MitarbeiterInnen, festzustellen, ob PatientInnen Deutsch verstehen. *„Bei der Erstaufnahme auf der Station fragen wir immer, falls es ein kognitiv ansprechbarer Patient ist: „Können Sie Deutsch? Verstehen Sie Deutsch?“*, wobei PatientInnen möglicherweise *„zwar Deutsch können, aber eigentlich nur Umgangdeutsch, für diffizilere Dinge reicht es dann nicht.“*

Das Alter der PatientInnen kann für Sprachkenntnisse von Bedeutung sein *„Bei der älteren Generation, die vor allem am Bau arbeitet, gibt es viele Sprachschwierigkeiten, bei der jüngeren nicht.“* Auch werden die Sprachkenntnisse als nach Nationalitäten differierend dargestellt. *„Die Polen und Albaner sprechen in der Regel gut Deutsch, andere Nationalitäten nicht.“* Nicht nur die Deutschkenntnisse, auch die Englischkenntnisse differieren, obgleich *„...die wenigsten sprechen Englisch.“*

Einige MitarbeiterInnen finden es schwer zu verstehen, *„wenn Menschen nach 25 Jahren Arbeit in Österreich eigentlich gar nicht Deutsch sprechen oder verstehen“*. Eine MitarbeiterIn empfindet, *„da fehlt es an Eigeninitiative der Leute“*, denn wenn sie selbst im Ausland leben würde, würde sie *„möglichst rasch die Sprache lernen“*. Manche PatientInnen begründen die mangelnden Deutsch-

kenntnisse damit, dass *„sie nicht den Kurs zahlen“* können. Ein Mitarbeiter erklärt das Nicht-Deutsch-Sprechen dadurch, dass die PatientInnen im Beruf, *„zum Beispiel als Estrichleger“*, Deutsch nicht brauchen und nur ihre Landessprache benutzen.

Ein Arzt mit Migrationshintergrund führt dazu aus, dass er sehr viele Menschen kennt, die *„20, 30 Jahre in Österreich leben und kaum Deutsch sprechen können.“* *„... sie sprechen nicht einmal Basisdeutsch“* und das wird oft so begründet: *„Ich bin in den türkischen Kaffeehäusern, ich lebe mit den Türken, ich arbeite in einem Unternehmen, wo nur Türken sind.“* Für ihn ist es verblüffend zu sehen, dass *„... sie es wirklich schaffen, hier mitten in einer Kultur eine andere zu leben.“* Er betont, dass dieses Phänomen *„interessanter Weise (...) sogar bei den Türken stärker ausgeprägt (ist) als bei den Ex-Jugoslawen.“* Für ihn spielt dabei die Religion eine große Rolle, denn wenn die Bosnier über lange Zeit gewohnt waren mit Christen zusammenzuleben, so ist das bei den Türken nicht der Fall und sie haben dadurch *„doch eine gewisse Berührungsangst“*.

Deutschkurse für PatientInnen

Im Rehabilitationszentrum werden Deutschkurse für PatientInnen angeboten. Eine Deutschlehrerin erläutert, dass es PatientInnen gibt, die gar nicht Deutsch können und denen sie *„die Angst vor dem Deutschlernen genommen“* hat, da die PatientInnen im Rehabilitationszentrum *„ohne Druck Deutsch lernen“* können. In den Stunden werden Vokabeln zur Person, den Körperteilen, Schmerz und Schmerzwahrnehmung vermittelt, *„damit können sie gezielter ausdrücken, wenn sie Hilfe brauchen“*. Es werden ihnen auch die *„wichtigsten (...) Anweisungen“* für die Therapien beigebracht, wie *„heben, beugen, strecken“*, da die Deutschlehrerin selbst aus ihrer Erfahrung als Patientin weiß, dass *„viele (...) resignieren“* und *„wollen die Gruppentherapien nicht mitmachen, weil sie nicht verstehen und das Gefühl haben, ausgelacht zu werden.“*

5.2.1.2 Sprachkenntnisse der MitarbeiterInnen

MitarbeiterInnen haben unterschiedliche Fremdsprachenkenntnisse: *„Englisch kann ich (...) leidlich“*. *„Englisch, Französisch, Italienisch oder Spanisch (...), das können wir abdecken. Die Ostsprachen Tschechisch, Polnisch, Türkisch, Slowakisch, Serbisch und Kroatisch machen da mehr Probleme.“* Doch wird die Nützlichkeit der vorhandenen Sprachkenntnisse hinterfragt, denn *„Was ist die Nützlichkeit von Französisch? Viel wichtiger wären Türkisch und Bosnisch, Serbisch und Kroatisch.“* Ein Mitarbeiter stellt dazu fest: *„Die Welt endet bei uns im Kopf noch immer im Waldviertel, auch wenn man bewusste Versuche macht, auch den Osten wahrzunehmen.“*

Ein Arzt mit Migrationshintergrund spricht neben seiner Muttersprache Türkisch auch Bosnisch, was ihm geholfen hat, nicht nur die türkischsprachigen PatientInnen zu betreuen, sondern zumindest teilweise auch *„jugoslawischsprachige Patienten, (die) (...) der deutschen Sprache nicht mächtig sind“*. Allerdings sind seine Kenntnisse dieser Fremdsprache so, dass er *„auf eher mehr oder weniger bescheidener Basis wirklich grundlegende Dinge (...) erfragen“* konnte und es für ihn *„nicht unbedingt einfach“* war, ein *„normales Gespräch“* zu führen.

MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund werden angeführt: *„Auf der Station gibt es eine türkische Pflegehelferin.“* *„Wir hatten auch schon Thai und Philippininnen als Schwestern.“* *„Ein Pflegehelfer (...) ist Albaner. Aber da sind die Deutschkenntnisse nicht gut genug.“* *„In der Ergo sind ein rumänischer Ergotherapeut (...) und eine ungarische Ergotherapeutin“*.

Eine Mitarbeiterin führt aus, es sei wichtig, dass MitarbeiterInnen über sehr gute Deutschkenntnisse verfügen, *„nicht wie früher philippinische Schwestern. Das war gefährlich.“* Sie müssen nämlich mit den deutschsprachigen PatientInnen und den KollegInnen gut kommunizieren können.

Sprachkurse für MitarbeiterInnen

MitarbeiterInnen wünschen sich vom Betriebsrat *„auch Kurse für Tschechisch, Slowakisch oder Türkisch“* bzw. *„Türkischkurse statt Englischkurse“*. Einige MitarbeiterInnen haben sich schon für Sprachkurse, zum Beispiel bei der Volkshochschule, interessiert, bezweifeln aber, dass es ihnen möglich wäre, *„ein ausreichendes Sprachniveau in einer Fremdsprache zu erreichen, um eine effektive Kommunikation zu ermöglichen“*.

5.2.2 Auswirkungen der sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten

Für alle befragten Berufsgruppen unter den MitarbeiterInnen - administratives Personal, Pflege, TherapeutInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen - stellt das Nicht-Verstehen einen wesentlichen Aspekt in der Kommunikation mit PatientInnen mit Migrationshintergrund dar.

Probleme bei der Verständigung

Die Probleme des Nicht-Verstehens beginnen schon beim Erhalt des Einberufungsschreibens für die stationäre Rehabilitation, denn die PatientInnen *„verstehen oft den Brief nicht“*.

Bei Telefonaten vor dem Aufenthalt im Rehabilitationszentrum gibt es auch sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, die dazu führen, dass man „geduldig (...) Dinge wiederholen“ muss.

Diese Problematik setzt sich bei der Ankunft im Rehabilitationszentrum fort und zieht sich wie ein roter Faden durch den gesamten Rehabilitationsaufenthalt.

Bei der administrativen Erstaufnahme „kann (es) schon vorkommen, dass einer ‚ja, ja‘ sagt und nichts versteht. Das ist aber auch bei Deutschsprachigen so.“ Hier werden die sprachlichen Probleme aber als „nicht so ein Problem bei der Datenaufnahme“ gewertet.

Bei der anschließenden pflegerischen Aufnahme auf der Station ist das Nicht-Verstehen wieder im Vordergrund.

„Manche Patienten, die kommen, verstehen schon den Satz ‚stationäre Aufnahme‘ nicht, und glauben, sie kommen zu einer Kontrolle, haben gar nichts mit und sind voll verwundert, wenn sie über Nacht oder länger bleiben sollen.“ (Pfleger 5).

PatientInnen haben dann die nötige Kleidung nicht dabei, „haben oft zu wenig Gewand mit, keine Socken, keine Badehose, keine Handtücher“ und „wissen nicht, was da im RZ mit ihnen geschehen wird bzw. was Rehabilitation ist“ und „warum sie sechs Wochen oder zwei Monate da sein müssen“. Administrative Formulierungen in Briefen, die die PatientInnen vom zuständigen Kostenträger erhalten, können missverstanden werden. „In den Briefen der PV (Pensionsversicherung – Anmerkung der Autorin) steht zum Beispiel, dass der Spitalskostenbeitrag für maximal 28 Tage übernommen wird, und die Patienten glauben dann, sie bleiben maximal 28 Tage.“ Allerdings ist der Rehabilitationsaufenthalt normalerweise für die notwendige Dauer genehmigt und kann daher viel länger dauern. Wenn in einem Schreiben steht, „dass die Patienten eine hundertprozentige Rente wegen Invalidität für die Dauer der Krankenbehandlung bekommen“, „braucht es mindestens fünf Gespräche, um diese Patienten zu überzeugen – was nicht immer gelingt – dass diese Rente keine Dauerrente ist.“, führt ein Mitarbeiter aus. Formulierungen in solchen offiziellen Schreiben können aber auch für einheimische PatientInnen missverständlich sein.

Eine Ärztin führt aus, bei der medizinischen Erstaufnahme ist „die Sprache (...) nicht so wichtig“, da ja die medizinische Krankengeschichte vorliegt. Wichtig ist, den Patienten zu beobachten, „um sich ein Bild von ihm zu machen, von seinen Fähigkeiten, von seinem Befinden.“

„Die Patienten sagen oft ja, aber haben nichts verstanden.“ (Pfleger 5)

Die Pflege ist viel zeitaufwändiger und man „*ist immer unsicher, ob man wirklich verstanden wurde.*“ Es ist schwierig Dinge „*mit sehr einfachen Worten*“ erklären zu müssen. Man kann „*auch nicht ‚spiegeln‘ um zu schauen, ob sie verstanden haben*“, das heißt man kann sich nicht durch gezieltes Rückfragen rückversichern, dass Patienten Anweisungen wirklich verstanden haben. „*Vor allem am Anfang eines Reha-Aufenthaltes (...) ist es schwierig, wenn man nicht gut Deutsch kann.*“

Ebenso ist es für die TherapeutInnen „*wenn die sprachliche Verständigung schwierig ist, schwer abzuschätzen, ob Patienten etwas nicht verstehen können oder wollen.*“

„*Da war zum Beispiel ein ungarischer Patient, da hatte ich das Gefühl, er versteht viel, tat die Dinge aber nicht. Jetzt ist die Frage: Will er verstehen? Oder versteht er wirklich nicht? Kann er aus seiner Situation verstehen?*“ (Arzt 3)

Von ärztlicher Seite wird ebenfalls hinterfragt, wie viel die PatientInnen, von dem, was man ihnen vermitteln will, verstanden haben, denn auch wenn sie Umgangssdeutsch können, „*für diffizilere Dinge reicht es nicht*“.

Eine Ärztin führt aus, „*die Patienten klagen viel. Das liegt oft daran, dass im Akutspital vieles gesagt wird, was nicht verstanden wurde.*“ PatientInnen „*legen sich dann bereits im Akutspital ihre eigenen Erklärungen zurecht.*“ Es ist sehr schwierig, diese zu modifizieren.

„*Therapie ohne Sprache geht eigentlich nicht.*“ (Therapie 2)

In den Therapien ist das Nicht-Verstehen „*ein sehr wichtiges Thema*“.

Für die meisten MitarbeiterInnen sind wesentliche Aspekte der Sprachbarrieren, dass sie dazu führen, dass man PatientInnen die Bedeutung und Notwendigkeit der Therapien nicht vermitteln kann und dass sogar gewisse Therapien unmöglich sind.

„*Warum muss ich Bauchmuskeltraining machen, wenn ich eine ganz andere Verletzung habe?*“ (Arzt 5)

MitarbeiterInnen unterstreichen, dass es schwierig ist, „*den Sinn und Nutzen der Therapien Patienten verständlich zu machen*“, wenn Sprachbarrieren bestehen. Bei „*nicht-deutschsprachigen, wenig deutschsprachigen, ist es schwierig, den Sinn*“ der Therapien zu vermitteln. Man kann auch „*den Umgang mit Schmerz nicht erklären*“. Es ist dann schwierig, PatientInnen, „*die eine (...) Therapie ablehnen, weil sie deren Sinn nicht verstehen, Argumente dafür zu liefern, wenn*

eine sprachliche Barriere besteht“, zum Beispiel wenn man einem Patienten auf die Frage antworten muss: *„Warum soll ich Metall-Arbeitstherapie machen? Ich bin Pizza-Koch.“* PatientInnen lehnen dann die Therapie ab und brechen sie ab.

PatientInnen ist nicht klar *„was sie eigentlich tun sollen und warum“* oder *„dass Arbeitstherapie kein Hobby ist, sondern für die Rehabilitation des Körpers gut“*. Das kann dazu führen, dass PatientInnen die Therapien versäumen, weil *„sie verstehen die Wichtigkeit und Bedeutung der Therapie nicht“* oder *„glauben, es tut sich nichts, und wollen nach Hause“*. Es kann aber auch sein, dass sie einfach *„nicht verstanden (haben), dass sich etwas im Therapieplan geändert hat.“*

Verstehen PatientInnen Anweisungen nicht, kann man sich eventuell mit Vorführen behelfen. Allerdings gehen durch sprachliche Hindernisse manche Dinge nicht. Bei Gruppentherapien *„sieht man nur, dass manche ungeschickt sind, sie schauen, wenn sie können, was die anderen tun, und die Ungeschickteren schaffen das Nachmachen eben nicht“*. Das führt zu Frust der betroffenen PatientInnen. *„Viele von diesen resignieren. Sie wollen die Gruppentherapien nicht mitmachen, weil sie nicht verstehen und das Gefühl haben, ausgelacht zu werden.“*

„Der Aufwand ist zeitlich enorm“, wenn PatientInnen die Sprache nicht können, da sie dann viel mehr Betreuung brauchen, was wieder zu Lasten der Betreuung der anderen PatientInnen geht.

Ohne Sprache ist die Rehabilitation eingeschränkt

Ein Arzt hebt hervor, dass *„die Rehabilitation (...) durch die sprachliche Barriere doch eingeschränkt“* ist und *„ohne Sprachkenntnisse (...) sicher nicht hundertprozentig wie es sein soll“* verlaufen kann.

„Wenn diese Sprachbarriere nicht wäre, aber das ist (...) kein kurzfristiges Problem. Das ist ein Problem, das sicher auch im nächsten Jahrzehnt noch sein wird, bis die dritte Generation, die vierte Generation, dieses Problem nicht mehr hat, aber das wird wahrscheinlich noch 20 bis 30 Jahre dauern.“ (Arzt mit Migrationshintergrund)

Ein Arzt mit Migrationshintergrund betont, dass die sprachlichen Schwierigkeiten von MigrantInnen auch in den nächsten Jahrzehnten ein Problem darstellen werden und meint *„man kann einfach die nächsten 20, 30 Jahre so in der Form ja nicht laufen lassen, da werden die Schwierigkeiten nicht weniger sondern mehr.“*

Gewisse Therapieangebote sind ohne gute Deutschkenntnisse gar nicht möglich, wie TherapeutInnen und ÄrztInnen hervorheben. So besteht im Rehabilitations-

zentrum eine Schmerzgruppe, „*aber Patienten, die nicht Deutsch können, können da nicht mitmachen*“.

Auch in der Arbeitstherapie sind Deutschkenntnisse notwendig, denn PatientInnen, denen man die Sicherheitsanweisungen nicht erläutern kann, „*dürfen keine Maschinen verwenden*“. Sonst „*gefährden (sie) sich und andere*.“

Mehrere MitarbeiterInnen führen an, dass die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) mit ihren Testbatterien, die sich über zwei Tage erstrecken, nicht durchführbar ist, wenn die Sprachkenntnisse nicht ausreichen. Die „*EFL (...) geht nur mit ausreichenden/guten Sprachkenntnissen. Es ist nämlich notwendig, die Anweisungen vollständig zu verstehen und sofort zu reagieren bzw. auch Fragen auf dem Fragebogen zu beantworten*.“ Diese Evaluation ist ein wichtiges Instrument, um sich ein umfassendes Bild der verbliebenen Funktionen zu machen. Aber „*Ein Drittel der infragekommenden Patienten fällt aus sprachlichen Gründen durch den Rost*.“, da die Tests ohne Sprachkenntnisse nicht durchgeführt werden können.

Ein besonderer Bereich ist die Logopädie, bei der es um Therapie von Gesichtslähmung, Schluckproblemen, Stimmproblemen und Problemen der Sprache geht.

Sind bei Gesichtslähmung mangelnde Sprachkenntnisse kein Problem, wird es bei Schluckbeschwerden, bei denen die Übungen viel komplexer sind, schon schwieriger, da hier großer Erklärungsbedarf besteht. Ganz wesentlich können sich Sprachbarrieren bei Sprachstörungen auswirken; eigentlich wäre es notwendig, dass der Logopäde/die Logopädin die Sprache des Patienten/der Patientin beherrschen, da Sprachstörungen die eine oder die andere oder alle beherrschten Sprachen betreffen können.

„*Bei Sprachproblemen ist die Muttersprache bzw. die Beherrschung der deutschen Sprache sehr wohl relevant. Es ist schwer, jemandem das Sprechen beizubringen, dessen Muttersprache nicht Deutsch ist. Da kann man auch nicht feststellen, wo die Störungen liegen. Zum Beispiel wenn das Wort ‚Glas‘ nicht da ist und ich kann es in der Sprache des Patienten nicht. Es kann vorkommen, dass die Muttersprache weg ist, aber Deutsch da, oder auch können beide Sprachen beeinträchtigt sein. Man müsste Deutsch und die Muttersprache des Patienten perfekt können, um hier wirklich effizient helfen zu können.*“ (Logopädie)

Auch in der psychologischen Betreuung wird die fehlende Sprachbeherrschung und damit Kommunikationsmöglichkeit als „*ein Teufelskreis*“ dargestellt. Weniger ausgebildete und gebildete MigrantInnen haben in der Regel schlechtere Sprachkenntnisse, „*... neigen aber zu mehr Fatalismus. Sie haben wenige Ressourcen, weniger Kraft*.“

Ein Psychologe erläutert in Bezug auf die psychologische Betreuung von PatientInnen mit zu geringen oder keinen Deutschkenntnissen: „*In 50 Prozent der Fälle ist eine psychologische Betreuung möglich. (...) In den anderen 50 nicht.*“ In solchen Fällen versucht man, andere Möglichkeiten zu nutzen, bringt „*Dinge in den Dienst ein*“. Man empfiehlt zum Beispiel, bei der Handgruppe eher sanft vorzugehen oder bei der Arbeitstherapie ablenkende Betätigungen, wie das Herstellen eines Vogelhauses, um PatientInnen vom Schmerz abzulenken.

„...es ist oft für den Patienten enorm wichtig oder aufbauend, wenn man ihn in seiner Sprache, seien es ein paar Worte, anspricht und begegnet. Es entsteht gleich ein Vertrauen (...), das sehen wir immer wieder.“ (Arzt mit Migrationshintergrund)

Ein Arzt mit Migrationshintergrund führt aus, dass PatientInnen, wenn man sie in ihrer Sprache anspricht, sich „*angenommen*“ fühlen, sich „*in vertrauten Händen wiegen*“. Er erachtet es für die Psyche als enorm wichtig, dass PatientInnen die Möglichkeit haben, sich in ihrer Sprache auszudrücken.

„*Ein Gespräch ohne Sprache ist eigentlich nicht möglich.*“ (Psychologie 2)

Eingehende Gespräche zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sind durch die Sprachbarrieren zum Teil nicht möglich, wie ein Arzt mit Migrationshintergrund erläutert, was bedeutet, dass die „*psychische Betreuung*“, zu der „*natürlich auch (...) ein Gespräch mit dem Patienten*“ gehört, nicht möglich ist. Gerade im Rehabilitationszentrum, in dem, „*was vielleicht in einem Routinespital nicht möglich ist*“, die Möglichkeit besteht, „*Gespräche zu führen, die nicht (...) auf 10 Minuten, 5 Minuten limitiert sind*“, wo „*man sich mehr Zeit nehmen kann*“ und dies „*auch für die Rehabilitation eine enorme Rolle spielt*“, ist das bedauerlich. Es geht ja darum als Arzt „*den Menschen als Ganzes zu behandeln.*“

Mit der Dauer des Aufenthalts wird die Kommunikation allerdings besser, denn „*Je länger der Aufenthalt ist, desto besser wird dann natürlich die Kommunikation, man kennt die Patienten und ihre Familien immer besser.*“

Die mangelnden Deutschkenntnisse können aber die weitere Zukunft des Patienten/der Patientin beeinflussen wie die SozialarbeiterInnen als „*Schnittstelle nach innen und nach außen*“ festhalten, denn „*ohne Deutsch sind die Umschulungsmöglichkeiten sehr eingeschränkt*“.

5.2.3 Umgang der MitarbeiterInnen mit sprachlichen Schwierigkeiten

„Wichtig ist, viel reden, viel kommunizieren.“ (Pfleger 5)

Die MitarbeiterInnen thematisieren alle die sprachlichen Schwierigkeiten, denn „das Thema ist sehr wichtig“, und haben sich verschiedene Wege zurechtgelegt, damit umzugehen. Der Bogen reicht von verschiedenen Ansätzen, um alleine Zurechtzukommen, bis zum Heranziehen von Laien oder von geschulten DolmetscherInnen zur Dolmetschung. Ein Mitarbeiter hebt „das Sprechen in ihrer Muttersprache“ mit den PatientInnen als „ein Zeichen von Zuwendung“ hervor, „ganz zentral“ ist in den Gesprächen „Respekt und Empathie“. Bekommen die PatientInnen das Gefühl, Ernst genommen zu werden, „hat man schon gewonnen“. Betont wird auch, dass es wichtig ist, viel zu kommunizieren, „man muss Dinge wiederholen“.

5.2.3.1 Kommunikation ohne Hinzuziehen von Dritten

„Mit Händen und Füßen“

MitarbeiterInnen führen an, dass sie versuchen, „mit Händen und Füßen“ zu kommunizieren, angereichert von einigen Worten Deutsch oder der Sprache des Patienten/der Patientin.

„Bei Bewegungen, die zu machen wären, habe ich mir auch schon Techniken im Lauf der Jahre zurechtgelegt, zum Beispiel: ‚Sie sind beim Fußball, machen Sie die Welle!‘ oder ‚Arme hoch, Banküberfall!‘“ (Arzt 4)

„Mit sehr einfachen Worten“

Dinge „in einfachen Worten auszudrücken“, ist ein weiterer Ansatz zur Überwindung der Sprachbarriere.

„Zum Beispiel: ‚Ich hoffe, dass es gut wird.‘ Dann muss man erklären, dass man in der Reha nicht warten darf, bis es gut wird, sondern arbeiten, mitarbeiten, damit eine Besserung kommt.“ (Psychologie 1)

Dazu ist es notwendig, „die Dinge klar und deutlich“ zu sagen. Es ist notwendig, Geduld zu haben, „man muss langsam und klar sprechen“ und „Dinge wie-

derholen“, auch wenn es schwierig ist, *„wenn man Sachen mit sehr einfachen Worten erklären muss.“*

In einer gemeinsamen Drittsprache

Die MitarbeiterInnen versuchen auch, dort wo es möglich ist, ihre Sprachkenntnisse einzubringen. *„Viele Mitarbeiter sprechen Englisch“*, der eine oder andere Französisch, Italienisch oder Spanisch. Allerdings sprechen *„die wenigsten (PatientInnen) Englisch“* und *„die Ostsprachen Tschechisch, Polnisch, Türkisch, Slowakisch, Serbisch und Kroatisch machen da mehr Probleme“*. Kenntnisse von osteuropäischen Sprachen oder Türkisch haben nur MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund.

5.2.3.2 Kommunikation mit Dolmetschung

Ein anderer Weg, sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten zu begegnen, ist es, Dritte zur Dolmetschung heranzuziehen.

Reinigungspersonal

Am häufigsten wird von den MitarbeiterInnen zum Dolmetschen auf das Reinigungspersonal zurückgegriffen.

„Ich habe das Glück, dass das Reinigungspersonal auf der Station von der AUVA angestellt ist und nicht von einer Firma kommt. Von den fünf Bedienerinnen sind vier aus dem ehemaligen Jugoslawien. Diese können für mich dolmetschen, wenn es notwendig ist. Bei einer Aufnahme hole ich immer eine Bedienerin dazu, die Ärzte tun das bei der medizinischen Aufnahme auch. Auch bei der Informationsweitergabe behelfe ich mir mit den Bedienerinnen.“ (Pfleger 5)

Reinigungspersonal oder auch Küchenpersonal wird sowohl von der Pflege als auch von den ÄrztInnen, TherapeutInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen zum Dolmetschen eingesetzt.

Der Einsatz von Reinigungskräften bei einfachen Sachen ist kein Problem, auch wenn sie eine *„einfache Sprache“* haben, zum Beispiel: *„Patient kann nix Arbeit.“* Andererseits ist die Tatsache, dass sie *„nicht die entsprechenden differenzierten Sprachkenntnisse“* haben, für komplexere Gespräche problematisch. Der Einsatz von Reinigungspersonal kann auch *„bei gewissen Themen, zum Beispiel Potenzproblemen“* schwierig sein.

Dabei kommt es vor, dass nicht nur Medizinisches gedolmetscht wird, sondern, dass „*sich ein Gespräch zwischen Patient und Putzfrau entwickelt.*“ Das führt dazu, dass „*die Patienten Dinge erzählen*“, was durchaus positiv ist.

Allerdings ist es auch so, dass man einen Satz sagt, „*sie übersetzen zwei und reden dann eine Viertelstunde mit dem Patienten und wenn man sie fragt, was sie gesagt haben, kommt nur ein Satz.*“ Oder es „*wird bei einem Gespräch von einer halben Stunde nur ein Satz übersetzt*“.

Bei großen Teambesprechungen (Besprechungen zwischen Patient/Patientin, Angehörigen, Arzt/Ärztin, Pflege, TherapeutInnen, Psychologen/Psychologin, SozialarbeiterIn) ist wenn notwendig auch eine Dolmetschung vorgesehen, „*allerdings eher mit Bedienerinnen vom Haus, das ist wirklich ein großes Problem*“.

Ein Problem beim Dolmetschen durch Reinigungspersonal ist auch „*die Vertraulichkeit*“. Es ist „*eigentlich unzumutbar und auch rechtlich sehr fraglich*“, wenn Reinigungspersonal zum Dolmetschen herangezogen wird, meint ein Mitarbeiter.

MitarbeiterInnen in Heilberufen

„*Es gibt keine Liste von (...) MitarbeiterInnen mit Sprachkenntnissen.*“ Die MitarbeiterInnen wissen aber, wer unter den KollegInnen welche Sprachen spricht. Sie nennen ganz konkret KollegInnen – ÄrztInnen, TherapeutInnen oder PflegeInnen, die Fremdsprachen beherrschen bzw. durch ihren Migrationshintergrund entsprechende Sprachkenntnisse haben. Problematisch ist es, „*wenn diese auf Urlaub (...) oder nicht im Dienst*“ sind.

Das untereinander Aushelfen bei sprachlichen Problemen wird als durchaus üblich angegeben. „*Man behilft sich im Hause*“, auch wenn das als „*suboptimal*“ angesehen wird. So ist es üblich „*wenn bei Teambesprechungen Feinheiten zu besprechen sind*“, sich „*Übersetzungshilfe aus dem Personal*“ zu holen, allerdings hat das Rehabilitationszentrum da „*nicht sehr ergiebige Ressourcen*“.

„*Wenn andere Stationen oder die Sozialarbeiterinnen die Dolmetschung durch (...) Mitarbeiter benötigen, muss das unbedingt abgesprochen werden, die fehlen nämlich dann auf ihrer Station.*“ (Pflege 2) „*So ist es auch bei fremdsprachigen Therapeuten. Wenn sie für jemanden dolmetschen, dann haben andere Patienten keine Therapie.*“ (Arzt 3)

Dolmetschende MitarbeiterInnen fehlen während dieser Zeit in ihrem eigenen Bereich, daher muss ihr Einsatz mit den Verantwortlichen vorher abgeklärt werden. Die MitarbeiterInnen „*sind nicht ausgebildet*“ zum Dolmetschen und

„werden eigentlich missbraucht“. Besser wäre es „einen Dolmetscher zu kontaktieren“, damit die MitarbeiterInnen „da nicht immer in vorderster Front stehen“. Die Sprachkenntnisse der MitarbeiterInnen reichen auch nicht unbedingt, um eine einwandfreie Dolmetschung bei einem „sehr technischen“ Gespräch zu gewährleisten, zum Beispiel über Ansprüche oder Anträge.

Es kann „eine heikle Sache sein“, MitarbeiterInnen zu bitten, zu dolmetschen. Es kommt auch vor, dass eine Mitarbeiterin „bei schwierigen Fällen“ oder für „gewisse Gespräche, zum Beispiel über sexuelle Themen, (...) oder Zukunft“ nicht dolmetschen will, „da es eher um negative Dinge, um Probleme geht“ oder „für bestimmte Patienten“ nicht dolmetschen will. PatientInnen „können (...) unangenehm werden, wenn es problematisch war“, können den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin als „Feindbild“ ansehen. PatientInnen können aber auch „sehr anhänglich“ werden und danach „mit allen Anliegen und Wünschen“ zum/zur Dolmetschenden kommen.

MitarbeiterInnen in Heilberufen mit Migrationshintergrund

„Ich dolmetsche gerne in der Sozialberatung, da geht es vor allem zum Beispiel um Pensionsanträge oder ähnliches. Das ist für mich kein Problem. Schwierig war es einmal (...), da wusste der Patient offensichtlich nicht, dass er querschnittgelähmt bleibt. (...) Da habe ich ihm nicht gesagt, dass er nie wieder gehen wird, sondern ihn auf das Teamgespräch hingewiesen. Unangenehm ist es mir, wenn (...) ich über Sachen wie Geschlechtsverkehr bei einem männlichen Patienten dolmetsche.“ (Pflege mit Migrationshintergrund)

Der Anteil an MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund ist je nach Berufsgruppe sehr unterschiedlich. Derzeit sind im Rehabilitationszentrum keine ÄrztInnen mit Migrationshintergrund tätig, es gibt ein paar TherapeutInnen mit Migrationshintergrund, in der Pflege sind ebenfalls nur eine kleine Anzahl Pflegenden mit Migrationshintergrund tätig. Es gibt keine gezielte Einstellungspolitik, die eine Mehrsprachigkeit der MitarbeiterInnen berücksichtigen würde.

Eine Therapeutin merkt an, dass zwei ihrer KollegInnen Migrationshintergrund haben und daher entsprechende Sprachkenntnisse. Allerdings „kann man ihnen nicht alle Patienten dieser Sprachgruppen zuschieben.“

Ein Arzt führt aus, dass er gerne bereit war, für KollegInnen zu dolmetschen, und „vom Feedback her hat man schon gesehen, dass die Patienten zufrieden waren“. Die PatientInnen haben nach dieser Dolmetschung „gewusst, wo sie mich finden können“ und sind auch „immer wieder zu mir gekommen (...), nachher, wenn sie was nicht verstanden haben.“, wie der Arzt ausführt.

Der Arzt erachtet das Dolmetschen als problematisch, weil er zum Beispiel bei der Dolmetschung in einem psychologischen Gespräch bezweifelt, *„ob man das so rüberbringt, auch mit dem Gefühl rüberbringt, wie der Psychologe es haben will.“* Er meint auch, das Dolmetschen ist nicht so effektiv, *„der Patient schaut ja dann (...) den Übersetzer“* an und nicht den eigentlichen Gesprächspartner.

„Wenn ich zur Arbeit komme und drei oder vier Patienten auf einmal zu mir kommen und mit mir reden wollen, weiß ich nicht, ob ich mich freuen soll, oder ob ich dann nicht so stolz bin.“ (Pflege mit Migrationshintergrund)

MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund werden oft von PatientInnen zu *„Fürsprechern“* gegenüber den anderen MitarbeiterInnen gemacht, *„vielleicht glauben Patienten, wenn ich etwas dem Arzt erkläre, bekommen sie ein Mittel, das hilft, weil das andere die Schmerzen nicht weggenommen hat.“*

Die MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund fühlen sich für ihre Landsleute persönlich verantwortlich, wissen aber nicht immer, wie sie mit gewissen Dingen umgehen sollen.

„Schwierig ist es, wenn ein türkischer Patient ganz verschwitzt ist und ich nicht weiß, ob er die Schwester nicht verstanden hat, dass er sich duschen soll. Soll ich es ihm noch einmal sagen? Wie sage ich ihm, dass er verschwitzt ist und die Wäsche wechseln soll?“ (Pflege mit Migrationshintergrund)

Angehörige

„...man hofft immer, dass ein Dolmetscher dabei ist, ein Angehöriger. Das war auch immer der Fall, allerdings auch mit bescheidenen Deutschkenntnissen.“ (Arzt mit Migrationshintergrund)

Angehörige werden immer wieder, entweder bei der Aufnahme oder bei Besuchen, zum Dolmetschen eingesetzt, denn *„meist ist die Familie mit, ein Bruder, ein Kind, das Deutsch kann.“* Angehörige werden gebeten, *„Begriffe und Antworten auch in Fremdsprachen aufzuschreiben“*, damit man eventuell dann den PatientInnen die Sätze zeigen kann.

„Bei einer bosnischen Patientin kam der Mann dolmetschen, so einmal alle Wochen oder 14 Tage. (...) Da war es dann möglich, in der Zwischenzeit aufgetretene Missverständnisse mit der Frau zu klären.“ (Psychologie 2)

Ein Arzt hebt hervor, dass bei einer solchen Dolmetschung durch Angehörige, *„die Betreuung auf eine Ebene beschränkt“* sein kann, zum Beispiel auf gewisse Therapien, dass aber die psychische Betreuung, *„die auch für eine Rehabilitation sehr wichtig ist“*, bei diesen PatientInnen ausbleibt.

Problematisch kann sein, dass die Angehörigen *„involviert“* sind, denn *„der Austausch ist dann anders“*. Familienangehörige haben *„ihre eigene Rolle in der Familie“* und *„verfolgen ihre eigenen Interessen“* oder sie wollen nicht alles übersetzen, *„weil es schlecht war“*. Begleitpersonen *„lassen oft Dinge weg“*, sie *„verkürzen die Wirklichkeit“*.

Kinder

Einen besonderen Fall unter den Angehörigen stellen Kinder als Dolmetscher dar.

Ein Arzt stellt fest, dass oft Angehörige, speziell Kinder, *„ihre eigene Sprache nicht mehr so beherrschen.“* Vor allem Kinder können oft ihre eigene Muttersprache nicht fließend sprechen, *„zumindest nicht so, dass sie Deutsch in ihre Sprache übersetzen können, sinngemäß.“* Der muttersprachliche Wortschatz der in Österreich aufgewachsenen Kinder ist *„ziemlich beschränkt“* *„auf das Alltagsleben“*. Das wirkt sich so aus, *„dass die Information einfach ganz falsch rüberkommt, weil sie einfach die Worte, die richtigen Worte, nicht finden können.“* Es gibt auch viele Themen, die für Kinder problematisch sind.

„Na ja, nachdem man ja nicht so viele Alternativen hat, kehrt man doch zur Methode (zurück). Es ist zwar nicht die beste Lösung. ... Wenn sie keine andere Möglichkeit haben, dann müssen sie's halt. Das ist auch traurig für den Patienten.“ (Arzt mit Migrationshintergrund)

Der Einsatz von Kindern zur Dolmetschung lässt sich aber nicht vermeiden, wenn es keine anderen Möglichkeiten der Kommunikation gibt.

MitpatientInnen

MitpatientInnen sind *„sehr hilfsbereit“* und *„bieten sich an, zu dolmetschen“*. Zum Teil werden auch *„Patienten aus einem Land in einem Zimmer so zusammengelegt, dass (...) einer davon dolmetschen kann“*.

Ein Arzt weist darauf hin, dass zum Beispiel *„andere türkischsprechende Patienten, die auch (...) die deutsche Sprache sprechen, doch hinzugezogen“* werden, auch wenn das *„nicht so einfach ist“*. Allerdings ist Dolmetschung durch

PatientInnen „*nicht für alles zu verwenden*“. Man kann auch nicht überprüfen, ob „*die Dolmetscher dolmetschen oder persönliche Gespräche führen*“. „*Durch Übersetzen geht auch einiges verloren oder kommt auch einiges dazu*.“ Problematisch können persönliche Konflikte sein: „*Da war einmal eine Bosnierin, die für eine Serbin gedolmetscht hat, das hat aber nicht funktioniert, man konnte die Abneigung spüren*.“

Ein Arzt meint, dass es „*sehr störend*“ ist, wenn PatientInnen oder Angehörige dolmetschend „*dazwischen*“ sind, also das Gespräch über einen Dritten läuft und daher der Kontakt zum Patienten/zur Patientin nicht so ist, wie er eigentlich sein sollte.

Externe DolmetscherInnen

Externe professionelle DolmetscherInnen werden nur sehr selten angefordert. Bezüglich des Anforderns von professionellen DolmetscherInnen weichen die Meinungen sehr auseinander. Ein Arzt meint, „*man kann immer, wenn man es braucht, einen Dolmetscher rufen*“, während Therapie und Pflege hervorheben, dass es „*schwierig ist, einen Dolmetscher zu bekommen*“ und man nur dann einen bekommt, „*wenn ein Arzt sie auch will*“. „*Es ist sehr problematisch eine (Dolmetschung) anzufordern und das zu begründen*.“ Die Kosten sind ein limitierender Faktor: „*in der Therapie haben wir noch nie Dolmetscher angefordert*“, denn DolmetscherInnen „*sind sehr teuer*“. Es gäbe zwar viele PatientInnen, für die eine Dolmetschung notwendig wäre, „*wo man es nicht macht, weil es teuer ist*“.

Dass professionelle DolmetscherInnen angefordert werden, „*das muss sehr gut überlegt sein*“. Bei einem Patienten „*geht das sicher nur einmal*“. DolmetscherInnen haben auch „*nicht sofort und immer Zeit, vielleicht erst in eineinhalb Wochen*“.

Wenn das Stationsteam beschließt, dass eine Dolmetschung notwendig ist, wird gefragt, wer dabei sein will. Dann werden die SozialarbeiterInnen gebeten, die Dolmetschung zu organisieren. Die Sozialberatung holt zum Dolmetschen gerichtlich beeidete DolmetscherInnen, als „*Garantie der Qualität*“.

Es ist auch notwendig, sich „*auf diese Gespräche mit Dolmetschern sehr genau vorzubereiten*“; man „*muss Fragen sammeln*“. Meist „*muss man für mehrere Patienten Dinge zusammen kommen lassen*“.

Beim Einsatz von professionellen DolmetscherInnen „*weiß man zumindest, dass das, was man sagt, auch so weitergegeben wird und das, was der Patient sagt, auch so zurückkommt*.“ Gut wäre es, „*wenn die Ergebnisse der Gespräche vom Dolmetscher schriftlich festgehalten würden*“, dann könnten die PatientInnen „*sie noch mal in Ruhe lesen*“.

„Ideal wäre es, Dolmetscher sozusagen ‚auf Abruf‘ zu haben“, wenn diese also „stundenweise“ oder „per Telefon“ zur Verfügung stünden.

Das Telefondolmetschen ist im Rehabilitationszentrum nicht üblich. Ein Arzt mit Migrationshintergrund, der Erfahrung mit Telefondolmetschen hat, meint „in der Medizin ist das schwierig“, denn „selbst wenn der Patient (...) das gesprochene Wort versteht und hört“, ist es nicht so als „wenn er das passende Gesicht vor sich hat.“

5.2.3.3 Übersetzungen / Informationen in Fremdsprachen

Eine Mitarbeiterin regt an, Briefe an PatientInnen zum Beispiel auf Türkisch zu verschicken, eine andere schränkt aber ein, Einberufungsschreiben bzw. Briefe in Fremdsprachen zu verschicken wäre problematisch, „da man aufgrund des Namens nicht sagen kann, wie die Deutschkenntnisse sind.“ Besser wäre es, „Informationen in verschiedenen Sprachen ins Internet der AUVA“ zu stellen.

Es liegen keine Broschüren, Pläne oder Infoblätter in Fremdsprachen vor. Ein Mitarbeiter regt die Übersetzung der Therapiepläne an, weil die PatientInnen eher darauf schauen würden, wenn sie in ihrer Sprache wären. Für viele MitarbeiterInnen wäre es wünschenswert, wenn „diverse Informationsblätter für PatientInnen“ übersetzt würden, „zumindest in Bosnisch, Serbisch, Kroatisch, Türkisch und Tschechisch“. Hilfreich wäre eine Information über „die wichtigsten Dinge, die man im RZ wissen muss für den Alltag“, Dinge wie: „Was ist Rehabilitation? Wie ist das mit Besuchen, mit dem Wochenende, mit der Wäsche?“ oder wie man die Telefone benutzt oder das Essen bestellt. Auch „klare Informationsbögen“ über Geldleistungen und Renten wären sehr nützlich. Übersetzte Unterlagen „würden dazu beitragen, dass der Patient sich willkommen fühlt“.

Eine Mitarbeiterin schränkt den Nutzen dieser Übersetzungen insoweit ein, dass die Inhalte sich immer wieder ändern und dass die PatientInnen „sie nicht unbedingt lesen“. Ein Plan in Fremdsprachen wäre gut, auch „Piktogramme“ als Hinweisschilder werden angeregt.

Im Zusammenhang mit der Übersetzung von Informationsmaterial weisen MitarbeiterInnen darauf hin, dass es unter den PatientInnen auch AnalphabetInnen gibt und da schriftliche Unterlagen nicht von Nutzen sind. Diese PatientInnen „verbergen das sehr gekonnt, haben sich Strategien zurechtgelegt“, wie zum Beispiel sich von anderen begleiten und helfen zu lassen. Es kommt vor, dass man es erst nach Wochen „an Kleinigkeiten“ merkt, wie zum Beispiel, „dass sie den Therapieplan nicht lesen können“. Auch in solchen Fällen finden die MitarbeiterInnen Lösungen. Bei einer armenischen Dame, die nicht Deutsch konnte und Analphabetin war, schrieb wenn nötig die Pflege ihren Namen, den sie erkennen konnte, auf die Pinnwand. Das war das Signal dafür, dass ihr Sohn, der

Deutsch konnte, anrufen sollte. Auch die Mitpatientinnen betreuten sie und halfen ihr.

Eine Mitarbeiterin meint, die PatientInnen könnten in den Zimmern im Rehabilitationszentrum auch fremdsprachige TV-Sender sehen. Eine Mitarbeiterin mit Migrationshintergrund bedauert allerdings, *„dass das Fernsehen nur auf Deutsch ist. Vor allem wenn Patienten am Wochenende bleiben müssen, wird die Zeit lang.“* Für diese Patienten *„wäre es schön, wenn man (...) zu bestimmten Zeiten oder in einem Raum türkische Nachrichten oder Sendungen sehen könnte“*. Auch fremdsprachige Zeitungen werden am Büffet des Rehabilitationszentrums nicht zum Kauf angeboten, die Mitarbeiterin *„bringt daher auch oft vom Westbahnhof Patienten am Wochenende eine türkische Zeitung“*.

5.3 Soziokulturelle Aspekte

Von den MitarbeiterInnen spricht niemand in Bezug auf die interkulturelle Kommunikation die soziale Schicht der PatientInnen an.

Die tatsächliche oder vermeintliche kulturelle Unterschiedlichkeit von PatientInnen nicht österreichischer Herkunft stellt in den Gesprächen mit den MitarbeiterInnen hingegen einen wichtigen Aspekt dar.

Einige MitarbeiterInnen weisen auf Unterschiede zwischen den Nationen hin, bei der Sprachbeherrschung wie beim Verhalten. *„Die Türken und Serben sind emotionaler in ihrem Ausdruck.“* oder *„Türkische Männer sind zu Frauen – Therapeutinnen – viel respektvoller als Serbo-Kroaten. Die Serbo-Kroaten reagieren viel öfter mit Aggression und Ablehnung.“*

Einige MitarbeiterInnen heben Unterschiede zwischen älteren und jüngeren MigrantInnen hervor, die sich auch so auswirken, dass *„Die älteren Türken bleiben eher unter sich, die jüngeren, die schon hier in der Schule waren, sind voll integriert.“*, wobei die Sprachkenntnisse eine große Rolle spielen.

Die Interviews ergeben in den wahrgenommenen kulturellen Eigenheiten größere Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen der MitarbeiterInnen. Eigenheiten werden einerseits in Bezug auf den Alltag auf der Station bzw. im Rehabilitationszentrum, andererseits in Bezug auf die Rehabilitation selbst gesehen. Dabei liegt bei der Pflege der Schwerpunkt bei der Alltagsbewältigung. Bei der Therapie, den ÄrztInnen und PsychologInnen steht mehr die Bedeutung kultureller Aspekte für die Behandlung und für das weitere Leben im Vordergrund.

Pflege	Ärzte	Therapie	Psychologie	Sozialarbeit
Essen	Schmerz	Schmerz	Schmerz	Zukunft / Umschulungen
Religiöse Praktiken	Zugang zu Krankheit und Behinderung	Scham	Rollenverhalten	
Familie, Besucher		Kulturell nicht übliche Tätigkeiten	Familie, Besucher	
Beziehungen der Patienten untereinander		Rollenverhalten		
Körperpflege				
Scham				

Tabelle 1: Gewichtung der soziokulturellen Unterschiede nach Berufsgruppen

Religiöse Speisevorschriften

Es wird im Rehabilitationszentrum Essen ohne Schweinefleisch angeboten. Diätvorschriften oder religiöse Essensvorschriften werden von der Diätassistentin am Aufnahmetag abgefragt. Bei der Essensauswahl am Essens-Bestell-Terminal stehen dann den PatientInnen nur entsprechende Gerichte zur Auswahl.

Die Speisevorschriften stellen für die Pflege kein Problem dar, allerdings ist es nicht möglich, etwaigen Wünschen der PatientInnen nachzukommen, selbst Mahlzeiten zuzubereiten, wie es zum Beispiel Inder wünschen.

Religiöse Bräuche und Gebet

*„Wir berücksichtigen die religiösen Bräuche. Sie können im Zimmer beten oder in diesem Büro oder in einem Raum gegen Osten gerichtet hinter dem Röntgen.“
(Pflege 5)*

PflegemitarbeiterInnen erzählen, *„die Patienten beten auch oft in ihren Zimmern“*, das ist *„kein Problem“*. Moslemische Patienten werden auch auf eigenen Wunsch in ein Zimmer zusammengelegt, wenn sie gemeinsam beten wollen.

Ein Pfleger erwähnt, dass es für ihn interessant ist, *„dass die Rituale der Moslems in den einzelnen Ländern gleich sind.“*

Es gibt im Rehabilitationszentrum einen christlichen Andachtsraum, aber keinen anderen Andachtsraum oder Gebetsraum, „*das wäre aber gut*“. Ein Mitarbeiter meint, Muslime könnten im christlichen Gebetsraum „*in einem Eck*“ beten. Es wird auch angeregt, den Vortragssaal, der fast 95 Prozent des Jahres leer ist, für Gebete anzubieten.

Bei Bedarf werden *ad hoc* Lösungen gefunden, wie ein Büro zur Verfügung zu stellen, oder, wenn mehrere Patienten oder Patientinnen gemeinsam beten wollen, „*einen Baderaum, in dem die Badewanne entfernt wurde. Es ist ein Bett und Nachtkästchen drinnen. Es ist Platz genug für die Gebetsteppiche*“.

Eine Pflegerin mit Migrationshintergrund hat „*nie Patienten erlebt, die nach einem Gebetsraum gefragt haben*“; hat auch „*nur zwei Patienten erlebt, die gebetet haben*.“ Auch gegenüber dem Arzt mit Migrationshintergrund wurde der Wunsch nach einem Gebetsraum nicht geäußert. Eine Ärztin erzählt, dass der Wunsch nach einem Gemeinschaftsraum für Gebete bisher nur dann an sie herangetragen wurde, „*wenn ganze Familien mit vielen Angehörigen mit einem Patienten beten wollen*.“

Der Arzt mit Migrationshintergrund weist auf die Vielfalt der religiösen Gruppierungen im Christentum wie auch im Islam hin. Es gibt in Österreich zum Beispiel unter den Türken sehr viele Aleviten, die „*Religion (...) anders praktizieren*“ und keinen Gebetsraum brauchen. Sie kennen auch das Ramadanfasten nicht, essen aber kein Schweinefleisch.

In den Patientenzimmern „*ist ein Kreuz in jedem Zimmer*“. Allerdings wird überlegt, ob man es entfernen sollte, und „*den Patienten, die eines wünschen, auf Wunsch eines für den Nachttisch bringt*.“

Den MitarbeiterInnen ist bekannt, dass Moslems während des Ramadans erst nach Sonnenuntergang essen dürfen. Eine Pflegerin erwähnt, dass die PatientInnen während des Ramadans oft nicht am Tag essen wollen, obwohl sie aufgrund ihres Krankseins „*eigentlich vom Fasten befreit sind*“. Während eine Mitarbeiterin der Pflege im Aufwärmen des Essens am Abend überhaupt kein Problem sieht, meint eine andere hingegen, „*das macht organisatorische Probleme*“.

Es wird auch darauf hingewiesen, dass die PatientInnen für religiöse Feiertage wie dem Ramadan-Ende frei bekommen.

MitarbeiterInnen der Administration erwähnen, dass sie von spezifischen Riten im Todesfall bei muslimischen PatientInnen informiert wurden und am PC auch eine Information darüber abgespeichert haben.

Besuche

„Türkische Patienten haben natürlich oft und viele Besucher, das sind nicht nur Familie sondern auch Freunde und Nachbarn oder so. Das muss so sein. Und alle bringen etwas zu essen mit, was die Patienten dann mit den anderen und uns teilen. Das ist sehr schön.“ (Pflege mit Migrationshintergrund)

Bei ausländischen PatientInnen gibt es viel Besuch, wie insbesondere MitarbeiterInnen aus der Pflege anmerken. Das *„familiäre Gefüge ist anders“*, *„besonders bei Türken sind die Familien präsent“*. MitarbeiterInnen erwähnen, dass ein türkischer Arzt, der am Rehabilitationszentrum tätig war, ihnen *„vieles über die Bedeutung der Familie“* erklärt hat, die *„verpflichtet ist, sich um den Patienten rund um die Uhr zu kümmern“*, wobei es *„am besten wäre (...), wenn sie 24 Stunden am Tag anwesend sein könnte“*, damit *„immer jemand da ist zum Reden.“* Ein Arzt mit Migrationshintergrund erwähnt die *„ganz zentrale Rolle“* der Familie für Türken, wobei *„die Familienbeziehungen gepflegt werden“* und daher auch *„die Verpflichtungen viel stärker ausgeprägt“* sind. MitarbeiterInnen erzählen von Gesprächen mit PatientInnen, in denen diese ihnen zum Beispiel eine türkische Hochzeit geschildert haben mit tausend Gästen, nicht nur Familie, sondern auch Nachbarn. Diese Art von Festen findet jedes Wochenende statt und erklärt für die MitarbeiterInnen *„dann auch das Konzept der Familie, zum Beispiel bei Besuchen.“* Die Familie bringt auch Essen mit.

MitarbeiterInnen der Pflege berichten aber von Problemen im Stationsalltag wenn *„Massen an Besuchern gleichzeitig kommen“*. Die BesucherInnen können dann *„nicht alle gleichzeitig ins Zimmer“*, denn das *„ist anstrengend für den Patienten, aber auch für die anderen Patienten“*, da die PatientInnen praktisch alle in Mehrbettzimmern untergebracht sind.

„Eventuell schiebt man das Bett in den Nichtraucheraufenthaltsraum, da können auch 20 Personen um das Bett sein für einen großen Empfang.“ (Pflege 2)

Um die Ruhe der anderen PatientInnen zu gewährleisten, *„versucht man auch, das Bett auf den Gang in einen ruhigen Bereich, in den Tagraum oder ähnliches zu stellen, damit alle zufrieden sind“*.

Es ist auch notwendig; *„ein ruhiges Gespräch“* darüber zu führen und dabei wird empfohlen, eher dann *„zu kommen, wenn der Patient beweglicher ist, in die Kantine oder nach draußen kann.“*

Ein Arzt mit Migrationshintergrund unterstreicht, *„die Besuche spielen eine sehr, sehr wesentliche Rolle“*, denn PatientInnen, die die deutsche Sprache nicht

sprechen, „*sind ja stark isoliert*“, oft „*wollen sie auch die Therapie abbrechen*“ und gerade durch „*diese Besuche von Angehörigen werden sie wieder ermuntert*“, doch die Therapie „*zu Ende zu führen*“.

Scham

MitarbeiterInnen erwähnen ein ausgeprägtes Schamgefühl bei PatientInnen mit Migrationshintergrund. Von der Pflege wird gleich zu Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes gefragt, „*ob ein Mann ein Problem hat, wenn eine Schwester pflegt oder eine Frau, wenn ein Mann pflegt. Bei Ausländern ist das oft der Fall.*“ Man versucht auch, dem Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege nachzukommen. Auf den Stationen gibt es ausreichend männliche und weibliche Pfleger, „*das ist ein Qualitäts-Standard*“ in der Pflege im Rehabilitationszentrum. So wird als Beispiel angeführt: „*Bei der Rasur, also der Intimrasur bei den Türken, Frauen und Männern, machen wir das durch gleichgeschlechtliche Pfleger.*“

Es kommt auch vor, dass der Ehemann nicht wünscht, dass seine Frau durch männliche Pfleger betreut wird, auch wenn die Frau damit kein Problem hat. Auch da wird versucht, auf die Wünsche einzugehen.

„*Derzeit ist ein junges türkisches Mädchen da, es ist vier Jahre alt. Da pflegen nur Frauen, es darf kein Mann außer der Vater heran.*“ (Pflege 2)

Auch bei den Therapien spielt das stärkere Schamgefühl eine Rolle. Es kommt vor, dass „*Männer nicht von weiblichen Therapeutinnen behandelt werden wollen oder umgekehrt Frauen nicht von männlichen.*“ Es kann auch sein, dass „*Ehemänner (...) ablehnen*“, dass ihre Frau von einem Therapeuten behandelt wird. Wie bei der Pflege wird versucht, auf die Wünsche der PatientInnen Rücksicht zu nehmen, zum Beispiel „*beim Selbsthilfetraining auf der Station*“, das ja „*sehr intim*“ ist.

Wird eine Frau an der Schulter therapiert und will „*nicht schulterfrei sein*“, wird darauf Rücksicht genommen, in dem man „*in einen anderen, separaten Raum*“ geht oder „*einen Sichtschutz*“ benutzt. Problematisch ist allerdings, dass „*Frauen (...) nicht im Schwimmanzug ins Schwimmbad zur Unterwassergymnastik gehen wollen, weil dort auch Männer sind.*“ Damit ist diese Therapie für sie nicht möglich.

Ein Arzt erwähnt, dass bei Untersuchungen immer zwei Assistentinnen und eine Schwester dabei sind, wenn es um eine Patientin geht. Ist „*ein Katheter zu legen oder zu wechseln*“ wird versucht, „*dass es ein Mann bei einem Mann macht und eine Frau bei einer Patientin.*“

Mann – Frau

Sowohl in der Pflege, als auch in der Therapie und der medizinischen Versorgung sind die MitarbeiterInnen mit der Mann-Frau-Problematik konfrontiert. Es kommt vor, dass Männer sich von einer Frau nichts sagen lassen.

*„Das ist bei männlichen Patienten so, dass manche sagen, eine Frau hat mir nichts zu sagen, und man muss einen Pfleger bitten, Dinge zu übermitteln.“
(Pflege 2)*

Wie ein Arzt sagt, gibt es Probleme, *„weil Patienten die Physio- oder Ergotherapeutinnen oder die Sportlehrerinnen nicht respektieren, nicht tun was sie sagen oder ganz die Therapien auslassen.“* Mitarbeiterinnen holen in solchen Fällen einen männlichen Kollegen dazu oder bitten zum Beispiel bei Teambesprechungen einen männlichen Kollegen, dem Patienten die notwendigen Dinge zu vermitteln. Diese Vorgangsweise ist auch bei Ärztinnen üblich.

Kulturell nicht akzeptable Tätigkeiten

Gewisse Tätigkeiten werden *„als Frauensache“* angesehen. Männer aus manchen Kulturen sind daher nicht bereit, in Therapien Tätigkeiten zu trainieren bzw. zu verrichten wie *„den Geschirrspüler ein- und ausräumen oder die Wäsche in die Waschmaschine legen“*.

„Bei der EFL (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit – Anmerkung der Autorin) werden Patienten Bilder gezeigt, auf denen man Tätigkeiten sieht, wie zum Beispiel ein schweres Tor öffnen, einen Schraubenzieher vom Boden aufheben, ein 50 kg Paket vom Tisch auf ein Regal stellen, den Geschirrspüler befüllen. Ein Mann sagte dann, ein Paket heben kann er, den Geschirrspüler befüllen ist aber unmöglich.“ (Arzt 3)

Patienten wollen zum Beispiel auch bei einer Therapie *„nicht auf allen Vieren kriechen“*, *„auch wenn die Therapeutinnen gerade das vormachen, um nicht das Gefühl der Demütigung zu geben“*.

Schmerz

„Was ist bei ausländischen Patienten anders? Ganz sicher der Schmerz, das Leben und Ausdrücken des Schmerzes.“ (Therapie 2)

Eine große Zahl MitarbeiterInnen aus allen Berufsgruppen thematisiert das „andere Schmerzempfinden“ und den „anderen Schmerzausdruck“. PatientInnen haben ein anderes Schmerzverhalten „gehen in den Schmerz hinein, steigern sich hinein, reagieren hysterisch und übertrieben.“ PatientInnen „aus gewissen Regionen tolerieren viel weniger Schmerz. Sie brüllen, obwohl man noch gar nichts gemacht hat.“ Ein Arzt mit Migrationshintergrund ist der Meinung, dass „die Verarbeitung des Schmerzes ganz unterschiedlich“ ist, und dass PatientInnen „sei es türkischsprachige Patienten oder aus dem Süden, den Schmerz einfach anders empfinden, eine ganz andere Schmerzschwelle haben“, den Schmerz „einfach stärker“ empfinden.

Die Schmerzäußerung ist „bei Patienten vom Balkan anders – Boli, boli, boli!“ Diese Schmerzäußerung wird von MitarbeiterInnen als „Dolor Dalmaticus“ oder auch als „Morbus Mediterranée“ bezeichnet. Eine Mitarbeiterin führt aus, „Österreichische Patienten können den Schmerz besser beschreiben. Ihre Körpersprache ist anders, muss nicht übertrieben sein, um etwas darzustellen.“

Manche PatientInnen „tun von sich aus gar nichts mehr.“ Mit dem Schmerz begründen sie, „warum Therapien nicht möglich sind“.

Für andere PatientInnen ist „Schmerz (...) gut, weil man etwas bekommt“ oder etwas „nicht tun muss“. So gibt es „Patientinnen, die dann den Haushalt nicht mehr führen müssen oder nicht mehr arbeiten müssen. Die Sippe muss dann helfen.“

MitarbeiterInnen führen mehrere Gründe für das „andere“ Schmerzempfinden, den „anderen“ Schmerzausdruck an: „Sie meinen: Je mehr Schmerz, desto mehr Entschädigung.“, das heißt, dass eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um 30 oder 40 Prozent nicht genug an Rente bringt, um davon leben zu können. Bei mehr Schmerzen erhoffen sich die PatientInnen eine höhere Rente. Schmerzen „haben (auch) eine andere Bedeutung“, da in Ländern, wo „die Familie der Ersatz unseres Sozialstaates“ ist, man jammern muss, „sonst bekomme ich nichts von der Familie, keine Anteilnahme, keine Zuwendung, keine Hilfe.“ Außerdem ist „Jammern der Wunsch, dass man (...) ihnen zuhört. Das genügt.“ Ein Arzt mit Migrationshintergrund meint, dass man schon von Kind an lernt, „wer laut weint, kriegt am meisten“. Daher ist in gewissen Kulturen Schmerz, Leiden „eine Art Zeichen setzen“, „eine Art der Kommunikation“, um auszudrücken: „Ich brauche euch oder ich brauche mehr Unterstützung.“ In diesen Kulturen „wird vieles über Gestik oder (...) Weinen geäußert“, mehr als in Worten.

Umgang mit Krankheit und mit Behinderung

„Der Kranke ist im Mittelpunkt“ und „hat (...) alle Rechte.“, wird von einem Mitarbeiter festgestellt. Türkische Patienten „zelebrieren die Verletzung“, „werden von der Familie umsorgt und verhätschelt“, hebt eine andere Mitarbeiterin hervor. Das führt dazu, dass Patienten „Dinge nicht lernen und selbstständig machen“ wollen, „die sie durchaus machen könnten, wie sich anziehen oder essen“. „Die Familie nimmt ihnen alles ab, auch wenn sie es selber könnten oder können sollten.“ „Bei asiatischen Patienten ist das auch so.“ Eine Mitarbeiterin begründet das damit, dass „die Familienbande (...) sehr groß“ sind, „vor allem bei Menschen, die mit der Heimat sehr verbunden sind“.

Eine Mitarbeiterin verweist auf ein anderes Rollenverhalten bei einer indischen Patientin und deren Familie. Es sind immer viele Familienangehörige und der Ehemann da, die alle die Patientin „ständig berühren“. Die MitarbeiterInnen haben das Gefühl, „das sei der Patientin zu viel.“ Das ist aber nicht der Fall. Der indische Ehemann „umsorgt“ die Patientin. Er „füttert sie wie ein Vogerl.“ Die Pflege versucht, ihn „kulturell sensibel“ in seiner Anwesenheit einzuschränken, damit die Patientin lernt, für sich selbst zu sorgen.

Ein Arzt mit Migrationshintergrund meint, die Einstellung zur Krankheit hängt auch davon ab, wie man als Kind aufgezogen wurde. Wenn Kinder in einer Kultur „sehr verwöhnt aufgezogen werden“, und „das gilt sogar für die Männer mehr als für die Mädchen“, kann das dazu führen, dass man als Erwachsener, wenn man krank ist, „diese Fürsorge erwartet, wahrscheinlich auch von seiner Gattin, die man eben vorher von seiner Mutter bekommen hat.“

Wie ein Arzt mit Migrationshintergrund hervorhebt, kommt es oft vor, dass der Ehemann bei einer bösartigen Erkrankung oder einem Unfall seiner Frau meint, „man braucht ihr nicht die Wahrheit zu sagen, das schwächt sie noch mehr.“ Auch Kinder versuchen oft, ihren Eltern die Wahrheit zu verschweigen. Als Erklärung dafür führt der Arzt an, die Familienmitglieder „glauben, dass die betroffene Person sich damit noch mehr gehen lässt und quasi aufgibt.“ Der Arzt meint, das könne durchaus zutreffen, denn „Erkrankungen wie Krebs oder schwere Behinderung sind trotzdem nach wie vor in diesen Kulturen ein Tabuthema“, was dazu führt, dass die Betroffenen nicht die Möglichkeit haben, darüber zu sprechen. Sie ziehen sich zurück; diese Isolation führt zu Depression.

PatientInnen mit Migrationshintergrund haben „eine kulturell andere Einstellung zur Behinderung“. Ein Mitarbeiter begründet das mit der Tatsache, dass diese Patienten bereits „den Stress der Migration“ haben, „mit dem ganzen Körper“ aufbauen wollen, wofür „ihr gesunder Körper (...) essentiell“ ist. Sie müssen daher im Rehabilitationszentrum „mit dem Zusammenbruch ihres Körpers und damit ihres Lebensbildes“ fertig werden.

Eine Mitarbeiterin weist darauf hin, dass *„für Frauen (...) die Behinderung oft die Möglichkeit“* ist, *„sich einen Freiraum zu holen“*. Es gibt da einen *„Krankheitsgewinn“*, weil sie sonst *„immer funktionieren“* müssen und *„sich jetzt bedienen lassen“* können. Frauen *„gönnen sich eine Pause.“* *„Bei Österreicherinnen kann das auch vorkommen, aber eher weniger.“*

Ein Arzt mit Migrationshintergrund hebt hervor, dass für Menschen, die aus Kulturen kommen, die nach dem *„Alles oder Nichts Gesetz“* leben, das *„Halb-Sein (...) in der Traumatologie (...) ein sehr großes Problem“* darstellt. Jugendliche *„schaffen es doch mehr, damit fertig zu werden als Erwachsene“*, was der Arzt darauf zurückführt, dass es für Erwachsene sehr schwierig ist, *„viele Tätigkeiten nicht mehr so wahrnehmen zu können, wie sie es gewohnt waren.“*

Eine Mitarbeiterin meint, die Behinderung wird als *„sehr schmerzlich“* angesehen, schränkt aber dann ein, es könne auch sein, *„dass sich das anders äußert“*. Eine andere Mitarbeiterin führt aus: *„Patienten empfinden die Behinderung oft als stigmatisierend, vielleicht weil sie (...) an das Hand abhacken bei Verbrechern, Dieben erinnert.“*

Einige MitarbeiterInnen erwähnen den Fatalismus mancher ausländischer PatientInnen *„Allah gibt, Allah nimmt.“*, wobei sich TürkInnen *„viel öfter als Opfer des Schicksals“* sehen, wie eine Mitarbeiterin ausführt.

Einstellung zur Rehabilitation

„Da gibt es Aspekte, die haben mit der Kultur zu tun, in der man aufgewachsen ist. Dann stellt sich die Frage: Was hindert Menschen, von sich aus aktiv zu werden?“ (Arzt 3)

PatientInnen *„müssen die Reha selber wollen, aber oft haben sie eine passive Einstellung.“* Sie können das Gefühl haben, dass sie krank sind und nichts tun können und daher *„die anderen etwas für mich tun“* müssen, die *„sollen jetzt tun und mich gesund machen“*.

PatientInnen *„fühlen sich auch manchmal in Therapien und die Reha reingepresst.“*

„Die Rehabilitation braucht aber die Arbeit des Patienten.“ (Psychologie 1)

Die PatientInnen *„denken oft, wir warten bis der Schmerz weg ist, dann arbeiten wir wieder.“* Sie müssen *„lernen, dass sie den Schmerz überwinden müssen“*, was *„ganz am Anfang der Rehabilitation, im psychologischen Erstgespräch,*

(...) dem Patienten (...) klar gemacht werden muss.“ Es muss ihnen da auch vermittelt werden, dass sie selbst aktiv an ihrer Wiederherstellung arbeiten müssen.

„Dimissionitis“

Zwei MitarbeiterInnen erwähnen, dass es vorkommt, dass PatientInnen, die bereits nach Hause gehen könnten, das Rehabilitationszentrum nicht verlassen wollen. Dieses Nicht-Nachhause-Wollen, von einer Ärztin als „Dimissionitis“ bezeichnet, wird damit erklärt, dass die PatientInnen im Rehabilitationszentrum „mit Respekt und Freundlichkeit behandelt“ werden, „was vielleicht im Alltag nicht der Fall ist“ und sie den Aufenthalt als „wohltuend“ empfinden. Ausländische Frauen finden den Aufenthalt „sehr positiv“, denn „sie werden respektvoll behandelt und können sich entspannen“.

Wieder arbeiten

„In islamischen Ländern ist es üblicher Weise so, dass der Arbeitgeber sich kümmert um seine Mitarbeiter, wenn sie einen Unfall haben. Er würde sich um sie sorgen, sie besuchen. Hier ist das nicht der Fall.“ (Arzt 5)

In der Türkei „ist der Firmeninhaber (...) auch für soziale Belange zuständig, zum Beispiel nach einem Unfall“. Patienten erwarten das auch in Österreich und sind „schrecklich enttäuscht und betroffen“, wenn das nicht der Fall ist. Sie „empfinden das als persönliche Kränkung.“ Das „mangelnde Kümmern bringt auch eine geringere Motivation zur Rehabilitation.“ Es ist für Sie „ein Schock“, wenn sie im Krankenhaus oder im RZ „die Kündigung per Brief erhalten“. Ganz anders ist die Situation, „wenn der Chef persönlich vorbeikommt und Anteil nimmt, auch wenn er dann mitteilt, dass eine Entlassung notwendig ist. Dann wird die Situation akzeptiert.“ Kommt allerdings der Chef und sagt: „Wir warten auf Sie, wir brauchen Sie!“, ist das „ein unglaublicher Motivationsfaktor.“ Die Patienten empfinden dann, dass sie wieder gesund werden müssen, weil „die warten auf mich“.

Die meisten Patienten „kommen aus handwerklichen Berufen mit schwerer körperlicher Tätigkeit“. Viele sind Familienerhalter, sie „haben die Familie alleine erhalten“, haben „vielleicht eine nicht arbeitende Frau mit drei Kindern zu Hause“. Sie sorgen sich, „was ist, wenn sie nicht mehr arbeiten können“. Auch psychologisch sind die Patienten nach einem Unfall oft „traumatisiert“; problematisch ist das Selbstwertgefühl, wenn sie ihrer Rolle als Familienerhalter nicht mehr gerecht werden können.

Zum Wunsch der Patienten, wieder arbeiten zu gehen, gehen die Meinungen auseinander. Einige MitarbeiterInnen führen an, dass Patienten, die „*Familien-erhalter*“ waren, unbedingt wieder arbeiten müssen und dann „*unbedingt etwas tun wollen*“. Ein Mitarbeiter meint, es hängt „*von der Stellung des Patienten im Klan*“ ab. Ist der Patient „*ein Klanoberster*“, muss er wieder gesund werden und wieder arbeiten, um den Klan zu erhalten. Die anderen „*Klanmitglieder*“ haben diese Verpflichtung nicht und wissen, sie werden versorgt. Andere MitarbeiterInnen meinen, dass „*Patienten mit einer wirklich kleinen Verletzung meinen, sie könnten nie wieder arbeiten*“ und dass „*mindestens fünf von zehn Patienten (...) Simulanten*“ sind.

„*Ein Sohn sagte mir: „Arbeit geht nicht mehr. Sie können doch meinen Vater nicht schockieren, dass sie ihm sagen, dass er wieder arbeiten muss.“ (Arzt 5)*

Problematisch ist nach dem Aufenthalt im Rehabilitationszentrum, wenn Patienten nicht in ihren ursprünglichen Beruf zurückkehren können, „*bei Umschulungen, wenn Patienten nicht Deutsch können.*“ Dann „*sind die Umschulungsmöglichkeiten sehr eingeschränkt.*“ Es werden dann „*Ausbildungen wie Staplerfahrer, Führerschein C*“ ermöglicht, „*die werden zum Beispiel in Türkisch oder Jugoslawisch angeboten.*“

Mehr Begehrlichkeit

„*Es ist viel schwieriger geworden, seine Ansprüche zu kennen und Anträge zu stellen. Die ausländischen Patienten sind mehr gefährdet, Geld, Verarmung... Auf der anderen Seite wissen die ausländischen Patienten sehr gut Bescheid über Ansprüche und Möglichkeiten. Es gibt sehr gute Netzwerke in der eigenen Muttersprache. Die Österreicher sagen: „Die kennen sich gut aus“, sind negativ eingestellt, meinen man wolle das Sozialsystem ausschöpfen: „Die wollen sich alles herausnehmen.“ (Sozialarbeit 2)*

PatientInnen mit Migrationshintergrund „*wissen viel besser über Leistungen Bescheid.*“ Sie „*können auch klagsamer sein, mit viel Begehrlichkeit.*“ Eine „*Hauptsorge ist das Erhalten einer Rente, die Höhe der MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit – Anmerkung der Autorin) und daher der Rente.*“

Die PatientInnen „*sprechen sich sehr viel untereinander ab*“, sie tauschen aus, „*wer welche Rente in welcher Höhe bekommt*“ und fragen dann: „*Warum bekomme ich das nicht?*“

„In der Türkei ist es so, dass man relativ jung leicht in Pension gehen kann. Bei uns hätte man dann zu wenig zum Leben. Die Patienten verstehen aber nicht, dass es nicht so ist in Österreich.“ (Sozialarbeit 2)

Diskriminierung

Eine Mitarbeiterin erwähnt, man muss bei der Zimmerbelegung *„aufpassen, wen man mit wem zusammenlegt. Sonst wollen Patienten ausziehen. Manche PatientInnen mit Migrationshintergrund „nutzen das aus“ und sagen „Ich werde diskriminiert.“*

Auch wenn man bei einem Streit zwischen PatientInnen einschreitet, kann es vorkommen, dass von PatientInnen mit Migrationshintergrund der Vorwurf laut wird, man *„würde sie diskriminieren“*. Wie die Mitarbeiterin ausführt, ist es dann, dem Rat eines türkischen Patienten folgend, notwendig zu betonen: *„Ich bin der Chef und so ist es. Das funktioniert.“*

Die Mitarbeiterin hebt hervor, dass es *„unter dem Personal in 20 Jahren maximal zwei oder drei Mal rassistische Ansichten gegeben“* habe, *„bei denen man einschreiten musste“*. Im Leitbild des Rehabilitationszentrums ist das auch verankert.

PatientInnen untereinander

PatientInnen mit Migrationshintergrund sind *„sehr hilfsbereit anderen gegenüber.“*

„Ein Patient ist kaum noch da, da kommen schon die anderen und fragen, ob sie helfen können und bieten sich an, zu dolmetschen.“ (Pfleger 3)

Die PatientInnen *„finden sich schnell zusammen“*, es *„entstehen sofort informelle Netzwerke von Mitpatienten der selben Ethnie“*, es bilden sich *„Grüppchen nach Sprachen“* und *„es gibt bestimmte Plätze im Haus, da sind nur Patienten aus einem Land.“* Türken *„trinken sehr viel schwarzen Tee gemeinsam“*. Es gibt aber Unterschiede zwischen *„den älteren Türken“*, die eher *„unter sich bleiben“*, und den jüngeren, *„die schon hier in der Schule waren“* und *„voll integriert“* sind.

„Es gibt auf dieser Station kaum Probleme, wir sind alle in einem Boot.“ (Pfleger 5)

Während MitarbeiterInnen anführen, *„auch während des Jugoslawien-Konfliktes gab es auf der Station keine Auseinandersetzungen zwischen Patienten“* und als positiv empfinden, dass es diese Konflikte, die sie eigentlich erwartet hätten, nicht gab, führen andere MitarbeiterInnen aus, dass es am Nachmittag zu *„Streitereien unter den Patienten“* kommt und es *„bisher viermal Gewalt gab – während des Jugoslawien-Krieges zwischen Serben und Kroaten und jetzt zwischen Serben und Albanern.“*

Zur Frage der Zimmerbelegung führen MitarbeiterInnen aus, dass es manchmal ein Problem ist, *„zu drei Jugoslawen einen Österreicher zu legen“* oder *„einen Österreicher zu drei Türken“*. Der Österreicher *„lehnt (...) das vehement ab“*. Es kommt vor, dass man PatientInnen verlegen muss. Andererseits, wenn man versucht, *„die „Ic“* (Personen mit Familiennamen, die in „ic“ enden, zumeist aus dem ehemaligen Jugoslawien – Anmerkung der Autorin) gemeinsam in ein Zimmer zu legen, fühlen sich manche von ihnen *„abgeschoben“*. Legt man sie nicht zusammen, *„sind sie viel im Tagraum zusammen“* und *„die (...) österreichischen Patienten trauen sich nicht mehr hinein.“*

In PatientInnenfragebögen (die nur auf Deutsch vorliegen) gibt es manchmal Kommentare wie *„zu viele Ausländer“*. Es wird auch angeführt, dass *„ausländische Patienten nicht die Therapien besuchen“*. Denn, *„wenn Ausländer einen Weinanfall bekommen oder einen hysterischen Anfall, dann müssen sie nicht zur Therapie.“* Die Österreicher *„fühlen sich dann benachteiligt“* und meinen, *„die Ausländer holen sich Vorteile und kennen keine Pflichten.“*

Im Falle von Kommentaren von PatientInnen wie *„zu viele Ausländer am Weißen Hof“* wird von den MitarbeiterInnen erläutert, dass *„fast alle Arbeitsunfälle hatten und wir eigentlich nur für Arbeitsunfälle zuständig sind. Und dass in schweren Berufen eben besonders viele Ausländer beschäftigt sind.“*

5.3.1 Bewertung soziokultureller Aspekte durch die MitarbeiterInnen und deren Umgang damit

MitarbeiterInnen sind frustriert, wenn PatientInnen *„Dinge nicht lernen“* wollen, oder nicht *„selbstständig machen, die sie durchaus könnten, wie sich anziehen oder essen, weil es ihre Fingerfunktion erlaubt.“* Patienten *„tun Dinge nicht, weil dazu ist die Familie da“*; so muss *„die Tochter, die Mutter, die Schwiegertochter (...) alles für sie übernehmen, sie sogar füttern.“* Für *„manche Patienten bedeutet krank = kleines Kind = man muss sich um mich kümmern.“*

Pflegende müssen aber *„das (...) akzeptieren lernen und mit dem Frust umgehen, dass Menschen nicht so rehabilitiert sind, wie sie es könnten.“*

„Ich halte es manchmal nicht aus, dass unsere Therapien ohne Effekt bleiben, weil die Patienten nicht mitmachen wollen und sich so selber schaden.“ (Therapie 3)

Um diesen kulturellen Blockaden zu begegnen, legen sich MitarbeiterInnen Strategien zurecht. Eine Therapeutin führt aus, manchmal *„hilft (...) ein Hokus-Pokus-Zugang“*. Man tut PatientInnen in einer Therapie aus deren Wahrnehmung *„etwas Gutes und Angenehmes“*, wie zum Beispiel eine Massage oder *„man beginnt zum Beispiel mit der gesunden Hand (...) und der Patient merkt, dass die Therapie etwas Gutes ist.“* Es *„tut nicht weh“* und man kann damit zu PatientInnen, die dadurch *„nicht gefordert“* sind, *„Vertrauen aufbauen und einen Zugang finden.“* Danach kann man andere Therapien ansetzen, zum Beispiel *„auf die kranke Hand übergehen.“* Allerdings muss man *„da viel vorsichtiger arbeiten, viel behutsamer.“*

Auch ablenkende Tätigkeiten sind hilfreich, wie Korbflechten oder Weben.

„Weben ist zum Beispiel ganz toll und sehr beliebt, nach anfänglichen Hemmnissen. Die Patienten sagen, sie denken dabei an ihre Großmütter, die auch gewebt haben. Es ist eine (...) sehr meditative Tätigkeit. Sie sind entspannt, ruhig.“ (Therapie 3)

Auch die fatalistische Haltung *„Gott hat es vorgesehen, da kann ich nichts tun.“*, führt dazu, dass man in der Therapie *„an seine Grenzen“* stößt.

Das andere Schmerzempfinden, der andere Schmerzausdruck *„nervt“*, weil *„Jammern hat für uns einen Aufforderungscharakter. Wir haben das Gefühl, wir müssen etwas tun. Das können wir dann nicht und sind frustriert.“* Man weiß auch nicht, ob die PatientInnen wirklich starke Schmerzen haben oder nicht, ob es ein Problem gibt oder nicht: *„Was hat der Patient? (...) Tut der Bauch etwas weh? Oder ist es akut?“*

Eine Mitarbeiterin führt an, dass ihr die Mann-Frau-Problematik keine Probleme macht, viel mehr Probleme hat sie aber, wenn sie sieht, *„dass Patienten ihre Frau schlecht behandeln“*.

Ein Psychologe erläutert, dass man *„leicht zum Klanchef“* wird, wenn man zuhört und Anteilnahme zeigt. *„Dann kommen alle aus dem Klan, das heißt alle Mitpatienten derselben Ethnie“* auf einen zu. Es gibt nämlich in jeder Ethnie einen informellen *„Klanchef“* unter den PatientInnen. Dieser muss nicht unbedingt Sprachkenntnisse haben, aber wissen, wo er ansetzt, um etwas zu bekommen. Diese Rollenzuschreibung kann konfliktuell sein, da die PatientInnen dann Fürsprache dieses Mitarbeiters bei allen anderen MitarbeiterInnen erwarten.

„Die Pflege hat den intimsten Kontakt mit den Patienten (waschen, Stuhl...). Sie ist 24 Stunden mit dem Patienten zusammen, alle anderen (...) ja nur punktuell. Da setzt man sich einfach mehr mit der Thematik der interkulturellen Pflege auseinander.“ (Pflege 2)

Eine Mitarbeiterin weist auf die Unterschiede in der pflegerischen Grundausbildung früher und heute hin. Transkulturelle Pflege ist heute ein Bestandteil der Grundausbildung. Dazu kommt, dass die Jüngeren *„schon alle gereist sind“*, *„andere Länder“* und *„auch in der Schule oder Ausbildung Menschen aus anderen Kulturen kennen gelernt“* haben. Das führt dazu, dass die kulturelle Differenz *„nicht so ein Problem ist“*. In der Physiotherapie-Ausbildung gibt es keine transkulturellen Themen oder Aspekte. In der Logopädie-Ausbildung gibt es in Österreich praktisch keine Personen mit Migrationshintergrund, weil perfektes Deutsch ein Aufnahmekriterium ist. Dies ist bedauerlich, der Bedarf wäre groß, wie eine Mitarbeiterin ausführt.

6 Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion

Anhand von ExpertInneninterviews an den Schnittstellen des Patientenpfades in der Rehabilitation wurde untersucht, wie die MitarbeiterInnen eines Rehabilitationszentrums in der Nähe von Wien die interkulturelle Kommunikation mit PatientInnen mit Migrationshintergrund erleben, welche sprachlichen und / oder soziokulturellen Aspekte diese Kommunikation beeinflussen bzw. erschweren können.

Soziokulturelle Vielfalt

Da zwar die Staatsbürgerschaft der PatientInnen, nicht aber deren Geburtsort bzw. Ethnie bei der Aufnahme im Rehabilitationszentrum erfasst werden, liegen keine Statistiken zum Anteil an PatientInnen mit Migrationshintergrund vor. Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit empirisch gewonnenen Daten ergeben aber, dass PatientInnen mit Migrationshintergrund einen Anteil von zwischen 20 und 40 Prozent des entsprechenden Patientenkollektivs ausmachen. Die Multikulturalität des Patientenkollektivs spiegelt die soziokulturelle Vielfalt der Bevölkerung in Österreich wieder. Rund 60 Prozent der PatientInnen kommen aus dem ehemaligen Jugoslawien, rund 30 Prozent aus der Türkei. Seit dem Fall des Eisernen Vorhangs und der damit einhergehenden Intensivierung der Globalisierung und insbesondere seit der Erweiterung der EU gibt es vermehrt PatientInnen aus den neuen EU-Ländern, insbesondere aus Tschechien, der Slowakei, Polen und Ungarn. Ob die vermehrte Arbeitsmigration aus diesen Ländern nach Österreich auch durch Traditionen der Arbeitsmigration in der k.u.k Monarchie beeinflusst wird, oder eher durch die geografische Nähe bedingt ist, muss offen gelassen werden. Der Bogen der Herkunftsländer von PatientInnen spannt sich von Westeuropa über Osteuropa bis Indien und Afrika.

Wie Csitkovics et al. (1997) und Wimmer und Ipsiroglu (20001) aufgezeigt haben, muss sich das Gesundheitswesen mit dieser soziokulturellen Vielfalt auseinandersetzen.

Sprachliche Barrieren

Über den Anteil an PatientInnen, die nur geringe oder keine Deutschkenntnisse haben, liegen im Rehabilitationszentrum ebenfalls keine Statistiken vor. Die Muttersprache(n) der PatientInnen bzw. ihre Beherrschung der deutschen Sprache (und anderer Sprachen) und der daraus möglicherweise resultierende Bedarf an Dolmetschung werden bei der Aufnahme ins Rehabilitationszentrum nicht erfasst. Laut Angaben der MitarbeiterInnen verfügen vor allem PatientInnen aus

Südosteuropa bzw. der Türkei häufig über geringe oder keine Deutschkenntnisse. Die Deutschkenntnisse können je nach Alter oder Nationalität differieren.

MitarbeiterInnen ist es unverständlich, dass PatientInnen nach vielen Jahren in Österreich nicht Deutsch sprechen. Der Landesprachenerwerb durch Personen mit Migrationshintergrund wird aber durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst. Besonders wichtig sind dabei die individuellen und familiären Lebensbedingungen sowie die Bedingungen der Migration und die Migrationsmotivationen (Esser 2006). Einreisealter, Bildung, linguistische Distanz zwischen der Muttersprache und der Landessprache sind wichtige Faktoren des Spracherwerbs. Ebenso von Bedeutung sind die ethnische Konzentration – die Anzahl der Mitglieder der jeweiligen Sprachgemeinschaft im Land und deren geografische Verteilung – und die ethnische Beziehungen – das heißt die soziokulturelle Distanz zwischen Einwanderern und Mehrheitsgesellschaft. Weitere Faktoren sind die Aufenthaltsdauer, Kontakte mit der zu erlernenden Sprache bereits vor Migration oder auch Medienkontakte mit dem Ursprungsland (ibid.).

Im Rehabilitationszentrum werden im Bewusstsein der bestehenden Sprachbarrieren seit ein paar Jahren Deutschkurse für PatientInnen angeboten, wobei es nicht darum geht, Deutschkenntnisse imperativ zu verlangen, sondern PatientInnen mit geringen oder keinen Deutschkenntnissen die Möglichkeit zu bieten, während der Rehabilitation Deutschkenntnisse zu erwerben oder zu verbessern, um auch bei einer eventuell notwendigen beruflichen Neuorientierung bessere Chancen und Möglichkeiten am Arbeitsmarkt zu eröffnen.

Im Rehabilitationszentrum bzw. in der AUVA besteht keine gezielte Personalpolitik zur Einstellung von MitarbeiterInnen mit entsprechenden Fremdsprachenkenntnissen bzw. von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund.

Die Fremdsprachenkenntnisse der MitarbeiterInnen des RZ sind unterschiedlich, allerdings sprechen MitarbeiterInnen in der Regel keine südost- bzw. osteuropäischen Sprachen, ebenso wenig Türkisch. Es besteht bei den MitarbeiterInnen durchaus der Wunsch nach entsprechenden Sprachkursen, wobei gleichzeitig bezweifelt wird, ob es möglich wäre, die notwendige Sprachbeherrschung zu erreichen, um eingehende Gespräche mit PatientInnen zu führen. Die einzigen MitarbeiterInnen mit entsprechenden Sprachkenntnissen sind MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund, wobei deren Zahl je nach Berufsgruppe stark differiert.

Die mangelnden sprachlichen Kompetenzen haben erhebliche Auswirkungen. Pöchlhammer hatte 1997 in einer Untersuchung in Wiener Krankenanstalten zur Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen die Häufigkeit der sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten und deren Auswirkung, nämlich, dass sich fast alle Befragten unsicher sind, ob sie verstanden werden, aufgezeigt. Diese Verständigungsschwierigkeiten sind auch im Rehabilitationszentrum für die Mitar-

beiterInnen von wesentlicher Bedeutung. Sprachliche Schwierigkeiten werden von allen interviewten MitarbeiterInnen angeführt und als bedeutsames Hindernis in der Kommunikation mit PatientInnen mit Migrationshintergrund angesehen.

Die mangelhafte sprachliche Verständigung zieht sich wie ein roter Faden durch den Aufenthalt im Rehabilitationszentrum. Die sprachlichen Barrieren haben Auswirkungen auf den gesamten Verlauf der Rehabilitation, beginnend beim Einberufungsschreiben über die Aufnahme im RZ und den Aufenthalt auf der Station, die Therapien, die psychologische und ärztliche Betreuung bis hin zur Sozialarbeit und einer eventuell notwendigen Umschulung.

MitarbeiterInnen sind sich unsicher, ob und inwieweit PatientInnen sie verstehen können oder wollen. Selbst wenn PatientInnen mit Migrationshintergrund Umgangdeutsch verstehen, kann es sein, dass komplexe medizinische Sachverhalte schwer oder nicht darstellbar sind, da dafür die Sprachkenntnisse nicht ausreichen.

MitarbeiterInnen ist es dann auch nicht möglich, diesen PatientInnen den Sinn und Nutzen bzw. die Bedeutung der Therapien bzw. der Rehabilitation zu erläutern. Das kann dazu führen, dass die PatientInnen Therapien nicht machen wollen oder sogar die Rehabilitation abbrechen.

Manche Therapien – das ist ein wesentlicher Aspekt – sind durch fehlende Sprachkenntnisse gar nicht, andere nur eingeschränkt möglich. Die Teilnahme an der Schmerzgruppe ist nur mit ausreichenden Deutschkenntnissen möglich. In der Arbeitstherapie dürfen nur jene PatientInnen Maschinen benutzen, denen man die Sicherheitshinweise vermitteln kann. Bei Gruppentherapien merkt man, dass PatientInnen Übungen nicht oder nicht richtig machen, weil sie die Anweisungen nicht verstehen und darauf angewiesen sind, das Nachzuahmen, was andere PatientInnen machen.

Die psychologische Betreuung von PatientInnen mit Migrationshintergrund kann durch ungenügende Deutschkenntnisse der PatientInnen beeinträchtigt sein. In diesem Bereich, in dem die Sprache einen Zutritt zur Empfindungswelt, zur Seele, aber auch zu den Traditionen und Vorstellungen ermöglicht, stellen Sprachbarrieren eine wesentliche Beeinträchtigung dar, ja können dazu führen, dass die psychologische Betreuung nicht möglich ist.

In der Logopädie, bei der es um Therapie von Gesichtslähmung, Schluckproblemen, Stimmproblemen und Problemen der Sprache geht, können durch mangelnde Erklärungsmöglichkeiten schon Schwierigkeiten bei der Therapie der Schluckbeschwerden auftreten, auch die Stimmbildung kann beeinträchtigt sein. Besondere Schwierigkeiten treten bei Sprachproblemen auf, wenn der Logopäde/die Logopädin nicht feststellen kann, wo die Störungen liegen, da er/sie die Muttersprache des Patienten/der Patientin nicht beherrscht. Bei Sprachproble-

men kann es nämlich sein, dass nur die Zweitsprache beeinträchtigt ist, oder nur die Muttersprache; es kann aber auch sein, dass beide Sprachen betroffen sind.

Der Test zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit, der ein wesentliches Instrument zur Feststellung der verbliebenen Funktionen bei PatientInnen darstellt, ist bei mangelnden Sprachkenntnissen nicht möglich, da es beim Test darauf ankommt, die Anweisungen vollständig zu verstehen und sofort darauf zu reagieren bzw. auch Fragen auf Fragebögen zu beantworten sind.

Die MitarbeiterInnen empfinden die Betreuung der PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen als zeitaufwändiger, wobei dieser zeitliche Aufwand zu Lasten der Betreuung anderer PatientInnen geht. Diese Problematik wurde in verschiedenen Untersuchungen zur interkulturellen Kommunikation im Krankenhaus aufgezeigt (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2005; Eichbauer et al. 2004).

Je nach Verletzungsart verbringen die PatientInnen mehrere Wochen oder Monate im Rehabilitationszentrum. Im Unterschied zum Krankenhaus, wo oft durch Zeitdruck eingehende Gespräche mit PatientInnen nicht möglich sind, gibt es daher im Rehabilitationszentrum ausreichend Raum für Gespräche. Das Arzt-(bzw. Therapeuten- oder Pflege-)Patienten-Gespräch, das ein wesentliches Element der Heilbehandlung darstellt, ist aber bei sprachlichen Barrieren beeinträchtigt oder eigentlich nicht möglich, was dazu führt, dass die notwendige psychische Betreuung und Begleitung der PatientInnen nicht gewährleistet ist. Gerade diese spielt aber in der Rehabilitation eine wichtige Rolle.

PatientInnen fühlen sich angenommen und willkommen, wenn man sie in ihrer Sprache anspricht. Es ist dann leichter, Vertrauen herzustellen. Wie bei Wesselmann et al. (2004) für das Krankenhaus ausgeführt, wird Sprache auch im Rehabilitationszentrum nicht nur als Mittel zur Informationsübermittlung, sondern auch als Mittel zum Gefühlsausdruck, zum Ausdruck von Empathie und Zuwendung gesehen.

Bewältigungsstrategien zur Überwindung der Sprachbarrieren

Die MitarbeiterInnen haben sich verschiedene Bewältigungsstrategien für die Überwindung der sprachlichen Barrieren zurechtgelegt, da sie empfinden, dass diese Barrieren sie daran hindern, die ihnen anvertrauten PatientInnen fach- und sachgerecht optimal zu betreuen.

Da es im Rehabilitationszentrum kein Konzept für die Überwindung von Sprachbarrieren gibt, versuchen die einzelnen MitarbeiterInnen, individuelle Lösungen zu finden. Diese reichen von Kommunikation in einfachem Deutsch, durch Gestik bzw. in einer gemeinsamen Drittsprache bis zum Einsatz von Dritten zum Dolmetschen.

MitarbeiterInnen versuchen oft mit einfachen Worten, in vereinfachtem Deutsch, mit viel Geduld oder auch mit Gestik Dinge zu erklären, auch wenn das schwierig ist. Auch eine gemeinsame Drittsprache wird – wo möglich – eingesetzt, wobei die MitarbeiterInnen bedauern, dass sie dafür wesentliche Sprachen wie Türkisch nicht beherrschen. Diese Strategien entsprechen jenen, die Pöchlhammer (1997) für Wiener Krankenanstalten beschrieb. Diese vereinfachte Kommunikation wird aber nicht als zufriedenstellend und ausreichend empfunden.

Dolmetschung

Im Rehabilitationszentrum gibt es keinen Dolmetschdienst oder speziell zum Dolmetschen ausgebildete MitarbeiterInnen. Das Anfordern von externen professionellen DolmetscherInnen wird vom Großteil der Mitarbeiter als schwierig und teuer angesehen. Die MitarbeiterInnen suchen daher bei einer notwendigen Dolmetschung nach individuellen *ad hoc* Lösungen.

Zur Dolmetschung werden *ad hoc* vor allem dafür nicht ausgebildete Personen herangezogen, allen voran das Reinigungspersonal. Das Reinigungspersonal stammt zum Großteil aus dem ehemaligen Jugoslawien, wie auch 60 Prozent der PatientInnen mit Migrationshintergrund. Nicht alle MitarbeiterInnen sind sich der Grenzen und Schwierigkeiten dieser Dolmetschung bewusst. Die Qualität der Dolmetschung durch Reinigungspersonal wird aber bezweifelt, wenn es um diffizilere Themen geht, da die Reinigungskräfte oft nicht über entsprechend differenzierte Deutschkenntnisse verfügen bzw. das Fachvokabular nicht kennen. Es können sich auch Gespräche zwischen ihnen und den PatientInnen entwickeln, statt dass gedolmetscht wird. Die Richtigkeit und Genauigkeit der Dolmetschung ist vielfach zweifelhaft. Diese Ergebnisse entsprechen jenen von Pöchlhammer und Kadric (1999) zur Dolmetschung durch Reinigungspersonal im Krankenhaus bzw. jenen von Pöchlhammer (1997, 178).

Die Frage, ob diese Praxis des Dolmetschens durch Reinigungskräfte ethisch, medizinisch und rechtlich vertretbar ist, wird aber nur von wenigen MitarbeiterInnen aufgeworfen. Das mag auch daran liegen, dass die Komplexität einer korrekten Dolmetschung und die vielfältigen fachlichen Anforderungen an professionelle DolmetscherInnen den MitarbeiterInnen nicht bewusst sind. Es mag auch sein, dass nicht mit Dolmetschung befasste meinen, die Beherrschung einer Fremdsprache sei mit der Fähigkeit zum Dolmetschen gleich zu stellen. Ob bei einer Dolmetschung durch Reinigungspersonal das Recht auf Vertraulichkeit der PatientInnen gesichert ist, ist ein weiterer kritischer Aspekt, auf den bereits Pöchlhammer (1997) hinweist.

Mehrsprachige MitarbeiterInnen in Heilberufen und insbesondere MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund aus Pflege, Therapie und Ärzteschaft werden gerne zum Dolmetschen herangezogen. Auch wenn es im Rehabilitationszentrum keine offizielle Liste von MitarbeiterInnen mit Sprachkenntnissen gibt, so wissen alle, wer welche Sprache spricht. Diese MitarbeiterInnen sind aber nicht zum Dolmetschen ausgebildet, verfügen möglicherweise auch nicht über genügend fundierte Sprachkenntnisse in der Ausgangs- und/oder in der Zielsprache, um technische Fragen zu übersetzen (Downing & Roat 2002; Elderkin-Thompson et al. 2001). Es besteht die Gefahr von verkürzten oder verfälscht wiedergegebenen Gesprächsinhalten, wie auch Pöchhacker (1997) aufzeigt. Die MitarbeiterInnen können auch in einem Rollenkonflikt zwischen Dolmetschung und beruflicher Tätigkeit stehen und es besteht dadurch die Gefahr subjektiver Interpretationen von Inhalten. Wie Pöchhacker (1997) ausführt, werden DolmetscherInnen in ihrer Ausbildung speziell geschult, sich dieser Gefahren bewusst zu sein und lernen damit umzugehen.

Das Dolmetschen bei Problemen, bei gewissen Themen wie Sexualität oder für bestimmte PatientInnen, für die sie dann zum Feindbild werden, kann den mehrsprachigen MitarbeiterInnen unangenehm sein.

Die dolmetschenden MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund fühlen sich für ihre Landsleute verantwortlich, werden von diesen auch als Fürsprecher angesehen, fühlen sich aber in dieser Rolle nicht immer wohl.

Problematisch ist, dass die dolmetschenden MitarbeiterInnen in dieser Zeit ihre eigentliche Arbeit nicht verrichten können. Die Dolmetschung stellt eine zusätzliche – nicht remunerierte – Belastung dar.

Die Sprachmittlung durch Angehörige ist häufig. Auch in diesem Fall reichen die Sprachkenntnisse nicht unbedingt aus. Dazu kommt, dass die Angehörigen sich in einem Rollenkonflikt befinden können, möglicherweise den Patienten/die Patientin schonen wollen und schlechte Nachrichten nicht dolmetschen.

Besonders schwierig und ethisch bedenklich ist die Dolmetschung durch Kinder; sie sind beim Dolmetschen oft überfordert, weil sie einerseits ihre Muttersprache nicht ausreichend beherrschen, andererseits weil sie mit für sie zu heiklen Themen konfrontiert werden, wie Untersuchungen zur Dolmetschung durch Laien im Krankenhaus (Downing & Roat 2002; Pöchhacker 1997) anführen.

MitpatientInnen sind gerne bereit zu dolmetschen, aber auch hier ist die Qualität fraglich. Die notwendige Vertraulichkeit ist auch nicht gegeben.

Während aus Sicht der ÄrztInnen im Rehabilitationszentrum das Anfordern von externen professionellen DolmetscherInnen kein Problem darstellt, sehen das die anderen Berufsgruppen nicht so. Externe Dolmetschung ist teuer, ihr Einsatz muss gerechtfertigt werden. Bei einem Patienten ist – wenn überhaupt – meist

nur ein Mal während des Rehabilitationsaufenthaltes das Hinzuziehen eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin möglich, und das auch nur bei entsprechender Begründung, also bei größeren Schwierigkeiten. Es ist organisatorisch aufwändig, externe Dolmetschung einzusetzen. DolmetscherInnen sind auch nicht sofort verfügbar, man muss sich im Vorhinein die Fragen sehr genau überlegen und auch überlegen, wann man sie hinzuzieht. (Bischoff et al. 2006). Positiv ist, dass man sich bei qualifizierten DolmetscherInnen der Qualität der Dolmetschung sicherer ist.

Telefondolmetschen wird im Rehabilitationszentrum nicht praktiziert. Das Dolmetschen durch GemeindedolmetscherInnen („Community Interpreters“) ist nicht bekannt.

Die Problematik, dass sich beim Einsatz eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin der Dialog zwischen Behandelndem/Behandelnder und PatientIn zu einem Dreiergespräch entwickelt, ist MitarbeiterInnen bewusst; sie wissen aber nicht, wie sie damit umgehen sollen.

Es gibt keine gezielte Sprachenpolitik oder ein Konzept für den Einsatz von DolmetscherInnen für das Rehabilitationszentrum bzw. für die Behandlungseinrichtungen der AUVA. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass die Tradition der sozialen Unfallversicherung in der k.u.k. Monarchie fußt, und diese durch die absolute Priorität der deutschen Sprache in allen Belangen, insbesondere im Umgang mit der Hoheitsbehörde, gekennzeichnet war. Das Eingehen auf die Sprache der Ethnien des Vielvölkerstaates war im Selbstverständnis der Behörden und behördenähnlichen Einrichtungen nicht vorgesehen. Dementsprechend erwartete man auch, dass MigrantInnen, die ja zunächst vorwiegend aus ehemaligen Ländern des seinerzeitigen Vielvölkerstaates kamen, sich dieser Tradition anpassen würden, was ja auch über lange Zeit ohne Widerspruch akzeptiert wurde.

Diese Tradition wirkt sich im Bereich der Dolmetschung aus, manifestiert sich aber auch beim Nichtvorhandensein von fremdsprachigem Informationsmaterial für PatientInnen mit Migrationshintergrund. Im Rehabilitationszentrum liegt kein fremdsprachiges bzw. mehrsprachiges Informationsmaterial über den Aufenthalt und Alltag im RZ (zum Beispiel über Besuchszeiten, die Essensbestellung, die Benutzung der Telefone, die Hausordnung oder die Möglichkeit religiöser Handlungen) vor. Solche Unterlagen sind ein wichtiges Element der Chancengleichheit in Gesundheitseinrichtungen wie Saladin (2006) aufzeigt. Die Beschreibung des RZ ist auch nur in Deutsch gehalten. Piktogramme oder Bilder werden nicht eingesetzt.

Auch Informationen in Fremdsprachen über die Rehabilitation selbst, über die einzelnen Therapien und deren Sinn und Nutzen, liegen im RZ nicht vor. Die

Therapiepläne werden den PatientInnen nur in Deutsch zur Verfügung gestellt. Die MitarbeiterInnen wünschen sich fremdsprachige Unterlagen.

Selbst der PatientInnenfragebogen liegt nur auf Deutsch vor, was dazu führt, dass er von nichtdeutschsprachigen PatientInnen nicht ausgefüllt wird, wie Saladin (2006) für Gesundheitseinrichtungen in der Schweiz aufzeigt.

Ein weiterer Aspekt ist, dass nicht alle PatientInnen des Lesens und Schreibens mächtig sind (siehe Eichbauer et al. 2004), daher wären auch andere Hilfsmittel, wie zum Beispiel Videos oder DVD, notwendig.

Das Rehabilitationszentrum liegt außerhalb der Stadt Klosterneuburg in einem Grüngelände auf einer Anhöhe. Es gibt in der Umgebung keinerlei Geschäfte. In der Kantine werden aber keine fremdsprachigen Zeitungen zum Kauf angeboten. Die PatientInnen können beim Fernsehen nur zwischen deutschsprachigen Kanälen wählen, was aber MitarbeiterInnen nicht unbedingt bewusst ist.

Soziokulturelle Aspekte

Die soziale Schicht der PatientInnen mit Migrationshintergrund wird von den MitarbeiterInnen des Rehabilitationszentrums in Bezug auf die interkulturelle Kommunikation überhaupt nicht erwähnt. Dies ist insofern interessant, als eine Reihe von Autoren sie als bedeutsam thematisieren (Council of Europe 2006; Pöchlhammer 1997).

Die MitarbeiterInnen erwähnen zwar im Zusammenhang mit anderen Aspekten, wie der Häufigkeit von Arbeitsunfällen bei MigrantInnen, dass MigrantInnen oft in Berufen oder an Arbeitsplätzen mit höherem Risiko tätig sind, dass sie oft schwere körperliche Arbeit leisten; diese Tatsachen werden aber in keiner Weise mit Kommunikationsschwierigkeiten im Rehabilitationszentrum in Verbindung gebracht.

Kulturelle Unterschiede in verschiedenen Bereichen werden hingegen von den Befragten angeführt; sie werden als altersspezifisch oder auch nach Nationalitäten differierend dargestellt.

Die ausgemachten kulturellen Eigenheiten beziehen sich je nach Berufsgruppe auf unterschiedliche Bereiche, entsprechend den jeweiligen Tätigkeitsschwerpunkten der Befragten. Während bei der Pflege die Alltagsbewältigung im Mittelpunkt steht, sind bei den TherapeutInnen und ÄrztInnen jene kulturellen Unterschiede besonders von Bedeutung, die sich auf den Erfolg der Rehabilitation auswirken können.

Interessant ist, dass alle befragten MitarbeiterInnen kulturelle Unterschiede benennen, gleichzeitig aber Differenzierungen ausbleiben, zum Beispiel werden

türkische PatientInnen automatisch als Moslems angesehen. Dass es auch in der Türkei verschiedene Glaubensgemeinschaften gibt, wie die Aleviten, bzw. dass es innerhalb des Islams verschiedene Strömungen gibt, scheint nicht bekannt zu sein.

Die Angaben der MitarbeiterInnen zu kulturellen Aspekten in der Kommunikation mit PatientInnen mit Migrationshintergrund betreffen im Wesentlichen nur kulturelle Besonderheiten aus einigen wenigen Ländern. Das mag sich einerseits aus der großen Zahl PatientInnen aus diesen Ländern erklären lassen, andererseits aber aus der als größer empfundenen Differenz bzw. Fremdheit der Traditionen.

Kulturelle Aspekte und Alltagsbewältigung

Für die Pflege stehen kulturelle Aspekte in Bezug auf die Alltagsbewältigung bzw. den Alltag auf der Station im Vordergrund, wie religiöse Essensvorschriften, Gebete oder Fasten während des Ramadans. Muslimischen PatientInnen wird schweinefleischfreie Kost angeboten, der muslimischen Grundpflicht des Fastens während des Ramadans wird Rechnung getragen. Den MitarbeiterInnen ist auch geläufig, dass das Gebet für MuslimInnen eine Pflicht darstellt. MitarbeiterInnen finden *ad hoc* Lösungen, wenn der Wunsch nach einem Gebetsraum an sie herangetragen wird; die Sinnhaftigkeit eines muslimischen Gebetsraumes oder eines überkonfessionellen Andachtsraumes wird nicht gesehen.

Die große Anzahl von Besuchern von PatientInnen mit Migrationshintergrund ist für die Pflege ein wichtiger Aspekt, da die BesucherInnen den Alltag auf der Station beeinträchtigen und die Ruhe der MitpatientInnen, aber auch des besuchten Patienten/der besuchten Patientin stören können. Allerdings ist den MitarbeiterInnen bewusst, dass in gewissen Kulturen der Familie eine zentrale Bedeutung zukommt, und dass eine familiäre Verpflichtung besteht, sich rund um die Uhr um einen Kranken zu kümmern. Die Besuche stellen sowohl eine familiäre wie auch für Muslime eine religiöse Verpflichtung dar, wie der Interkulturelle Frauenverein Dschanuub (2006) hervorhebt.

Mit diesen Aspekten, wie auch mit unterschiedlichen Rollenbildern, ist der Umgang erprobt und pragmatisch und eigentlich wenig problematisch. Ähnliche Ergebnisse finden sich bei Borde (2002) in Bezug auf den Alltag im Krankenhaus.

Ein weiterer Aspekt ist ein ausgeprägtes Schamgefühl bei PatientInnen mit Migrationshintergrund, auf das nach Möglichkeit in der Pflege, bei den Therapien und auch in der medizinischen Versorgung Rücksicht genommen wird. Wie der Interkulturelle Frauenverein Dschanuub (2006) unterstreicht, ist das starke Schamgefühl bei muslimischen PatientInnen auf das muslimische Glaubenskon-

zept der körperlichen Unversehrtheit zurückzuführen, das sowohl die Vermeidung von Körperkontakten zwischen nicht-verwandten Männern und Frauen als auch den Schutz vor Blicken des anderen Geschlechts umfasst. Das Schamgefühl kann aber dazu führen, dass manche Therapien nicht gemacht werden.

Kulturelle Aspekte und Rehabilitationserfolg

Gewisse kulturelle Aspekte sind in Bezug auf ihre Auswirkungen auf die Rehabilitation von besonderer Bedeutung. Dazu gehören ein unterschiedliches Schmerzverhalten, ein anderes Schmerzempfinden und ein anderer (stärkerer oder geringerer) Schmerzausdruck, wie auch der Umgang mit Krankheit und Behinderung sowie eine unterschiedliche Erwartungshaltung an die Behandlung und Einstellung zur Rehabilitation.

Der Umgang mit Krankheit und mit Behinderung wird als kulturell unterschiedlich angeführt. In manchen Ländern steht der/die Kranke im Mittelpunkt und erwartet auch, dass die Familie ihn/sie rund um die Uhr umsorgt. Das kann sich aber auch so auswirken, dass die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Wiedererlangung von Eigenständigkeit zum Beispiel in Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Körperpflege, Anziehen oder Essen, von PatientInnen nicht als so wichtig bewertet wird.

Der möglicherweise geringere Wunsch nach Selbstständigkeit von PatientInnen kann dem Konzept und den Zielvorstellungen der Rehabilitation in Österreich nach Autonomie und selbstbestimmten Leben zuwiderlaufen. MitarbeiterInnen fällt es schwer zu verstehen und zu akzeptieren, dass PatientInnen Tätigkeiten nicht wieder erlernen wollen, wie sich selbst anziehen oder waschen oder eigenständig essen, weil sie erwarten, dass die Familie alle diese Tätigkeiten für sie übernimmt. MitarbeiterInnen haben dann das Gefühl, dass die Rehabilitation nicht erfolgreich verläuft, und sind frustriert. Auf solche differierenden Zielvorstellungen wies Bruns (2004) für die ergotherapeutische Behandlung hin.

Die fatalistische Einstellung mancher PatientInnen bringt MitarbeiterInnen ebenfalls an ihre Grenzen, wenn sie dazu führt, dass die PatientInnen nicht aktiv ihre Rehabilitation betreiben, weil sie die Verletzung als vorbestimmt ansehen. Diese Haltung erinnert an die Schwierigkeit der Implementierung von Unfallverhütungsmaßnahmen in Gedankenwelten, die die Vorhersehung als Teil des Schicksals ansehen (Zolfaghari 2002).

Der Zugang zur Behinderung ist auch unterschiedlich. In Ländern, die nach dem „Alles oder Nichts Gesetz“ leben (Aussage eines türkischen Arztes), ist der Umgang mit der Behinderung schwieriger, sie wird tabuisiert und kann als Stigma empfunden werden. Das kann dazu führen, dass der/die Betroffene sich zurückzieht und depressiv wird. Behinderung kann aber auch zu einem „Krankheits-

gewinn“ bei Patientinnen führen, die dann von Aufgaben innerhalb der Familie entbunden sind.

Eine Reihe von Autoren wie Crabtree et al. (2006), Niemeier et al. (2003) und Groce (1999) haben auf die unterschiedlichen Zugänge zur Behinderung und die unterschiedliche Gewichtung dieser hingewiesen. Die Ursachenzuschreibung von Behinderungen, die Beurteilung ihres Schweregrades und die Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen können kulturell sehr unterschiedlich sein wie Bruns (2004) ausführt. Dies manifestiert sich im Rehabilitationszentrum.

Auch die unterschiedliche Erwartungshaltungen der PatientInnen an die Behandelnden und an die Behandlung kann für die MitarbeiterInnen im Rehabilitationszentrum problematisch sein, wenn PatientInnen erwarten, dass sie behandelt werden, ohne dass sie etwas dazu tun müssen, bzw. warten, dass der Schmerz vergeht, damit sie aktiv werden können, die Behandelnden hingegen ein aktives Mitmachen der PatientInnen erwarten. Bruns (2004) hat diesen Konflikt für die Ergotherapie beschrieben.

Es kann auch sein, dass das Konzept der Rehabilitation selbst PatientInnen unverständlich ist, weil es aus ihrer Sicht nur volle Genesung und Tod geben kann, und sie mit einer verbleibenden Behinderung, einem „Halb-Sein“, nicht umgehen können.

Besonders schwierig ist für die MitarbeiterInnen der Umgang mit dem Schmerzverhalten von PatientInnen mit Migrationshintergrund, deren Schmerzempfinden und -ausdruck. Ein unterschiedliches Schmerzempfinden und -verhalten kann dazu führen, dass PatientInnen Therapien verweigern.

Der Umgang mit Schmerzen kann unterschiedlich sein. Die in Österreich übliche Einstellung, dass man den Schmerz überwinden muss, wird nicht unbedingt von den PatientInnen geteilt, die im Gegenteil der Meinung sein können, man müsse warten, bis die Schmerzen vergehen, bevor man aktiv wird.

Die MitarbeiterInnen wissen nicht, wie sie sich gegenüber dem unterschiedlichen Schmerzempfinden bzw. Schmerzausdruck verhalten sollen, sind verunsichert, ja irritiert und haben das Gefühl, diese PatientInnen nicht richtig zu behandeln. MitarbeiterInnen fragen sich, ob Schmerzen so stark sind, wie sie ausgedrückt werden, ob sich hinter dieser Schmerzäußerung etwas anderes verbirgt, zum Beispiel eine Bitte um Zuwendung, oder ob die PatientInnen besonders fordernd sind.

In den Schmerz wird von den MitarbeiterInnen viel hineininterpretiert – vom Wunsch nach Zuwendung bis hin zum Wunsch nach höherer Berentung.

Kvarén und Johansson (2004) haben auf die Tatsache hingewiesen, dass Schmerzerfahren und Schmerzverhalten kulturell angelehrt sind. Ob das Schmerzempfinden der PatientInnen mit Migrationshintergrund von den Mitar-

beiterInnen kulturalisiert wird, wie Borde (2002) und Dreißig (2005) das beschreiben, oder ob es wirklich physiologische und/oder kulturelle Unterschiede gibt, muss offen bleiben.

Um Blockaden zu begegnen, legen sich MitarbeiterInnen Strategien zurecht. Sie beginnen zum Beispiel bei der Therapie mit der gesunden Hand, um nicht gleich das Augenmerk auf die verletzte und schmerzende Hand zu richten, und arbeiten erst dann mit der verletzten Hand. Sie bieten auch therapeutische Betätigungen wie Weben an, die vom Schmerz ablenken.

Ein weiterer kultureller Aspekt ist die Rolle des Arbeitgebers für die Motivation des Patienten. In manchen Ländern hat der Arbeitgeber eine wesentliche soziale Rolle und würde sich persönlich um einen verunfallten Mitarbeiter annehmen. Ist das in Österreich nicht der Fall, erhält der Patient vielleicht sogar seine Kündigung während der Rehabilitation, wirkt sich das extrem negativ auf die Motivation aus. Dieser Aspekt wird in der mir vorliegenden Literatur zur interkulturellen Kommunikation im Krankenhaus bzw. in der Rehabilitation nicht angeführt.

Bei PatientInnen mit Migrationshintergrund wird viel Wissen um Leistungen und eine größere Begehrlichkeit in Bezug auf Renten verortet. Beim Wunsch, wieder arbeiten zu gehen, spielt die Stellung des Patienten innerhalb seiner Familie eine Rolle. Handelt es sich um den Familienerhalter, ist der Wunsch wieder zu arbeiten sehr groß; sonst kann es sein, dass der Patient erwartet, dass die Familie für ihn sorgen wird und er nicht mehr arbeiten braucht.

Während in der Ausbildung in bestimmten Heilberufen transkulturelle Aspekte im Ausbildungscurriculum berücksichtigt werden, wie zum Beispiel in der Pflegeausbildung, ist das in der Ausbildung in anderen Heilberufen, wie der Ergotherapie- oder der Physiotherapie nicht der Fall. Obwohl der Bedarf an mehrsprachigen LogopädInnen sehr groß wäre, stellt die perfekte akzentfreie Beherrschung der deutschen Sprache, die eine Grundvoraussetzung für eine Logopädie-Ausbildung in Österreich ist, oft für Interessierte mit Migrationshintergrund ein Problem dar.

Im Rehabilitationszentrum selbst werden keine interkulturellen Schulungen angeboten, allerdings werden auf Wunsch MitarbeiterInnen zu Schulungen über interkulturelle Pflege geschickt.

In der interkulturellen Kommunikation in der Rehabilitation sind sprachliche Aspekte wichtiger als kulturelle

In dieser Untersuchung stellen kulturelle Unterschiede nicht, wie in anderen Arbeiten dargestellt, die wesentlichen Kommunikationsbarrieren mit PatientInnen mit Migrationshintergrund dar. Kulturelle Unterschiede sind den MitarbeiterInnen durchaus vertraut; sie wissen um religiöse Bräuche und Gebetsvorschriften, um Essensvorschriften oder Schamverhalten, auch die Bedeutung der Familie und die damit in Zusammenhang stehende großen Zahl an Besuchern ist ihnen vertraut. Sie wissen, wie sie mit diesen Aspekten umzugehen haben.

Die der Behandlung entgegenwirkenden Unterschiede wie Krankheitsverhalten oder Schmerzverhalten werden als problematischer betrachtet. Eine gute sprachliche Kommunikation könnte aber dazu beitragen, dass die unterschiedlichen Zugänge besprochen, thematisiert und berücksichtigt werden können.

In der Untersuchung erschienen im Rehabilitationszentrum die sprachlichen Barrieren als besonders beeinträchtigend. In den USA haben Smart und Smart (1995) wie auch Leal Idrogo (1995) auf die Wichtigkeit der sprachlichen Verständigung für die Rehabilitation im Allgemeinen hingewiesen.

Die Bedeutung der sprachlichen Verständigung lässt sich auf den fundamentalen Unterschied zwischen der Rehabilitation und der Krankenbehandlung in Akutspitälern zurückführen, und zwar, dass die Rehabilitation Sache des/der Betroffenen selbst ist. Das Rehabilitationsteam kann den Betroffenen/die Betroffene während der Rehabilitation zwar anleiten und unterstützen, kann ihm/ihr aber nicht vorschreiben, was er/sie zu tun hat. Der/die Betroffene muss selbst – wohl unter Anleitung – an seiner/ihrer Wiederherstellung arbeiten (Leprêtre & Rufo 2008).

Kann man dem/der Betroffenen – unter der Voraussetzung natürlich, dass die mnestisch-kognitiven Fähigkeiten nicht beeinträchtigt sind – nicht die Wichtigkeit der Therapien und der Rehabilitation insgesamt mitteilen und vermitteln, ist zu befürchten, dass das Ergebnis der Rehabilitation in Frage gestellt ist. Gerade um diese Vermittlung möglich zu machen, ist eine gute sprachliche Verständigung essentiell. Es bedarf vieler, immer wiederkehrender Gespräche im Laufe des Rehabilitationsaufenthaltes. Es ist nicht damit getan, einmal die Sachlage zu erklären, denn ein Unfall mit schweren Verletzungsfolgen ist ein so einschneidendes (und möglicherweise lebensveränderndes) Erlebnis, dass der/die Betroffene zumeist erst nach und nach die Tragweite seiner/ihrer Verletzungen und verbleibenden Einschränkungen verstehen und verarbeiten kann. Oft ist ja eine komplette Neuorientierung des Lebens damit verbunden. Die Begleitung in diesem Prozess bedarf aber der sprachlichen Verständigung. Ist diese nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich, kann sich das auf den Erfolg der Rehabilitation auswirken.

Wenn, wie in den Interviews ausgeführt wurde, Therapie ohne Sprache eigentlich nicht möglich ist, so könnte man extrapolieren, dass Rehabilitation ohne Sprache sehr erschwert ist und möglicherweise ohne ausreichende sprachliche Verständigung zwar funktionelle Steigerungen möglich sind, die Bewältigung der dauerhaften Verletzungsfolgen, die einen wesentlichen Bestandteil einer holistischen Rehabilitation darstellt, aber beeinträchtigt ist.

Gleichzeitig ist die sprachliche Kommunikation wesentlich, damit das Rehabilitationsteam erfragen und erfassen kann, welche Lebensvorstellungen, Wünsche oder Träume der/die Betroffene hat, um auch die Ziele der Rehabilitation in Einklang mit diesen ausrichten zu können. Es bedarf der gelungenen, intensiven Kommunikation, um auf die individuellen Bedürfnisse des/der zu Rehabilitierenden einzugehen, die natürlich kulturell unterschiedlich sein können. Ziel der Rehabilitation ist ja, dass der/die Betroffene ein durch die Behinderung verändertes aber sinnerfülltes Leben führen kann, ein „personal good life“ mit und trotz der Behinderung.

7 Schlussfolgerungen – Empfehlungen für die Praxis

Soziokulturelle Vielfalt verlangt nach strukturellen Lösungen

Österreich ist ein Migrationsland. Der Anteil von Menschen anderer Herkunftsländer, die in Österreich leben, wird weiter steigen. Man kann diese Tatsache nicht durch ignorieren ungeschehen machen, sondern muss vielmehr überlegen, welche Konsequenzen sich für Bereiche wie das Gesundheitswesen ergeben und wie mit ihnen optimal umgegangen wird.

Die Behandlung und Versorgung von PatientInnen mit Migrationshintergrund gehört auch in der Rehabilitation zum Alltag. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Rehabilitation sind den PatientInnen, gleich welcher Herkunft, zugewandt. Ihr Anliegen ist die bestmögliche Betreuung der PatientInnen und der bestmögliche Rehabilitationserfolg. Diesem Anliegen stehen Barrieren in der Kommunikation, die vor allem sprachlicher, aber auch kultureller Natur sind, entgegen. Es müssen daher die notwendigen strukturellen Voraussetzungen geschaffen werden, um jene Barrieren zu beseitigen bzw. zu minimieren, die sich auf das Ergebnis der Rehabilitation aber auch auf die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen auswirken können.

Eine wesentliche Voraussetzung, um Maßnahmen sinnvoll planen und durchführen zu können, ist es, über genaue Daten zu verfügen, Hier wäre ein erster Schritt bei der Aufnahme ins Rehabilitationszentrum die notwendigen soziodemographischen Daten von PatientInnen wie Geburtsort, Nationalität bei der Geburt, Sprachkompetenzen oder religiöses Bekenntnis zu erfassen.

Verbesserung sprachlicher Kompetenzen

Die steigende Diversität bedeutet, dass eine Vielfalt von Sprachen bei PatientInnen vorzufinden ist. Sprachbarrieren werden oft wahrgenommen, deren Auswirkungen aber werden noch verdrängt (Saladin 2006). Wichtig wäre es, den tatsächlichen Sprachbedarf zu erheben, das heißt, die Sprachkenntnisse der PatientInnen bei der Aufnahme zu erfassen um Maßnahmen zur Überwindung möglicher Sprachbarrieren einzuleiten.

Verschiedene Zugänge zur Überwindung der Sprachbarrieren sind anzudenken.

Ein Zugang wäre die Verbesserung der Sprachkenntnisse von MigrantInnen. Verpflichtende Deutschkurse sind in Österreich schon Realität. Allerdings sind nicht alle Menschen gleich sprachbegabt und fähig, die Sprache des Landes so zu erlernen, dass sie sie unter allen Lebensumständen perfekt beherrschen. Ver-

schiedenste Faktoren spielen beim Spracherwerb eine Rolle (Esser 2006). Die Frage ist auch, welches Sprachniveau erreicht wird. Die im Rehabilitationszentrum angebotenen Deutschkurse für PatientInnen sind ein Schritt zur Verbesserung der Sprachkenntnisse.

Ein anderer Zugang bestünde in der Verbesserung der Sprachkenntnisse der MitarbeiterInnen durch Sprachkurse. Aber auch hier stellt sich die Frage, welches Sprachniveau in Fremdsprachen die MitarbeiterInnen erreichen können.

Ein mittel- bis langfristiger Schritt bestünde in einer gezielten Einstellungspolitik, das heißt in der vermehrten Einstellung von MitarbeiterInnen mit entsprechenden Sprachkenntnissen, also insbesondere von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund. Diese MitarbeiterInnen könnten dann entweder direkt mit PatientInnen in deren Sprache kommunizieren, oder auch zum Dolmetschen herangezogen werden.

Es sollte für das Rehabilitationszentrum eine Bedarfsanalyse und ein internes Konzept zum Einsatz von DolmetscherInnen erstellt werden, nach dem von Bischoff et al. (2003) präsentierten Modell zu Entscheidungskriterien für den Einsatz von Dolmetschern, das Faktoren wie Planbarkeit, Dringlichkeit, Tragweite für den Patienten bzw. die Behandlung, Finanzierung usw. berücksichtigt.

Im Rahmen des Konzepts sollten die verschiedenen Möglichkeiten der Dolmetschung berücksichtigt werden: die *ad hoc* Dolmetschung durch mehrsprachige MitarbeiterInnen bzw. MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund, der Einsatz von professionellen externen DolmetscherInnen entweder vor Ort oder per Telefon, der Einsatz von GemeindedolmetscherInnen, der Einsatz von Familienmitgliedern und Begleitpersonen. Gleichzeitig sollte der Einsatz von übersetzten Informationen berücksichtigt werden.

Bei Dolmetschen durch mehrsprachige MitarbeiterInnen bzw. MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund wäre eine entsprechende Schulung der MitarbeiterInnen unbedingt erforderlich, damit diese mit den notwendigen Techniken und Erfordernissen für eine gelungene Dolmetschung vertraut gemacht werden. Es wären auch die Sprachkompetenzen der MitarbeiterInnen zu prüfen. Eine Datenbank der Sprachkenntnisse der MitarbeiterInnen sollte ins Intranet gestellt werden.

Problematisch könnte sein, dass die MitarbeiterInnen, wenn sie dolmetschen, ihre eigentliche Arbeit nicht verrichten können. Daher sollte, zumindest für die zahlenmäßig wichtigsten Sprachen im Rehabilitationszentrum (also derzeit Bosnisch/Kroatisch/Serbisch und Türkisch), die Einstellung von spezifisch für die Dolmetschung zur Verfügung stehenden MitarbeiterInnen überlegt werden.

Ein anderer Ansatz wäre der verstärkte Einsatz von externen professionellen DolmetscherInnen, sei es vor Ort, sei es bei einer Telefondolmetschung. Letzte-

re böte den Vorteil des schnellen, leichten Einsatzes und der geringen Kosten, wobei die Qualität der Dolmetschenden sicherzustellen ist. Man könnte auch einen „Dolmetschtag“ überlegen, das heißt, dass regelmäßig (zum Beispiel einmal die Woche oder alle 14 Tage) DolmetscherInnen für ein paar Stunden ins Rehabilitationszentrum kommen könnten oder auch zu bestimmten Zeiten eine telefonische mehrsprachige „Hotline“ andenken.

Nach Möglichkeit sollte auf den Einsatz von Angehörigen, insbesondere Kindern, von MitpatientInnen und von ungeschulten MitarbeiterInnen zum Dolmetschen verzichtet werden.

Die MitarbeiterInnen sollten Informationen zum richtigen Umgang mit DolmetscherInnen erhalten, damit nicht der Dolmetscher als „lästiger Dritter“ in der Kommunikation empfunden wird, und damit die Dolmetschung möglichst erfolgreich ist.

Das Konzept sollte auch Übersetzungen – sowohl von PatientInneninformationen als auch von Informationen zur Rehabilitation und den Therapien – beinhalten. MitarbeiterInnen in den Therapien könnte man die wichtigsten Anweisungen für die Therapien in Fremdsprachen zur Verfügung stellen. Der Einsatz des Internets für die Verbreitung der Informationen sollte überlegt werden.

Ein weiterer Ansatz wäre die Herstellung einer DVD über Rehabilitation und den Alltag im RZ in verschiedenen Sprachen, damit auch nicht des Lesens kundige PatientInnen die Informationen verstehen.

Piktogramme, Zeichnungen oder Fotos zur Beschilderung könnten überlegt werden, wobei darauf zu achten ist, dass auch diese kulturell unterschiedlich gesehen oder gewertet werden können.

Wichtig wäre es, auf die leichte Verständlichkeit von Einberufungsschreiben und anderen Mitteilungen zu achten, um mögliche Missverständnisse zu vermeiden.

Als Zeichen der Wertschätzung und des Willkommenseins würden neben übersetzten Informationen, Hinweisschildern in mehreren Sprachen oder Plänen in Fremdsprachen auch Bücher in verschiedenen Sprachen in der Patientenbibliothek, Zeitungen in Fremdsprachen zum Kauf beim Büffet oder Fernsehen und Radio in Fremdsprachen dienen. Die Frage eines überkonfessionellen Andachtsraumes sollte ebenfalls überlegt werden.

Bewusstseinsbildung in Bezug auf kulturelle Unterschiede

Im Hinblick auf kulturelle Unterschiede, die die Kommunikation zwischen MitarbeiterInnen und PatientInnen beeinflussen können, sollte Bewusstseinsbildung bei den MitarbeiterInnen betrieben werden.

Vor der Erarbeitung von Trainings zu dieser Bewusstseinsbildung müsste man die vorhandene „interkulturelle Sensitivität“ der MitarbeiterInnen erheben, um nach Bennett (1986) entsprechende Trainings anzubieten.

Es ginge bei der Bewusstseinsbildung nicht vorrangig um Erläuterungen zur spezifischen Kultur und zu den kulturellen Wertvorstellungen des einen oder anderen Landes. Dies wäre schon allein wegen der großen Zahl der Herkunftsländer der PatientInnen ein schwieriges Unterfangen, würde aber auch zu kultureller Stereotypisierung bzw. zur Idee, dass „Kultur“ statisch ist, verleiten. Vielmehr sollte die Fähigkeit zur Reflexion geweckt, das Bewusstsein der MitarbeiterInnen für ihre eigenen Prägungen und Wertvorstellung geschärft werden. Sie sollten sich des Einflusses vieler unbewusster, „selbstverständlicher“ Ansichten und Einstellungen bewusst werden, um Voreingenommenheit zu vermeiden und mit eigenen Vorstellungen umgehen zu können (Niemeier & Arango Lasprilla 2007). Damit würde die Basis zum Verständnis dafür gelegt, dass Menschen durch ihre individuellen Prägungen und „Brillen“, durch die sie die Welt betrachten, unterschiedliche Vorstellungen und Werte mitbringen und leben können. Wie Posner-Landsch (2001) es postuliert, ist Selbsterkenntnis die Basis für gelungene interpersonelle und interkulturelle Kommunikation.

Ein weiterer Aspekt wäre ein Kommunikationstraining, das auf die Wichtigkeit von verbaler aber auch paraverbaler und nonverbaler Kommunikation hinweist, aber auch die Unterschiede im Kommunikationsverhalten beleuchtet.

Diversity Management

Zum Wesen der Rehabilitation gehört ein – möglicherweise nicht bewusstes bzw. nicht so benanntes – „Diversity Management“. Ziel des Rehabilitationsteams ist es, dem/der Betroffenen ein – für ihn/sie – sinnerfülltes Leben mit und trotz seiner/ihrer Behinderung bzw. Einschränkungen zu ermöglichen. Um den Menschen, wie es ja in der Rehabilitation notwendig ist, nicht nur in einem Aspekt zu erfassen, sondern in seiner Komplexität, ist das „neugierige Nachfragen“ (Borde 2002) ein Schlüssel. Es ist essentiell, die Wünsche, Träume, Lebensziele usf. des/der Betroffenen zu erfragen. Es gilt zu erheben, wie der Patient oder die Patientin die Welt sieht, wie der Zugang zu Krankheit oder Behinderung ist, welche Bedeutung der Familie zukommt oder welchen Wert Selbstständigkeit einnimmt. An Hand all dieser Faktoren kann erst das Rehabilitationsziel gemeinsam mit dem/der Betroffenen erarbeitet werden.

Dieses „Diversity Management“ bewusster zu machen und es um einige Facetten zu bereichern, die kulturellen Eigenheiten zu berücksichtigen, aber gleichzeitig diese nur als weitere Puzzlesteinchen im Gesamtbild zu betrachten, würde zum Gelingen der Rehabilitation bei PatientInnen mit Migrationshintergrund beitragen.

Um all das zu ermöglichen, ist eine gute sprachliche Verständigung unumgänglich.

ANHANG

Glossar

Das Glossar umfasst einerseits Begriffe der Rehabilitation zum besseren Verständnis jener, die mit der medizinischen Nomenklatur nicht vertraut sind, andererseits Begriffe der Sprachmittlung.

Unfallheilbehandlung und Rehabilitation	
Unfallheilbehandlung	Alle medizinischen und chirurgischen Maßnahmen, die zu einer Restitutio (Wiederherstellung) ad integrum (völlig) oder ad optimum (bestmöglich) des/der Verunfallten dienen. Abhängig von der Schwere des Ereignisses führt der Behandlungspfad von der präklinischen Versorgung am Unfallort zur Behandlungseinrichtung, über das Schockraummanagement mit rascher und umfassender, vorwiegend bildgebender Diagnostik, direkt in den Operationsraum. Dort erfolgt ein- oder mehrzeitig die unfallchirurgische/chirurgische Versorgung, mit anschließender intensivmedizinischer Behandlung. Bei günstigem Verlauf wird der Patient/die Patientin dann an die Normalstation verlegt und von dort einem Rehabilitationszentrum oder häuslicher Pflege übergeben, wobei in letzterem Falle ambulante Kontrollen und auch ambulante Therapien vorgesehen sind. Grundsätzlich kann die Therapie konservativ und/oder invasiv = operativ erfolgen, Ziel ist in jedem Falle die möglichst genaue Wiederherstellung der gestörten anatomischen Verhältnisse. Der Ablauf der akuten Unfallheilbehandlung ist straff organisiert und – entsprechend den Kriterien der Katastrophenmedizin – streng reglementiert.
Rehabilitation	Aus medizinischer Sicht ist diese die Fortsetzung und der Abschluss der Unfallheilbehandlung, im Sinne des Gründers der modernen Unfallchirurgie, Professor Lorenz Böhler. Sie ist weder Kur, noch Wellness, sondern individualisierte Behandlung von Funktionsstörungen, die als Unfallfolgen zurückbleiben. Sie umfasst nach dem Konzept der AUVA die bestmögliche physische, psychische

	<p>und soziale Wiederherstellung zur Reintegration des/der Betroffenen. Die Rehabilitation besteht aus dem Zusammenspiel von Medizin, Pflege, Therapie, Psychologie und Sozialarbeit, sowie weiteren, allenfalls notwendigen Maßnahmen, wie Prothetik usf.</p> <p>Im Lichte der Sozialgesetzgebung geht es in der Rehabilitation darum, Leistungen aus dem Versicherungsfall wie Renten oder Sachleistungen möglichst gering zu halten.</p> <p>Rehabilitationszentren der AUVA sind Sonderkrankenanstalten mit Krankenhauscharakter und Spitalsabläufen. Nebeneinander werden PatientInnen mit komplexen Bewegungsstörungen, Gliedmaßenverlusten, Verbrennungen und zentral-nervösen Defiziten behandelt, wobei letztere Querschnittslähmungen unterschiedlicher Höhe und Schädel-hirnverletzungen einschließen.</p> <p>Das Zusammenwirken unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete (Chirurgie, Interne, Urologie, Neurologie, Physikalische Medizin, Allgemeinmedizin) ist Voraussetzung, ebenso wie spezialisierte Pflege und differenzierte Therapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und manches mehr).</p> <p>Schwerstversehrte Verletzte nach Arbeitsunfall können Umbauten, Spezialführerscheine und Arbeitsplatzadaptationen und letztlich auch Renten erwarten, die dann allerdings von der leistungszuständigen Landesstelle der AUVA nach Bescheid gewährt werden.</p>
<p>Entlassung auf Revers</p>	<p>Freiwilliger Abbruch der Behandlung in einer Heileinrichtung durch den Patienten/die Patientin, auch nach eingehender, dokumentierter, vorheriger Aufklärung über die möglichen Folgen.</p>
<p>Entlassungsgespräch</p>	<p>Das Entlassungsgespräch stellt eine Zusammenfassung von all dem, was im Laufe der Rehabilitation gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin erarbeitet wurde, dar. Es handelt sich um ein Gespräch zwischen behandelndem Arzt und Patienten unmittelbar vor der Entlassung. In diesem Gespräch werden die Ergebnisse der Rehabilitation erneut erläutert. Es werden notwendige Kontrollen, Medikamenteneinnahme, Hausarzt und Schnittstellenmanagement besprochen. Der Patient/die Patientin wird auch</p>

	nochmals darauf hingewiesen, dass über allfällige Rentenleistung nach Arbeitsunfällen ein Gutachten und die zuständige Landesstelle entscheiden.
Ergotherapie	Der Begriff Ergotherapie wird von den beiden griechischen Wörtern „ergon“: Tat, Handlung und „therapeia“: Pflege, Heilung, abgeleitet. Durch spielerische, handwerkliche und gestalterische Techniken lernen PatientInnen, ihre durch Unfall oder Krankheit beeinträchtigten Fähigkeiten wieder zu gewinnen oder zu verbessern Hier werden vorwiegend Beschäftigungsabläufe gelehrt und trainiert, die dem täglichen Leben zugeordnet werden können. Wichtig sind auch in diesem Bereiche hergestellte thermoplastische Schienen („Splints“), die wesentlich zu den zu erzielenden Bewegungsabläufen beitragen.
Ganganalyse	Hier werden mit High-Tech-Einrichtungen, insbesondere mit so genannten Druckplatten und deren elektronischer Auswertung, sowie diffiziler Monitorisierung, Gangmuster und Belastungsabläufe analysiert. Diese äußerst aufwändige Diagnostik dient vorwiegend im Bereiche der Prothetik, der Orthopädie, aber auch zur Objektivierung und Korrektur von Funktionsstörungen.
Hydrotherapie	Medizinalbad, Fango, Sauna, Unterwassermassagen.
Kreativtherapie	Zum Beispiel Maltherapie oder Musiktherapie
Logopädie	Therapeutische Maßnahmen bei Personen mit Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckstörungen.
Patientenaufnahme	Administrativer und medizinisch-pflegerischer Eintritt in die Heileinrichtung. Juridisch ist damit der so genannte Behandlungsvertrag geschlossen. Sämtliche Rechte und Pflichten der PatientInnen, wie auch der heilberuflich Tätigen treten damit in Kraft. Ziel ist die bestmögliche Lösung des gesundheitlichen Problems des aufgeklärten Patienten, der zunächst durch Diagnostik, dann durch therapeutische Maßnahmen (konservative oder invasive Medizin, Pflege und weitere Therapien) der Genesung, Besserung, Hintanhaltung der Verschlechterung oder auch der Linderung des Unvermeidlichen zugeführt werden soll.

<p>Patientenentlassung</p>	<p>Administrativer und medizinisch-pflegerischer Austritt aus der Heileinrichtung, unter Beigabe eines Berichts über das Geschehene, den momentanen Zustand des Patienten/der Patientin, über die Erreichung des Behandlungszieles, sowie allfällige weitere Maßnahmen (Arztbericht oder Arztbrief, neuerdings ergänzt durch den Pflege- und Therapiebericht).</p> <p>Kontrollen oder Wiederaufnahmen können verpflichtungsfrei empfohlen werden, auch ein allfälliger Krankenstand nach Hospitalisation hat Empfehlungscharakter.</p>
<p>Physiotherapie</p>	<p>Die Physiotherapie arbeitet mit chemischen und physikalischen Reizen wie Wärme, Kälte, Druck oder elektrischen Reizen. Sie soll Schmerzen lindern, Beweglichkeit verbessern, verlorene Funktionen wiederherstellen oder Kompensationsmöglichkeiten schaffen. Je nach Funktionsstörung werden entweder Körperfunktionen trainiert, oder mittels Bewegungskonzepten Bahnungen komplexer Abläufe eingeleitet. Zur Physiotherapie gehören die eigentliche Physiotherapie mit Bewegungstherapie, einzeln oder zu mehreren, die Thermo- und Elektrotherapie, die Hydrotherapie, die Sporttherapie.</p>
<p>Prothetik</p>	<p>Durch die immer perfekter gewordene, so genannte Replantationschirurgie sind Gliedmaßendefekte nach Unfällen seltener als früher, sodass Erkrankungen, insbesondere Durchblutungsstörungen („Raucherbein“) die Hauptursache für die Notwendigkeit des Gliedmaßenersatzes darstellen. Abhängig von den Erfordernissen, die ja letztlich individuell festzustellen sind, sind technologisch unterschiedliche Prothesen im Einsatz, bis zur „lernenden“, chipgesteuerten Gelenkprothese („C-Leg“) oder der High-Tech-Sportprothese, deren TrägerIn Leistungen erzielen kann, die denen Unversehrter gleichen. Genaue Beurteilung des Stumpfes, abgestimmtes Training und Gangschulung nach präziser Analyse des individuellen Bewegungsablaufes sowie die hohe Motivation des/der Betroffenen sind die Voraussetzung für eine gelungene Versorgung.</p>
<p>Psychologische Betreuung</p>	<p>Erstgespräch, psychologische Beratung, Angehörigen-gruppe, autogenes Training, Biofeedback, Entspannung,</p>

	<p>Schmerzgruppe. Besondere Bedeutung kommt der psychologischen Betreuung bei Lähmungen, Gliedmassenverlusten und der Interferenz zwischen Behinderung und sozialem wie beruflichem Leben zu.</p>
<p>Querschnittlähmungen</p>	<p>Verletzungen des Rückenmarks machen je nach Höhe der Verletzung unterschiedliche klinische Bilder. Man spricht von Verletzungen des Halsmarks mit den Zeichen der Tetraplegie (Lähmungen aller vier Gliedmaßen und des Rumpfes), von Verletzungen des Brustmarks mit den Zeichen der Paraplegie (Lähmungen der unteren Extremitäten und des Bauches), von Verletzungen des untersten Rückenmarks und des „Pferdeschwanzes“, mit den Zeichen des Conus-Caudasyndroms (bei eingeschränkter Beweglichkeit der unteren Extremitäten massive Störungen des Vegetativums im Bereiche der Ausscheidungs- und Geschlechtsorgane). Nur teilweise ausgeprägte Verletzungen des Rückenmarks führen zu unvollständigen Lähmungen (Paresen). Allen Querschnittlähmungen sind unterschiedlich ausgeprägte, wie eben beschriebene, vegetative Störungen gemeinsam. Je nach Höhe der Lähmung sind vom Elektrorollstuhl bis zu Gehstöcken alle Hilfsmittel möglich und notwendig.</p>
<p>Schädelhirnverletzungen</p>	<p>Nach schweren Unfällen sind unterschiedlich ausgeprägte und verlaufende Symptome zu beobachten. Vom apallischen Syndrom = „vegetative state“ oder Wachkoma, das ist ein Leben de facto ohne Bewusstsein, bis zur weitestgehenden Wiederherstellung sind alle Prognosen möglich. Beobachtet werden das so genannte „Durchgangssyndrom“, das schwere organische Psychosyndrom (OPS), sowie verbleibende mnestisch-kognitive Defizite, neben Funktionsstörungen der Extremitäten und des Vegetativums. Bedeutend für die Prognose ist die Dauer der erinnerungsfreien Zeit vor und nach dem Unfall, wobei letztere durch intensiv-medizinische Maßnahmen, wie der so genannte „Tiefschlaf“, als Kriterium verfälscht werden kann.</p> <p>Je nach betroffener Hirnregion können Lähmungen, Ermüdbarkeit, Konzentrationsfähigkeit, Charakterveränderungen, Sprachstörungen oder sonstige sensorische Defizite im Vordergrund stehen.</p>

Sozialberatung	Die Sozialberatung klärt die für die Rückkehr der Betroffenen in die früheren oder neuen Lebensbereiche nötigen Voraussetzungen ab und gestaltet die entsprechenden Maßnahmen mit. Zur Sozialberatung gehören Beratung und Information über wirtschaftliche Absicherung, rechtliche Fragen und Förderungen, Kontakt zu Ämtern und Behörden und Schnittstellenmanagement zu sozialen Diensten.
Teambesprechung	Essentielle zumeist einmal wöchentlich stattfindende Zusammenkunft aller Berufsgruppen, bei der alle Beteiligten gleichberechtigt die eigenen Beobachtungen und Maßnahmen bei den jeweiligen PatientInnen präsentieren können, bzw. müssen. Bei der „großen“ Teambesprechung werden PatientIn und eventuell Angehörige einbezogen.
Transferierung	Überführung eines, damit einverstanden, Patienten in eine andere Heileinrichtung, unter Mitgabe aller relevanten Patientendaten.
Urocheck	Aufwändige, urologisch-fachärztliche Untersuchung, bzw. Kontrolle der gestörten Harnblasen-Entleerungsfunktion bei zentral-nervösen Unfallfolgen, mit Röntgenaufzeichnung und Entleerungskurven, die, neben der bakteriologischen Überprüfung, auch die weiteren Harnentleerungsstrategien festlegen soll.
Visite	Durchgehender Besuch der stationären PatientInnen, sei es durch den Primararzt/die Primarärztin, den stationsführenden Arzt/die stationsführende Ärztin oder die zuständige Pflege. Die so genannte „Sitzvisite“ kann an einem Versammlungsort der jeweiligen Berufsgruppe mittels Unterlagen, aber ohne Patienten, durch die jeweilige Mannschaft, durchgeführt werden.

Dolmetschen	
DolmetscherIn	Jemand, der einen gesprochenen Text aus einer Ausgangssprache in eine Zielsprache mündlich überträgt (Universitas – Österreichischer Übersetzer- und Dolmetscherverband) und so die Kommunikation zwischen zwei Personen ermöglicht.
professionelle DolmetscherInnen	DolmetscherInnen mit einer speziellen Ausbildung.
GemeindedolmetscherInnen (Community Interpreter)	Nicht professionelle bzw. semi-professionelle DolmetscherInnen, die aber eine spezifische Kurzausbildung für das Dolmetschen im sozialen und medizinischen Bereich erhalten haben.
LaiendolmetscherIn (oder ad hoc DolmetscherIn)	Nicht ausgebildete Person, die dolmetscht.
Face-to-face-Dolmetschen (oder Dolmetschen vor Ort)	Der Dolmetscher/die Dolmetscherin ist im Raum anwesend.
Flüsterdolmetschen	Die Wortmeldung wird „simultan“ aber im Flüsterton ohne Hilfsmittel für 2 bis 3 Personen gedolmetscht.
Konsequativdolmetschen	Form des Dolmetschens, bei der die Übersetzung dem Originalvortrag zeitlich nachgeschaltet ist.
Simultandolmetschen	Das in einer Sprache gesagte wird zeitgleich von einem Dolmetscher/einer Dolmetscherin in die andere Sprache übersetzt. Der Dolmetscher/die Dolmetscherin ist nicht im Raum anwesend und die Gesprächspartner hören die Stimme des Dolmetschers über Kopfhörer.
Telefondolmetschen	Dolmetschen mittels Telefon.

Interviewleitfaden

Vorbemerkungen

- Danke, dass Sie etwas Zeit haben!
- Erläuterung des Praktikums, des Masterstudiums.
- Das Interview ist anonym.
- Eventuell, abhängig davon wie gut man den Mitarbeiter /die Mitarbeiterin kennt:
 - Wie lange sind Sie schon bei der AUVA?
 - Wie lange schon in dieser Einrichtung?

Gibt es bei Ihnen (z.B.: „auf ihrer Station“) Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund bzw. Patienten, die nicht oder nur wenig Deutsch können? Anzahl? Prozentsatz?

Aus welchen Ländern kommen diese?

Wenn Sie über das Thema „Interkulturelle Kommunikation“ nachdenken, was fällt Ihnen dazu spontan ein?

Haben Sie Erfahrungen mit Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund bzw. mit Patienten, die nicht oder nur wenig Deutsch sprechen?

Erzählen Sie doch einmal von Ihren Erfahrungen.

- Wie gehen Sie damit um?
- Gibt es besondere Herausforderungen, Probleme?
- Wie gehen Sie damit um?
- Was ist schwierig?
- Was könnten die Ursachen sein?
- Welche Lösungen gäbe es?

Falls sprachliche Probleme erwähnt werden:

- Gibt es Ethnien oder Nationalitäten, bei denen die sprachlichen Probleme geringer oder größer sind?

Dolmetschung

Wer dolmetscht, wenn notwendig? Kommt das öfter vor?

- KollegInnen?
- Gibt es eine Liste der fremdsprachigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen?
- Wie wissen Sie, wen Sie fragen können?
- Was sind Ihre Erfahrungen damit?

Wer dolmetscht noch?

- Familie, Verwandte, Freunde?
- Wie sind da Ihre Erfahrungen?

- Wie ist das mit Mitpatienten und Mitpatientinnen?
- Haben Sie Erfahrung mit externer professioneller Dolmetschung?
- Haben Sie auch schon Telefondolmetschung eingesetzt? Kennen Sie das?
- Was würden Sie sich wünschen?

Bei Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen bzw. mit Migrationshintergrund:

- Haben Sie selbst schon gedolmetscht?
- In welchen Situationen war das?
- Wie war das für Sie?
- Kommt das oft vor?
- Ist das einfach oder schwierig? Warum?
- Machen Sie das gerne? Was haben Sie für Erfahrungen damit?
- Sind Sie auch als Mittler für ihre Landsleute tätig? Worum geht es da?

Fremdsprachige Informationen

- Gibt es übersetzte Informationen, Broschüren?
- Wären solche überflüssig, notwendig, sehr sinnvoll?
- In welchen Sprachen?
- Gibt es zum Beispiel Hauspläne in mehreren Sprachen? Oder Hinweisschilder?
- Wäre das sinnvoll / notwendig?

**Falls nur sprachliche Probleme erwähnt werden:
Gibt es auch kulturspezifische Aspekte?**

Kulturspezifische Fragen

- Wie ist das mit religiösen Vorschriften? Zum Beispiel:
 - Essen
 - Fasten
 - Beten
- Genderspezifische Pflege
- Mann-Frau-Rollen
- Kulturspezifische Zugänge zu Krankheit
- Kulturspezifische Zugänge zu Behinderung
- Kulturspezifische Blockaden bei Behinderung, Rehabilitation, Krankheit

Gibt es bestimmte Nationalitäten, bei denen es mehr / weniger Schwierigkeiten gibt?

Wie verstehen sich die Patienten bzw. Patientinnen untereinander?

Gibt es da Schwierigkeiten? Welche?

Was würden Sie sich an Unterstützung wünschen?

Allgemeine Fragen

	Nein	Ja	Welche Sprache(n)
Zugänglichkeit / Kennzeichnung außerhalb des RZ, im Eingangsbereich			
Kennzeichnung in der Einrichtung / am Eingang in verschiedenen Sprachen			
Informationen über das RZ in verschiedenen Sprachen			
Andere			
Informationen über das RZ auf DVD/Video			

Statistik	Nein	Ja	
Erfassung nach Herkunftsland			
Erfassung der Ethnie			
Erfassung der Sprache(n)			
Erfassung von Dolmetschbedarf			
Erfassung von Religion			
Anderes			
Wie viele Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund haben Sie im Schnitt?			
Aus welchen Ursprungsländern?			
Wie sind die Deutschkenntnisse?			

Dolmetschung bei nicht-deutschsprachigen Patienten und Patientinnen			
Dolmetschung durch wen?			
MitarbeiterInnen			
Liste von MitarbeiterInnen mit Fremdsprachenkenntnissen	Nein	Ja	Wo

DolmetscherInnen im RZ	Nein	Ja	Wo
Verwandte/Familie/Freunde			
MitpatientInnen			
Externe DolmetscherInnen			
Zusammenarbeit mit externen Dolmetschdiensten	Nein	Ja Erfahrungen	Wie oft
Telefondolmetschung	Nein	Ja Erfahrungen	Wie oft

Gibt es kulturelle Aspekte, Herausforderungen?
Welche?
Kulturspezifische Schulungen der MitarbeiterInnen (Migration, Integration – Ingroup / Outgroup – Machtasymetrien – Kommunikation – Blockaden , Hilfe - kulturspezifische Zugänge zu Krankheit....)
Sprachkurse
Diverses
Bilder, Kunst aus verschiedenen Kulturen?
Zeitungen, Bücher in Fremdsprachen?
TV, Radio in Fremdsprachen?
Andachtsräume?
Piktogramme?

Beispiele für spezifische Fragen je nach Station am Patientenpfad

Erstaufnahme

- Wie läuft sie ab?
- Sprachlicher Ablauf
- Probleme?

Erstaufnahme auf der Station

- Wie läuft sie ab?
- Sprachliche Fragen
- Probleme?

Während des Aufenthaltes

- Zusammenlegung mit anderen gleichsprachigen Patienten
- Religionsadäquate Speisen
- Räume für Religionsausübung, Andachtsraum
- Umgang mit religiösen Gepflogenheiten
- Besuchsmöglichkeiten
- Besonderheiten, Probleme

Medizinische Behandlung/Pflege/Therapien/Psychologie

- Angebot genderspezifischer Pflege
- Einverständniserklärung übersetzt
- Andere
- Kommunikation mit PatientInnen
- Transkulturelle Angebote für psychische Gesundheit
- Kulturspezifische Zugänge zu Behinderung, Krankheit
- Kulturspezifische Verarbeitung von Traumata
- Kulturspezifische Blockaden bei Behinderung, Rehabilitation

Literaturverzeichnis

Akbal, S. (2001). Migrant/innen in Österreich und Europa – ihre mangelnde Integration im Gesundheitswesen und Perspektiven. In M. David, T. Borde, H. Kentenich (Hrg.). Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. 3. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 115-120

Allaoui, R. (2005). Dolmetschen im Krankenhaus. Rollenerwartung und Rollenverständnisse. Interdisziplinäre Reihe Migration – Gesundheit – Kommunikation, Band 1, Cuvillier-Verlag, Göttingen

Die Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa (2005).http://www.mfh-eu.net/public/european_recommendations.htm, Download: 27.01.2008

Anderson, L. et al. (2003). Culturally competent healthcare systems. A systematic review. In American Journal of Preventive Medicine, 24 (3S), 68-78

Arango Lasprilla, J.C. & Niemeier J. (2007). Cultural issues in the rehabilitation of TBI survivors: Recent research and new frontiers. In Journal of Head Trauma Rehabilitation 22 (2), 73-74

Arbeitsgruppe interkulturelle Pflege (1997). Kopf draußen – Füße drin? Wie erleben Patienten aus anderen Kulturen ein deutsches Krankenhaus? In C. Uzarewicz & G. Piechotta (Hrg.). Transkulturelle Pflege. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, 155-170

Bennett, M. (1986). A developmental approach to training for intercultural sensitivity. In International Journal for Intercultural Relations, 2, 179-200

Berg, G. (2001). Subjektive Krankheitskonzepte – eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patientin-Interaktion?. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrg.). Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. 3. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 81-94

Bischoff, A. (2003). Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, Vienna, and Swiss Forum for Migration and Population Studies, Neuchâtel and Basel

Bischoff, A. & Grossmann, F. (2006). Telefondolmetschen im Spital. MFH-Netzwerk Schweiz, Basel

- Bischoff, A., Steinauer, R. & Kurth, E. (2006). Dolmetschen im Spital: Mitarbeiter mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen, Forschungsbericht MFH-Netzwerk. Schweiz, Basel, <http://files.hplus.ch/pages/HPlusDocument6807.pdf> Download: 03.03.2008
- Bogner, A. & Menz, W. (2005). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrg.). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 33-70
- Boll-Palievskaya, D. (2005). Arzt-Patient-Verhältnis: Zusammenprall der Kulturen. In Deutsches Ärzteblatt, 102, Ausgabe 10 vom 11.03.2005, A-654/B-548/C-513
- Borde, T. (2001). Die Versorgung von Immigranten/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrg.). Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. 3. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 95-114
- Borde, T. (2002). Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus, Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Technische Universität Berlin (Diss.), Berlin, http://webdoc.sub.gwdg.de/ebook/le/2003/tu-berlin/borde_theda.pdf, Download: 18.02.2008
- Borde, T., David, M. & Kentenich, H. (2000). Patientinnenorientierung im Kontext der kulturellen Vielfalt im Krankenhaus. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrg.). Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 121-154
- Bowen, S. (2001). Language barriers in access to health care. Health Systems Division, Health Policy and Communication Branch, Health Canada, Winnipeg
- Brice, A. & Campbell, L. (1999). Cross-cultural communication. In R.L. Leavitt (Hrg.). Cross-cultural rehabilitation. An international perspective. W.B. Saunders, London, 83-94
- Brucks, U. (2002). Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein aus der Sicht der Ärztinnen und Ärzte. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 05/2002, 51-55
- Bruns, M. (2004). Interkulturelle Kompetenz in der Ergotherapie. In Ergotherapie & Rehabilitation 8/04, 6-14
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrg.) (2005). Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. Wien

Burck, D. (1999). Incorporation of knowledge of social and cultural factors in the practice of rehabilitation projects. In B. Holzer, A. Vreede & G. Weigt (Hrg.). Disability in different cultures. Reflections on local concepts. transcript verlag, Bielefeld, 199-207

College of Nurses of Ontario (Hrg.) (2005). Culturally sensitive care. Winnipeg
Council of Europe Explanatory Memorandum of the Committee of Experts on Health Services in a Multicultural Society (o.J.),
<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackC>, Download: 11. 03.2008

Council of Europe Recommendation Rec (2006)18 of the Committee of Ministers to Member States on Health Services in a Multicultural Society.
<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackC>, Download: 11. 03.2008

Crabtree, J.L., Royeen, M. & Benton, J. (2006). Cultural proficiency in rehabilitation: An introduction. In M. Royeen & J.L. Crabtree (Hrg.). Culture in rehabilitation: from competency to proficiency. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, 1-16

Cross Cultural Health Care Program (Hrg.) (o.J.). Models of interpreter services.
www.xculture.org/interpreter/overview/models.htm , Download: 13.02.2007

Csitkovics, M., Eder, A., Matuschek, H. & Pöchhacker, F. (1997). Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien. Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. MA 15, Dezernat für Gesundheitsplanung, Wien

Deiningner, S. (2007). Zur sprachlichen Verständigung in Krankenhäusern Berlins – die Perspektive der Klinikleitungen. In T. Borde & N.-J. Albrecht (Hrg.). Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder. Interdisziplinäre Reihe, Migration – Gesundheit – Kommunikation, Band 3, IKO-Verlag, Frankfurt am Main, 22-41

Downing, B. & Roat, C. (2002). Models for the provision of language access in health care settings. National Council on Interpreting in Health Care,
www.ncihc.org, Download: 26. 02.2008

Dreißig, V. (2005). Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. transcript verlag, Bielefeld

Eichbauer, H., Heuermann, A. & Krausbar, P. (2004). Gelebte Integration im Krankenhaus. Hanusch-Krankenhaus, Wien

Elderkin-Thompson, V., Cohen Silver, R. & Waitzkin, H. (2001). When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. In Social Science & Medicine, 52, 2001, 1343-1358

- Elliot, T. & Uswatte, G. (2000). Ethnic and minority issues in physical medicine and rehabilitation. In M. Grabois, S.J. Garrison, K.A. Hart & L.D. Lehmkuhl (Hrg.). Physical medicine and rehabilitation: The complete approach. Blackwell Science, Franklyn, NY, 1820-1828
- Ernst, G. (2000). Mythos Mittelmeersyndrom: Über akuten und chronischen Schmerz bei Migrantinnen. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrg.). Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 57-66
- Esser, H. (2006). Migration, Sprache und Integration. AKI-Forschungsbilanz 4. Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin
- Fitzgerald, M. (1992). Multicultural clinical interactions – multiple cultures in rehabilitation. In Journal of Rehabilitation, 58, 38. <http://findarticles.com>, Download: 27.01.2008
- Geisler, L. (1997). Sprachlose Medizin? In Imago Hominis, Band IV(1). www.linus-geisler.de, Download: 09.04.2008
- Gilgen, D. (2002). Strategien zur Entwicklung migrationsspezifischer Kompetenz im Gesundheitswesen. Bundesamt für Gesundheit, Fachstelle Migration und Gesundheit, Bern
- Gracia-Garcia, R. (2006). Telephone interpreting: a review of pros and cons. www.a2hc.org, Download: 27.11.2007
- Graebe, H. (o.J.). Was man im Krankenhaus vom Islam wissen muss. <http://www.chrislages.de/muslhosp2.htm>, Download: 11.03.2008
- Groce, N.L. (1999). Health beliefs and behavior towards individuals with disability cross-culturally. In R.L. Leavitt (Hrg.). Cross-cultural rehabilitation. An international perspective. W.B. Saunders, London, 37-48
- Hawker, A. (o.J.). Culture and rehabilitation. www.riglobal.org , Download: 28.01.2008
- Helman, C. (1986). Culture, health and illness. John Wright & Sons, Bristol
- Hömke, S. (2002). Kommunikation in Institutionen am Beispiel der Arzt-Patient-Kommunikation im Krankenhaus. Ibidem Verlag, Stuttgart
- Hüper, C. (1997). Schmerzverstehen in der interkulturellen Pflege. In C. Uzarewicz & G. Piechotta (Hrg.). Transkulturelle Pflege. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, 171-187

- Illkilic, I. (2006). Das muslimische Krankheits- und Gesundheitsverständnis und ihre medizinethischen Implikationen in einer werteppluralen Gesellschaft. Vortrag vom 18.2.2006 im Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf. www.kultur-gesundheit.de , Download: 30.09.2007
- Interkultureller Frauenverein Dschanuub (Hrg.) (2006). Marhama. Musliminnen in unserem Spital. www.dschanuub.at , Download: 30.09.2007
- Jacobs, B. et al. (1995). The hazards of using a child as an interpreter. In Journal of the Royal Society of Medicine, 88 (8), 474-475
- Jennings, B. (1993). Healing the self: The moral meaning of relationships in rehabilitation. In American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 72, 25-28
- Jezewski, M. A. & Sotnik, P. (2001). Culture brokering: Providing culturally competent rehabilitation services to foreign-born persons. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange, <http://cirrie.buffalo.edu/> , Download: 27.09.2007
- Kelly, N. (2007). Telephone interpreting in health care settings. Some commonly asked questions. In The ATA Chronicle (6), American Translators Association, June 2007, 18-21, www.atanet.org , Download: 29.05.2008
- Kentenich, H. et al. (2001). Türkische Patientinnen in der Gynäkologie: Probleme – Missverständnisse – Lösungsansätze. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrg.). Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. 3. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 121-144
- Klaber Moffett, J.A. & Richardson, P.H. (1997). The influence of the physiotherapist-patient relationship on pain and disability. In Physiotherapy Theory and Practice, 13 (1), 89-96
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic. The problem of cultural competency and how to fix it. In PLoS Medicine, 3 (10), 1673-1676, www.plosmedicine.org , Download: 25.02.2008
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. In Annals of Internal Medicine, 88, 251-258
- Kohnen, N. (2003). Von der Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens. Wie fremde Kulturen Schmerzen wahrnehmen, erleben und bewältigen. ppv, Ratingen, www.problemkreis-sad.de, Download: 10.07.2007
- Koptagel-Ilal, G. (1999). Kulturelle Aspekte der Begutachtung – der Stellenwert soziokultureller Hintergründe in Begutachtungsprozessen. In J. Collatz, W. Hackhausen & R. Salman (Hrg.). Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizi-

- nischen Begutachtung in Deutschland. Reihe Forum Migration, Gesundheit, Integration, Band 1, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, 131-136
- Krepler, R., Hackl, J.R. & Marzi, L.M. (2002). Recht im Krankenhausalltag. Ein Ratgeber für Pflegepersonal, Ärzte und Patienten. LexisNexis Verlag ARD ORAC, Wien
- Kuhn, B. (2000). Unterschiede in Krankheitsverständnis und transkulturelle Pflege. In Zeitschrift für Medizinische Ethik, 46 (3), 199-206
- Kultur und Gesundheit (o.J.). www.kultur-gesundheit.de , Download: 30.09.2007
- Kvarén, C. & Johansson, E. (2004). Pain experience and expectations of physiotherapy from a cultural perspective. In Advances in Physiotherapy, 6 (1), 2-10
- Leal Idrogo, A. (1995). Further thoughts on „The use of translators and interpreters in delivery of rehabilitation services“. In The Journal of Rehabilitation 61, 21
- Leavitt, R.L. (1999). Introduction to cross-cultural rehabilitation. An international perspective. In R.L. Leavitt (Hrg.). Cross-cultural rehabilitation. An international perspective. W.B. Saunders, London, 1-7
- Ledyaikina, O., Uebelacker, J. & Borde, T. (2007). Sprach- und Kulturmittlung in medizinischen und sozialen Einrichtungen aus Sicht der MitarbeiterInnen. In T. Borde & N.-J. Albrecht (Hrg.). Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder. Interdisziplinäre Reihe, Migration – Gesundheit – Kommunikation, Band 3, IKO-Verlag, Frankfurt am Main, 100-119
- Le Granse, M. (2006). Wenn man einander nicht versteht, sind qualitativ gute Therapie und Betreuung nicht möglich. In Ergotherapie & Rehabilitation, 7/06, 13-20
- Leprêtre, L. & Rufo, M. (2008). Regards croisés sur le handicap. Editions Anne Carrière, Paris
- Loenhoff, J. (2003). Kulturvergleich und interkulturelle Kommunikation. In Germanistisches Jahrbuch GUS „Das Wort“, 105-114.
<http://www.daad.ru/wort/wort2003/Loenhoff.Druck.pdf> , Download: 19.04.2008
- Löning, P. & Rehbein, J. (1993). Das Arzt-Patienten-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps. de Gruyter, Berlin
- Loveland, C. (1999). The concept of culture. In R.L. Leavitt (Hrg.). Cross-cultural rehabilitation. An international perspective. W.B. Saunders, London, 15-24
- Lustig, M. & Koester, J. (2003). Intercultural competence, interpersonal communication across cultures. Fourth Edition, Allyn and Bacon, New York

- Lux, T. (2003). Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. Ein ideengeschichtlicher Abriss. In T. Lux (Hrg.). Kulturelle Dimension der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology. Dietrich Reimer Verlag, Berlin, 145-176
- Magistrat der Stadt Wien, Magistratsabteilung 17, Integrations- und Diversitätsangelegenheiten (Hrg.) (2007). MigrantInnen in Wien 2007. Daten, Fakten, Recht. Wien
- Maletzke, G. (1996). Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Meuser, M. & Nagel, U. (2005a). Expertenwissen und Experteninterview. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrg.) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 71-93
- Meuser, M. & Nagel, U. (2005b). Vom Nutzen der Expertise. ExpertInneninterviews in der Sozialberichterstattung. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrg.) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 257-272
- Meyer, B. (2003). Dolmetschertraining aus diskursanalytischer Sicht: Überlegungen zu einer Fortbildung für zweisprachige Pflegekräfte. In Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 4, 160-185, www.gespraechsforschung-ozs.de , Download: 30.01.2008
- Müller(-Jacquier), B.-D. (1992). Grundpositionen einer interkulturellen Didaktik des Deutschen als Fremdsprache. In B. Krause, U. Schenk & P. O'Neill (Hrg.). Präludien. Kanadisch-deutsche Dialoge. Iudicium Verlag, München, 133-156
- Multicultural Disability Advocacy Association (o.J.). www.mdaa.org.au, Download: 13.02.2008
- Niemeier, J. & Arango Lasprilla, J.C. (2007). Toward improved rehabilitation services for ethnically diverse survivors of traumatic brain injury. In Journal of Head Trauma Rehabilitation, 22 (2), 75-84
- Niemeier, J., Burnett, D. & Whitaker, D. (2003). Cultural competence in the multidisciplinary rehabilitation setting: Are we falling short of meeting needs? In Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 84, 1240-1245
- Normann, T., Tveit Sandvin, J. & Thommesen, H. (2004). A holistic approach to rehabilitation. Kommuneforlaget AS, Oslo
- Novak-Zezula, S. et al. (2005). Improving interpreting in clinical communication: Evaluation report from the European project „Migrant-friendly hospitals“. www.mfh-eu.net, Download: 07.03.2008
- Plasser, F. (2005). „...bis die patientin aufgab!“. In Österreichische Pflegezeitschrift, 03/05, 14-17

- Pöchlhacker, F. (1997). Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. MA 15, Dezernat für Gesundheitsplanung, Wien
- Pöchlhacker, F. (2000). Kulturelle und sprachliche Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen in Gesundheitseinrichtungen. In M. David, T. Borde & H. Kantenich (Hrg.). Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 155-176
- Pöchlhacker, F. & Kadric, M. (1999). The hospital cleaner as healthcare interpreter. A case study. In *The Translator*, 5 (2), 161-178
- Posner-Landsch, M. (2001). Kommunikationsstörungen zwischen ausländischen Patientinnen und einheimischen Ärzten/Ärztinnen. In M. David, T. Borde & H. Kantenich (Hrg.). Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. 3. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 59-80
- Saladin, P. (Hrg.) (2006). Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bundesamt für Gesundheit BAG in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz, Bern
- Salman, R. (o.J.). Sprachliche Verständigung im Gesundheitswesen als politische und professionelle Herausforderung. www.psychiatrie.de/data/downloads/38/00/00/Beitrag_Salman.pdf, Download: 07.03.2008
- Saltapidas, H. & Ponsford, J. (2007). The influence of cultural background on motivation for and participation in rehabilitation and outcome following traumatic brain injury. In *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22 (2), 132-139
- Sampson, A. (2006). Language services resource guide for health care providers. National Health Law Program, Los Angeles
- Schouler-Ocak, M. (2007). Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv? In T. Borde & M. David (Hrg.). Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 83-94
- Schultz, D. (2007). Sprachmittlung und interkulturelle Kompetenz in Berliner psychiatrischen Einrichtungen – Ansichten und Erfahrungen von MitarbeiterInnen. In T. Borde & N.-J. Albrecht (Hrg.). Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder. Interdisziplinäre Reihe, Migration – Gesundheit – Kommunikation, Band 3, IKO-Verlag, Frankfurt am Main, 120-159
- Shaw, D. & Hugues, S. (2006). It's not as simple as you think: Cultural viewpoints around disability. Department for Education and Skills, Nottingham

- Smart, J. & Smart, D. (1995). The use of translators/interpreters in rehabilitation. In *Journal of Rehabilitation*, April/May/June, 14-20
- Spector, R. (1991). *Cultural diversity in health and illness*. Third Edition, Appleton & Lange, Norwalk
- Tuschinsky, C. (2002). Interkulturelle Öffnung in Medizin und Gesundheitsversorgung. In C. Dettmers, N.-J. Albrecht & C. Weiller (Hrg.). *Gesundheit, Migration, Krankheit*. Hippocampus Verlag, Bad Honnef, 278-294
- Uebelacker, J. (2007). Der Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen aus Sicht der MitarbeiterInnen eines Berliner Bezirksamtes. In T. Borde & N.-J. Albrecht (Hrg.). *Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder*. Interdisziplinäre Reihe, Migration – Gesundheit – Kommunikation, Band 3, IKO-Verlag, Frankfurt am Main, 42-73
- UNESCO (o.J.). Webseite. <http://unesco.org>, Download: 07.03.2008
- Uske, H., Heveling-Fischell, M. & Mathejczyk, W. (2001). *Risiko Migration. Krankheit und Behinderung durch Arbeit*. Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung, Duisburg
- Uswatte, G. & Elliott, T. (1997). Ethnic and minority issues in rehabilitation psychology. In *Rehabilitation Psychology*, 42 (1), 61-71
- Voigt, G. et al. (2002). Kultursensible Pflege im Krankenhaus – Kommunikation mit ausländischen Patienten. Ergebnisse aus einem Modellprojekt am Klinikum Nürnberg. In C. Dettmers, N.-J. Albrecht & C. Weiler (Hrg.). *Gesundheit – Migration – Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*. Hippocampus Verlag, Bad Honnef, 278-294
- Voigt, G. & Praez-Johnsen, H. (2001). Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus – Zur Verständigung zwischen Pflege und MigrantenpatientInnen am Beispiel von Angehörigen. In *Pflege und Gesellschaft*, 6 (2), 45-50
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1969). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Verlag Hans Huber, Bern
- Wesselmann, E., Lindemeyer, T. & Lorenz, A. (2004). Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der klinikinterne Dolmetscherdienst. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main
- Wimmer, B. & Ipsiroglu, O. (2001). Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von MigrantInnen und deren Kindern. Analyse und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen. In *Wiener Klinische Wochenschrift*, 113 (15-16), 616-621
- Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003). Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse. In *Deutsches Ärzteblatt*, 5, 2003, 213-215

Zimmermann, J. (2000). Kulturelle Missverständnisse in der Medizin: ausländische Patienten besser versorgen. Verlag Hans Huber, Berlin

Zolfaghari, M. (2002). Occupational health and medicine in the Iranian social security system. Vortrag im Rahmen des Weltkongresses für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, AUVA, Wien

Abkürzungsverzeichnis

AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
o.J.	ohne Jahresangabe
PV	Pensionsversicherung
Reha	Rehabilitation
RZ	Rehabilitationszentrum

