

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).