

Nummer

10 – 2001

Titel

„MIGRANTINNEN IM SPITAL“

Workshop für MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen der Stadt Wien

Organisation: Magistratsabteilung 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung, Gruppe Wissenschaft

AutorInnen

**Paloma Fernández de la Hoz
Johannes Pflegerl**

Inhaltsverzeichnis

EINFÜHRUNG – MIGRANTINNEN IM SPITAL	2
I. EINSTIMMUNG	3
Univ.-Prof. Dr. Michael Mitterauer. Eine Fallgeschichte	
Anmerkungen zu dieser Geschichte	4
II. PRÄSENTATION DER VON DEN ARBEITSGRUPPEN AUSGEWÄHLTEN FÄLLE	6
III. PRÄSENTATION DER ERGEBNISSE	9
Paloma Fernández de la Hoz – Johannes Pflegerl	
1. MigrantInnen, Familie und Spital	9
1.1. <i>Integration als Eingliederung ins Aufnahmeland</i>	9
1.2. <i>MigrantInnen in österreichischen Einrichtungen – Bevölkerungsentwicklung</i>	10
1.3. <i>Die Eingliederung in ein neues Land</i>	14
1.3.1. Ein „doppelgesichtiger“ Prozess	14
1.3.2. Rolle der Gesundheitseinrichtungen in Hinblick auf die Integration	14
1.4. <i>Relevanz familiärer Beziehungen besonders unter MigrantInnen</i>	16
2. Spezifische krankheitsfördernde Lebensbedingungen unter MigrantInnen	17
2.1. <i>Physische Krankheiten im Zusammenhang mit Wohnungsstandards und der Situation am Arbeitsmarkt</i>	17
2.1.1. Kinder als primär Betroffene	17
2.1.2. Sparen beim Essen	18
2.1.3. Häufigere Arbeitsunfälle und psychologische Belastung	18
2.2. <i>Psychische Erkrankungen und psychosomatische Störungen</i>	19
2.2.1. Indikatoren für misslungene Integrationsprozesse	19
3. Einstellungen zu den Krankenanstalten	20
3.1. <i>Hohe Bewertung</i>	20
3.2. <i>Die kontinuierliche Pflege von Kranken als Aufgabe der Familie</i>	21
3.3. <i>Das Spital als Zufluchtsort</i>	22
4. Familiäre Beziehungen im Zusammenhang mit dem Alltag in einem Spital	22
5. Literaturliste	27
IV ABSCHLUSSRUNDE – GENANNT PUNKTE	29
ANHANG: ZIELE, ABLAUF UND LISTE DER TEILNEHMERINNEN	30
Ziele des Workshops	30
Ablauf	30
Liste der TeilnehmerInnen	31

Einführung – MigrantInnen im Spital

Spitäler zählen zu den besonders relevanten infrastrukturellen Einrichtungen einer Stadt, da sie wichtige, oft sogar lebensnotwendige medizinische Betreuung für deren EinwohnerInnen bieten. Sie sind gleichzeitig ein Ort, an dem viele Menschen unterschiedlicher Herkunft zusammenkommen. Dies bedeutet auch, dass Personen, die an diesen Orten arbeiten bzw. sie besuchen, mit verschiedenen Auffassungen von Krankheit und Gesundheit sowie mit unterschiedlichen Umgangsformen damit konfrontiert werden.

In den Jahren 1998 und 1999 hat das Österreichische Institut für Familienforschung (ÖIF) unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Michael Mitterauer und Univ.-Prof. Dr. Rudolf Richter ein Forschungsprojekt über Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei durchgeführt. Diese Studie wurde von vornherein so geplant, dass ein wesentlicher Bestandteil ihres Konzepts in dem Austausch von Erfahrungen und Informationen zwischen MigrantInnen¹, ExpertInnen² und Mitgliedern des Forschungsteams lag. Schließlich zielte das Forschungsprojekt hauptsächlich darauf ab, Prozesse, die mit dem Phänomen Migration einhergehen – insbesondere die Entwicklung des Familienlebens im Aufnahmeland –, von unterschiedlichen Standpunkten her zu erfassen. Zu diesen Prozessen zählen auch Situationen und Vorgänge, in denen die unterschiedlichen Beteiligten in einen Konflikt von Interessen und Bewertungen geraten. Daher kommt die Bedeutung der Kommunikation während der Forschungsarbeit. Konkret wurde der Kontakt mit ExpertInnen nicht nur durch Interviews, sondern auch durch Workshops gesucht.

Ein Bestandteil der Untersuchung war die Situation von Migrantenfamilien in Wien sowie unter anderem deren Erfahrungen in Wiener Spitälern. Diesbezüglich wurden zusätzliche Interviews durchgeführt. Darüber hinaus lud das Forschungsteam ExpertInnen aus dem Gesundheitswesen (insbesondere Pflegepersonal in Kontakt mit Migrantenfamilien, das über seine Praxisarbeit reflektieren wollte) zu einem Workshop ein. Dieses Treffen fand am 28. Jänner 1999 statt.

Im Folgenden wird ein Resümee der unterschiedlichen inhaltlichen Impulse vorgestellt. Es handelt sich um die Einstimmung vom Prof. Mitterauer, die Arbeit in den Gruppen, die Präsentation einiger Ergebnisse der Studie „Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in Wien“ und schließlich um die Abschlussdiskussion im Plenum. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass diese Texte den Charakter eines Memos haben. Sie dienen also ausschließlich als Denkipulse für die weitere Reflexion der LeserInnen dieser Broschüre und dürfen folglich nicht als fertige Darlegungen gesehen werden. Nur die Präsentation der Ergebnisse seitens des Forschungsteams wurde vor und nach der Veranstaltung erarbeitet.

Im Anhang findet sich je eine Kurzdarstellung der Ziele sowie des Programms des Workshops, die dabei helfen können, die unterschiedlichen inhaltlichen Impulse im Kontext der Tagung noch einmal zu erörtern.

¹ Unter dem Wort „MigrantInnen“ werden im Folgenden Menschen verstanden, die sich dazu genötigt gesehen haben, ihr Land zu verlassen und die in Österreich permanent bzw. für einige Jahre leben. Es handelt sich also nicht um Saisonale oder GrenzgängerInnen und auch nicht um in Österreich geborene Kinder von MigrantInnen, sondern um Menschen, deren Biografie sich durch einen Wechsel des Landes kennzeichnen lässt. (Für diesen *Zwangscharakter* der Migration bzw. dieser „Wanderungen“, die (scheinbar) freiwillig erfolgen, siehe (Butterwege 2000: 274).

² Unter „ExpertInnen“ werden hier Leute verstanden, die – meist aus beruflichen Gründen – im Kontakt mit Migrantenfamilien stehen.

I. Einstimmung

Univ.-Prof. Dr. Michael Mitterauer. Eine Fallgeschichte

Es sind so viele Fälle gewesen [...] Also zum Beispiel, ich sehe jetzt eine Familie vor mir, mit einem chronisch kranken Kind, die aus dem Kosovo kommt, für die [...] die erste Zeit ganz, ganz schwierig war, weil die Frau eben zu Hause war, keine sozialen Kontakte nach außen gehabt hat, und jetzt ist sie da gestanden mit einem Kind mit der Diagnose: „Dieses Kind wird nie wieder gesund.“ Und ... jetzt kommen einmal die Schuldzuweisungen: „Wer ist schuld? Der Vater? Die Mutter?“ Jeder sieht die Situation so, dass man sagt: „Na, ja, das dauert sehr lange, bis man so weit ist, dass man sagen kann: ‚Es gibt niemand Schuldigen, es sind beide schuld. Es ist ein Pech, dass sie beide geheiratet, und ein Pech, dass sie beide ein Kind bekommen haben. Das ist eben passiert.‘ Und da ist es schon so, dass die Frau gar nicht darüber reden hat können [...]. Und erst langsam hat sie auf der Station dann ein bisschen Zutrauen gefunden und im Nachtdienst - vor allem mit den Schwestern mit Händen und Füßen - ein bisschen ausgedeutet dann mit der Dolmetscherin. Dann habe ich mit der Familie auch bei mir gesprochen, weil ich gesehen habe, dass es auch Eheprobleme gibt, die sich da noch sehr weit hineinziehen und sich sehr auf das Kind [auswirken] eben durch diese Schuldzuweisungen. Und wir haben dann ein langes Gespräch geführt, bei dem ich gemerkt habe: Ja, auch die Frau [...] will weg von ihrem Mann, und er hat das einfach nicht verstanden [...] Ich meine, er war für seine Verhältnisse eigentlich relativ tolerant, muss ich sagen. Also, da haben wir schon andere gehabt, an die wir nicht herangekommen sind, bei denen der Vater gar nicht bereit war zu reden, einfach weil: „Das ist so und aus.“ Der war also wirklich [...] bereit zu reden. Wenn man mit der Frau das Problem bespricht, schaut das immer anders aus als wenn man mit ihm darüber redet. Er hat einfach diese Probleme nicht. Er ist nicht den ganzen Tag beim Kind und sieht das Kind. Für ihn ist wichtig, dass er arbeiten geht, dass er Geld nach Hause bringt. Die Frau ... also, die hat doch eh keine Probleme zu Hause. Und für sie ist das Problem das kranke Kind und sie wird psychisch damit nicht fertig. Dabei wirkt das Kind nicht krank, das muss ich dazu sagen. [...] Wir haben versucht, dass sie einen Deutschkurs machen soll. Sie hat dann auch Deutsch gelernt. Ich weiß jetzt nicht auswendig, wohin sie wirklich gegangen wäre; wir haben versucht, sie über die Sozialarbeiterin in Kreise zu bringen, in denen sie sich [...] ein bisschen wohler fühlt. Wir haben versucht, dass sie zu einem Gynäkologen geht, damit sie nicht wieder schwanger wird. Sonst besteht die Gefahr, dass das nächste Kind wieder krank ist. Ja, sie hat das dann eigentlich relativ gut angenommen. Sie war sehr gerne auf der Station, und man hat das Gefühl gehabt, sie will nicht nach Hause gehen. Allerdings muss ich dazu sagen, da hat's noch eine fürchterliche Komponente gegeben: Der Mann hat eine Eigentumswohnung gehabt und seinen Vater in der Wohnung mit seiner Lebensgefährtin. Und der hat die Lebensgefährtin in dieser Wohnung umgebracht. Und seit dem Zeitpunkt ist sie nicht mehr in die Wohnung gegangen, die junge Mutter. Also, der Schwiegervater ... ihr Schwiegervater hat in ihrer Wohnung seine Lebensgefährtin umgebracht, und sie war nicht mehr zu bewegen, diese Wohnung zu betreten. [...] Sie haben ein chronisch krankes Kind, aber die Mutter war sehr lange – wochenlang – bei uns mit dem Kind aufgenommen und wollte absolut nicht nach Hause gehen. Und dann haben wir sie doch ... Wir haben gesagt: „Irgendwann einmal muss sie das Leben mit ihrem Mann, mit der Familie wieder anfangen.“ Sie sind dann zu Bekannten gezogen. Dort hat's natürlich über kurz oder lang auch wieder Probleme gegeben, weil das natürlich alles sehr eng war. Dann ist natürlich als Problem dazugekommen, dass der Schwiegervater im Gefängnis war, und die Leute sie schneiden sie, weil ihr ... also so eine Art Sippenhaftung. Und die Angst, ihr Mann muss in den Kosovo und dort sozusagen vor ein „Gericht“, also nicht wirklich ein Gericht. [...]

Also, diese Familie haben wir soooo lang begleitet, [...] das war eine unserer größten Sachen, wahrscheinlich. Dazu kam, dass die Frau keine Aufenthaltsgenehmigung hatte, d. h. sie musste im-

mer ausreisen, eine Einreisebewilligung beantragen und konnte wieder einreisen, und dann wurde sie ausgewiesen. [Expertengespräch 29 Z 54-117]

Anmerkungen zu dieser Geschichte

Diese Geschichte wurde ausgewählt, weil sie viele Themen und Fragen enthält, die aus wissenschaftlicher Sicht nicht eindeutig beantwortet werden können. Sie bleibt in vielerlei Hinsicht offen und gibt dadurch Anlass zur Reflexion.

Zentrale Themenfelder:

Krankheit und Schuld

Die Interviewte stellt fest, dass das Kind eine chronische Krankheit hat, die offensichtlich erblich bedingt ist. Aus dem Interview geht auch hervor, dass die Mutter vor einer Schwangerschaft gewarnt wurde.

Für die konkrete Familie ist das offenbar anders. Möglicherweise gibt es einen Zusammenhang mit dem Mord durch den Schwiegervater. Soziologen, Ethnologen und Historiker aus dieser Region haben darauf hingewiesen, dass an die Vererbung von Schuld über Generationen hinweg geglaubt wird. So gibt es etwa Berichte über Fälle, in denen Krankheiten auch nach sieben Generationen auf schuldhaftes Verhalten der Vorfahren zurückgeführt wurden. Die Krankenschwester spricht von Sippenhaftung. Dies ist in diesem Zusammenhang ein nicht ganz korrekt verwendeter Begriff. Es geht um individuelle Schuld für die Gruppe, die den einzelnen betrifft. Es ist von Gericht die Rede, möglicherweise geht es um Blutrache.

Eheprobleme im Spital

Soziales und Medizinisches sind hier miteinander verflochten. Wird in einer anderen Form über Probleme geredet? Auf der einen Seite gibt es die Bereitschaft, sich Außenstehenden zu öffnen, auf der anderen Seite gelingt es nicht, an den Mann heranzukommen.

Es fällt auch auf, dass die Krankenschwester über ihre eigentlichen Pflichten hinausgehend wie eine Sozialarbeiterin agierte, indem sie es der Frau durch ihre eigene Initiative ermöglichte, Deutsch zu lernen, oder versuchte, sie über Sozialarbeiter in „andere Kreise zu bringen“.

Thema Verhütung

An dem Beispiel wird eine andere Tradition des generativen Verhaltens sichtbar – es gibt offenbar eine andere Tradition, über Verhütungsmaßnahmen zu sprechen oder zu schweigen.

Familiengeschichte und Krankheit

Der Mord des Schwiegervaters ist das Thema im Krankenhaus. Um eine derartige Situation adäquat verstehen zu können, müsste man Näheres über die Familiengeschichte wissen. Ist das im Kontext des Krankenhauses überhaupt möglich?

Sprache und Heilen

Viele Formen des Heilens setzen das Sprechen-Können voraus – zur Not wird eine Sprache mit „Händen und Füßen“ eingesetzt.

Soziales Netzwerk und Heilen

Wer zählt zur notwendigen Verwandtschaft? Das Ehepaar und der Schwiegervater allein werden von den Betroffenen als isolierte Verwandtschaft angesehen.

Spitalsordnung und soziale Bedürfnisse stehen im Widerspruch

Die Frau mit Kind will nicht nach Hause gehen. Offensichtlich gibt es ein anderes Bild von den Aufgaben eines Spitals.

Behördenprobleme betreffen auch das Spital

In diesem Beispiel zeigt sich auch, dass Asyl- und Fremdenrecht auch Einfluss auf die Situation im Spital haben können. Hier erhebt sich die Frage, ob Krankenschwestern ihren Protest nicht auch zu erkennen geben sollen.

II. PRÄSENTATION DER VON DEN ARBEITSGRUPPEN AUSGEWÄHLTEN FÄLLE

Anmerkung: Die folgenden Zusammenfassungen der Fallgeschichten, die in den Gruppen diskutiert und von diesen im Plenum präsentiert wurden, dienen zur Erinnerung an die im Workshop besprochenen Themen. Es handelt sich folglich um keine ausführlichen und differenzierten Beschreibungen konkreter Situationen.

1. Fall

Eine 18-jährige Roma hatte ihr erstes Kind bekommen, das an einer Nierenfehlbildung litt. Es wurde in ein anderes Spital überstellt. Dort wurde das Kind beatmet, um es am Leben zu erhalten. Der „Clanche“ hat das Kind verflucht, die Eltern wollten ihm keinen Namen geben. Jene Krankenschwester, die das Kind betreut hat, hatte große Angst vor dem „Clanche“ – von Seiten der Roma bestand großes Misstrauen gegenüber dem Personal.

2. Fall

In einer türkischen Familie musste ein Kind operiert werden. Der Vater gab der Tochter die Schuld an ihrer Krankheit, weil sie geraucht hat.

3. Fall

Eine Teilnehmerin berichtete davon, dass eine türkische Mutter einen „Hodscha“³ aufsuchen wollte, nachdem die Ärzte keine für sie entsprechende Diagnose stellen konnten. Offensichtlich hatte sie sehr wenig Vertrauen in das Gesundheitssystem.

4. Fall

Eine Teilnehmerin erzählte von einer 88-jährigen Patientin, die verwitwet war und keine Kinder hatte. Sie war ihr ganzes Leben immer zu Hause gewesen. Die erste Woche im Altenpflegeheim war sie aggressiv, da sie sich insbesondere durch die Anwesenheit des ausländischen Krankenpersonals überfordert fühlte. Dem Pfleger aus Indien, der sich um sie kümmerte, stand sie feindlich gegenüber. Dieser aber bewies große Geduld und zeigte Respekt vor der alten Patientin, sodass sie mit der Zeit Vertrauen zu ihm zu fassen begann. Die Teilnehmerin führte das darauf zurück, dass ihrer Beobachtung nach Pfleger aus Indien und auch aus anderen nicht-europäischen Ländern besonders sorgsam mit alten Menschen umgehen, da sie besonderen Respekt vor dem Alter haben.

5. Beobachtungen

Einer Teilnehmerin ist in ihrer täglichen Arbeit aufgefallen, dass es vor allem türkischen Frauen nach dem Heimaturlaub im Herbst sehr schlecht geht und sie sehr traurig sind. Nach näheren Erkundigungen von ihr stellte sich heraus, dass insbesondere jene in dieser Zeit leiden, die verheiratet und vermutlich gegen ihren Willen nach Österreich gebracht wurden.

Der Teilnehmerin ist weiters aufgefallen, dass manche Väter oftmals Informationen filtern, wenn sie Deutsch können, und dadurch nur jene Informationen sowohl an die Frauen als auch an das Ge-

³ Ein Hodscha ist ein Vorbeter und Prediger. Diese Geistlichen werden oft als Berater bei psychischen, religiösen und sozialen Problemen aufgesucht.

sundheitspersonal weitergeben, die sie für wichtig halten. Durch den Einsatz von DolmetscherInnen kommt es nach Beobachtung dieser Teilnehmerin zu einem Machtverlust der Männer, da sie die Kontrolle darüber verlieren, was übersetzt wird und was nicht. Sie beobachtete weiters, dass es andererseits auch Frauen gibt, die von ihren Männern erwarten, dass diese alles für sie übernehmen, und sich oftmals sehr passiv verhalten. Ihrer Beobachtung nach können diese Erwartungen für Männer zu einer Überforderung werden.

6. Beobachtungen

Eine Teilnehmerin berichtete von einer Patientin (vermutlich aus der Türkei), deren gynäkologische Operation der Mann erst genehmigen musste, bevor sie durchgeführt werden konnte. Ihrer Beobachtung nach müssen Kinder oftmals gynäkologisch relevante Begriffe übersetzen. So fiel ihr etwa auf, dass Kinder, wenn sie Begriffe wie Scheide übersetzen müssen, dabei rot werden und wegschauen. Mit der muttersprachlichen Beraterin können sie besser sprechen als mit ÖsterreicherInnen. Weiters fiel ihr auf, dass es oftmals Probleme mit der Übersetzung gibt, wenn ältere Geschwister als Dolmetsch fungieren: Kinder können die Muttersprache – etwa Türkisch – nicht mehr so gut, um die dafür notwendigen sprachlichen Begriffe entsprechend zu übersetzen.

In diesem Zusammenhang wurde in der Diskussion das Fehlen von DolmetscherInnen beklagt. Diese seien meist nur bis 13 Uhr verfügbar; wenn sie später gebraucht werden, gäbe es keine kompetenten Ansprechpersonen mehr. Einige TeilnehmerInnen beklagten, dass diese Situation zu einer Überforderung des Personals führt, da es ärgerlich ist, wenn man sich nicht verständigen kann. Eine Teilnehmerin wies in der Folge darauf hin, dass geplant ist, eine Dolmetscherzentrale einzurichten, an die sich die einzelnen Spitäler wenden können, um muttersprachliche ÜbersetzerInnen anfordern zu können. Dabei soll es auch möglich sein, je nach Bedarf entweder Männer oder Frauen anzufordern.

7. Fall

Eine Teilnehmerin berichtete von Problemen, die sich im Zusammenhang mit Verwandtenbesuchen ergaben. Konkret berichtete sie von einem 50-jährigen türkischen Patienten, den über 40 Leute gleichzeitig besuchen wollten. Die Stationsschwestern kamen damit nicht zurande. Alle gaben an, Brüder des Patienten zu sein, die Durchsetzungsversuche der Schwestern blieben erfolglos. Auch die türkische Mitarbeiterin schaffte es nicht, sich Respekt zu verschaffen. Daraufhin musste der Sicherheitsdienst geholt werden, um die Besucher unfreiwillig hinaus zu komplimentieren. Die Krankenschwestern dieser Station erlebten einen Konflikt zwischen den Interessen und Bedürfnissen der Angehörigen dieser Familie einerseits und jenen von anderen Patienten andererseits. Zudem wurde ein Kommunikationsproblem wahrgenommen: Auf die Bitte des Krankenpersonals, die Station zu verlassen, antworteten die Besucher mit einem höflichen „Ja“; in der Tat aber gingen sie nicht weg, bis das Sicherheitspersonal eingriff.

In diesem Zusammenhang wurde die Frage gestellt, ob es je nach Schwere der Krankheit Unterschiede im Besuchsverhalten gäbe. Hier wurde darauf hingewiesen, dass die Schwere der Krankheit oft nicht bekannt gegeben wird. Das Verhalten der Verwandten sei vielmehr aus der geforderten Beistandspflicht zu erklären: Eine kranke Person darf man nicht alleine lassen. Von einigen Teilnehmerinnen wurde in der Folge darüber geklagt, dass sie für jedes Verhalten Verständnis haben sollten, manches aber im Spitalsalltag zu unüberwindbaren Spannungen führe. Jene Teilnehmerin, die über diesen Fall berichtet hatte, brachte im Zusammenhang mit dem Besuchsverhalten einen Kompromissvorschlag ein: Es sollten zwar mehr Besucher zugelassen werden als üblich, aber auf keinen Fall zu viele.

8. Fall

Ein Teilnehmer berichtete von einer jungen Patientin aus dem Libanon, die in ihrem Krankenzimmer in einer psychiatrischen Anstalt rund um ihren Tisch einen Altar mit einem Marienbild aufgebaut hatte. Sie schien nach Ansicht der zuständigen Betreuer einen religiösen Wahn zu haben. Bei der Befragung der Angehörigen stellte sich allerdings heraus, dass diese ihr Verhalten nicht als problematisch oder eigenartig empfanden. Aus ihrer Sicht vollzog die Patientin Rituale, die durchaus üblich sind. Was in Österreich als krankhaft angesehen wird, erscheint im Kontext eines anderen kulturellen Zusammenhangs als gesund. Dies wirft die Frage nach den kulturellen Faktoren auf, die bei der Definition dessen, was krankhaft oder gesund ist, mitspielen.

III. PRÄSENTATION DER ERGEBNISSE

Paloma Fernández de la Hoz – Johannes Pflegerl

1. MigrantInnen, Familie und Spital

1.1. Integration als Eingliederung ins Aufnahmeland

Die Bedeutung des Wortes Integration ist mehrdeutig. Ein Blick in die Massenmedien reicht, um zu sehen, dass dieser Begriff in der politischen Arena oftmals mit unterschiedlichen Inhalten – jedenfalls immer mit normativen Konnotationen – verwendet wird. Manchmal wird darunter auf die für notwendig gehaltene Anpassung von Zugewanderten an das Aufnahmeland hingewiesen, es kann aber unter Integration auch die totale Gleichstellung von MigrantInnen bezüglich der ökonomischen, sozialen und politischen Standards der Aufnahmegesellschaft verstanden werden.⁴ In der Sozialwissenschaft wurde Integration im allgemeinen als „ein sozialer Prozess“ verstanden, „in dem ein Mensch oder mehrere Menschen unter Zuweisung von Positionen und Funktionen in der Sozialstruktur eines sozialen Systems aufgenommen wird“⁵. Aber diese Begriffsbestimmung signalisiert nur der Beginn einer Debatte, die noch offen bleibt. Sind etwa die zu integrierenden Individuen bzw. sozialen Gruppen bloß passive Objekte einer Behandlung seitens einer erdachten oder existierenden Mehrheit? Welche sind die Indikatoren für Integrationsprozesse? Wer soll sich integrieren? Die Diskussion um die Integration entwickelt sich heute u.a. aus der Perspektive manch aktueller offener Fragen, wie etwa jener nach der sozialen Kohäsion komplexer und pluraler Gesellschaften oder jener nach der Zunahme der sozialen Ausgrenzung in postindustriellen Ländern.

In der Forschungsstudie „Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in Österreich“ wurden diese Auffassungen von Integration zur Kenntnis genommen. Keine von ihnen aber bildet den Ausgangspunkt der hier vorgestellten Darstellung. Was das Team in erster Linie interessiert, ist die Frage, wie Menschen, die ihr Land verlassen müssen, ihr Leben in einem neuen Land, d. h. in einem neuen sozialen Kontext neu organisieren. Im Mittelpunkt der Analyse stehen somit Eingliederungsprozesse von Zugewanderten in die Aufnahmegesellschaft, d. h. in Österreich. Und in diesem Sinne, nämlich als Eingliederung in einen neuen sozialen Kontext, als Prozess von Migrationsbiografien, wird das Vokabel Integration hier verstanden und verwendet.

Konkret geht es in dieser Studie um die Frage nach den Verhaltensmustern und Vorstellungen, die modifiziert, preisgegeben oder bestätigt werden, wenn Menschen mit anderen Organisationsformen und Bewertungen konfrontiert werden. Dies betrifft – nicht ausschließlich, aber sehr oft – Zugewanderte und auch ÖsterreicherInnen, insbesondere jene, die in Kontakt mit ersteren kommen, wie dies bei MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen der Stadt Wien oft der Fall ist. Dabei erschien die Frage nach der Bewertung von Gesundheit und Krank-Sein als zentral. Daher wurde versucht, alltägliche Situationen im Spital besser zu erfassen, in denen MigrantInnen und ÖsterreicherInnen – ob als PatientInnen oder als Pflegepersonal – einander näher kommen und in denen unterschiedliche Interessen oder Verhaltensmuster sichtbar werden.

⁴ Siehe den Kommentar dazu von Rainer Bauböck: Zauberwort „Integration“: Vor einer Wende in der Ausländerpolitik? In: Der Standard, 19. Oktober 1999.

⁵ (Endruweit & Trommsdorff 1989: 307f.)

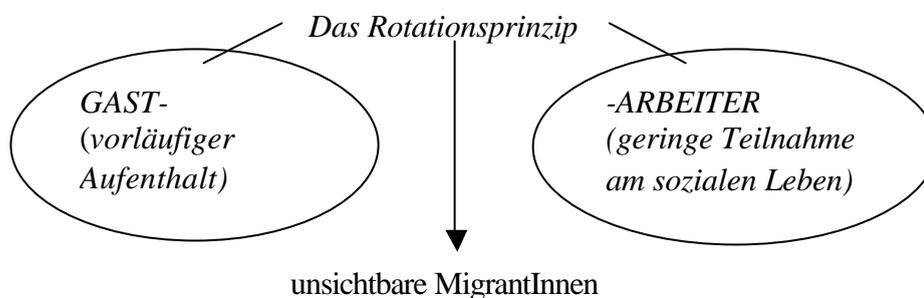
1.2. MigrantInnen in österreichischen Einrichtungen – Bevölkerungsentwicklung

Die zunehmende Bedeutung von Spitälern in Hinblick auf positive Integrationsprozesse hängt unter anderem damit zusammen, dass MigrantInnen und ihre Angehörigen diese in den letzten Jahren zunehmend frequentieren. MigrantInnen werden nicht nur in Spitälern, sondern auch in anderen öffentlichen Einrichtungen immer „sichtbarer“. Die Gründe dafür liegen u. a. in einer Strukturveränderung der Bevölkerungsentwicklung. Die Struktur der Migration hat sich in den letzten zwanzig Jahren stark gewandelt, was auf die folgenden Gründe zurückzuführen ist:

a) Preisgabe des Rotationsprinzips

In den 60er Jahren basierte der Einsatz ausländischer Arbeitskräfte auf dem sogenannten „Rotationsprinzip“. Demgemäß sollten ausländische ArbeitnehmerInnen nur für eine kurze Periode an unqualifizierten Arbeitsplätzen beschäftigt und nach einer gewissen Zeit durch andere Arbeitskräfte ersetzt werden. In der überwiegenden Zahl der Fälle migrierten hauptsächlich junge Männer, während deren Familien im Heimatland blieben. Die meisten von ihnen versuchten, in kurzer Zeit möglichst viel Geld zu sparen, um ihre Situation in der Heimat zu verbessern. Aus unterschiedlichen Gründen waren weder österreichische Firmen und Behörden noch die ausländischen Arbeitskräfte selbst an einem langen Aufenthalt im Aufnahmeland interessiert. Die Bezeichnung „Gastarbeiter“ entsprach genau diesem Rotationsprinzip und wies auf eine beschränkte Präsenz von MigrantInnen in Österreich hin. Als *Gäste* befanden sich MigrantInnen nur vorläufig im Aufnahmeland. Ihre Integration in das soziale Leben beschränkte sich im Wesentlichen auf ihren Beitrag am Arbeitsmarkt (*Arbeiter*). (Vgl. (Lichtenberger & Fassmann 1984))

Übersicht 1: Dimensionen des Rotationsprinzips



Das ursprünglich verfolgte Konzept, nur kurze Aufenthalte zu ermöglichen, wurde aufgegeben. Jene MigrantInnen, die gebraucht wurden, erhielten die Möglichkeit, längerfristige Beschäftigungsverhältnisse einzugehen, da viele Unternehmen einmal angelernte ArbeiterInnen nicht mehr durch neue ersetzen wollten. Gleichzeitig wurde in Österreich und anderen westeuropäischen Ländern versucht, den Zugang von MigrantInnen zu kontrollieren.

b) Neue Fremden Gesetze

Während sich die wirtschaftliche Situation in den EU-Ländern in den letzten Jahren trotz Einbrüchen tendenziell verbesserte, kam es zu einer Verschlechterung der ökonomischen Lage an der Peripherie Europas. Um einen Anstieg der Migration zu vermeiden, haben viele Aufnahmeländer Europas restriktive Fremden Gesetze verabschiedet. Zu diesen zählt auch das österreichische *Fremden gesetz 97*, das im Wesentlichen zwei Ziele verfolgt: Einerseits ist intendiert, den Neuzuzug von MigrantInnen weitgehend zu verringern, andererseits soll länger hier lebenden MigrantInnen ein zunehmend gesicherter Aufenthaltsstatus gewährleistet werden.

Mit der Perspektive, länger als ursprünglich vorgesehen in Österreich zu bleiben, hat bereits zuvor eine Trendwende in der Migration nach Österreich eingesetzt. Die Verlängerung des Aufenthalts hat in der Folge viele veranlasst, ihre Familienmitglieder nachzuholen. Der Familiennachzug hat somit eine dauerhafte Niederlassung begünstigt. Frühere „Gastarbeiter“ wurden zu Einwanderern (Bauböck 1996:13f).

Die neuen restriktiven Gesetze in den EU-Ländern und in Österreich haben zur Bestärkung dieser Tendenz beigetragen, weil viele Migrantenfamilien verunsichert wurden und befürchteten, ihre Angehörigen nicht nachholen zu können (Fassmann & Münz 1995).

c) Verschlechterung / Stagnation der ökonomischen und politischen Lage in den Herkunftsländern

Diese Unsicherheit und der Wunsch, zumindest mittelfristig in Österreich zu bleiben, lassen sich unter anderem durch die zunehmend schwieriger werdenden sozialen und politischen Bedingungen in Ländern wie dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, aus denen die meisten MigrantInnen in Österreich kommen, erklären. Die zunehmend instabile Situation im ehemaligen Jugoslawien nach Titos Tod (1980), die 1991 zu einem Bürgerkrieg führte, sowie die heute noch fehlenden Produktions- und Organisationsstrukturen in vielen Gebieten sorgen nach wie vor für eine starke Tendenz zum Familiennachzug. Zwischen 1989 und 1993 kam es zu einem Anstieg von mehr als 159 000 Zuwanderern aus diesem Raum an der österreichischen Wohnbevölkerung (Hammer 1999: 968).

d) Kettenmigration

Veränderungen in der Migrationsentwicklung sind somit nicht nur auf die drei zuvor genannten Prozesse zurückzuführen, die in den letzten zwanzig Jahren eingesetzt haben (Preisgabe des Rotationsprinzips, restriktive Fremdengesetze und Stagnation der Wirtschaft/Verschlechterung der politischen Lage in den Herkunftsländern), sondern auch auf ein weiteres Phänomen, konkret die Kettenmigration:

Das Land zu wechseln ist ein sehr riskantes Unterfangen. Viele MigrantInnen entscheiden sich für ein bestimmtes Wanderungsziel, weil sie dort über Kontakte verfügen, die ihnen zu Beginn Unterstützung und Hilfe anbieten können. Wichtige Kontaktpersonen sind vor allem Verwandte sowie Nachbarn und Freunde.

Der Mechanismus dieser sogenannten „Kettenmigration“ hat sich allerdings durch den jugoslawischen Bürgerkrieg verstärkt. Viele Flüchtlinge entschieden sich für Österreich als Zufluchtsort, weil sie auf die Unterstützung bereits hier lebender Angehöriger zählen konnten. Gerade diese Entwicklung macht deutlich, dass die Gruppe der Zuwanderer heterogener geworden ist und nicht nur Arbeitsmigranten umfasst, die auf die Nachfrage am österreichischen Arbeitsmarkt reagieren, sondern zunehmend auch Personen und deren Familienangehörige und Verwandte mit einschließt, für die ein Leben aus politischen, wirtschaftlichen und sozialen Gründen in der Heimat unmöglich geworden ist.

e) Familiennachzug

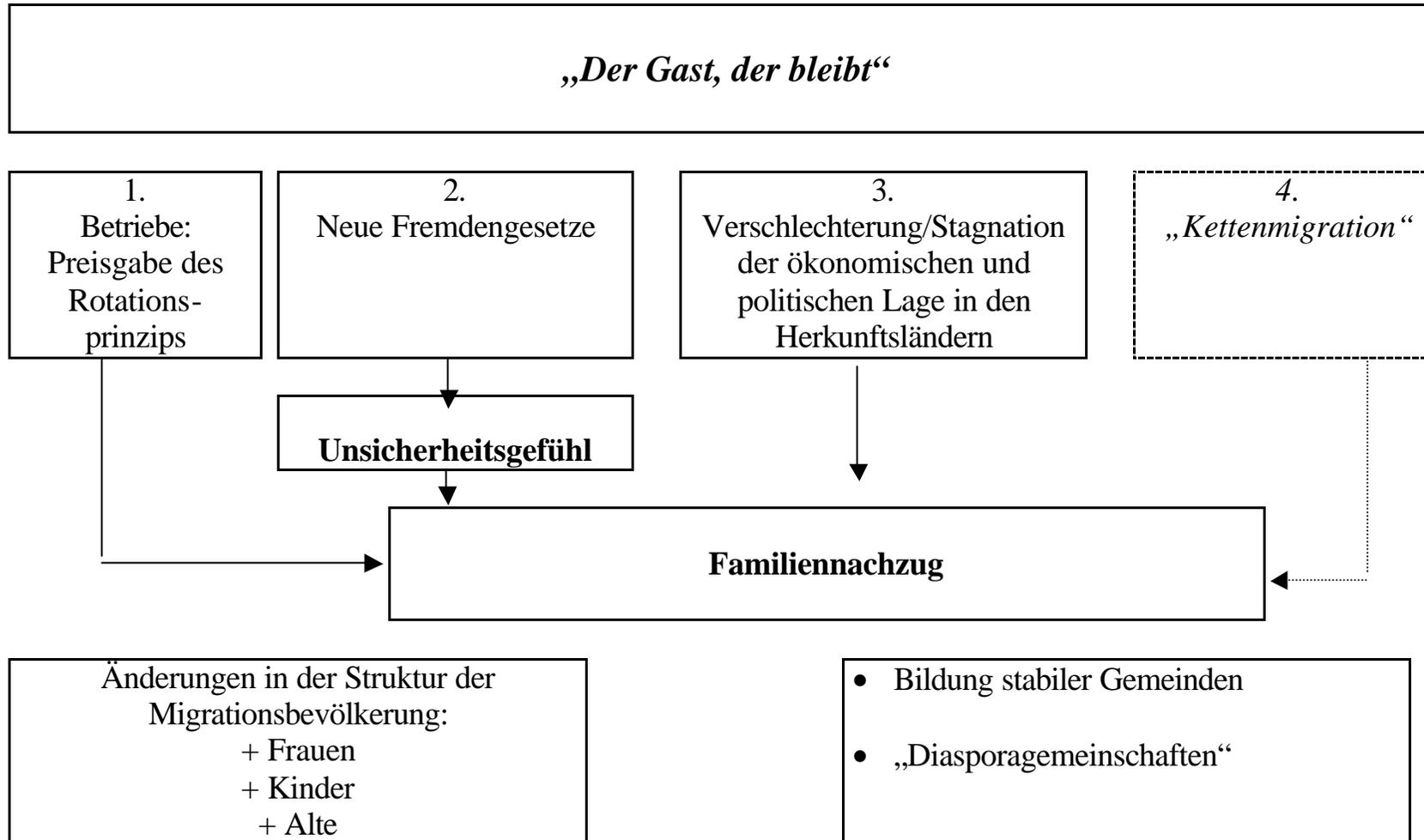
Menschen, die lange Zeit, manchmal sogar ihr ganzes Leben in einem anderen Land verbringen, holen ihre Familie nach oder gründen eine neue in Österreich. Hier wachsen auch ihre Kinder auf. Auf Dauer kommt es zu einer verstärkten Altersdifferenzierung, sodass in vielen Familien unter-

schiedliche Generationen zusammenleben. Die Folge ist, dass diejenigen, die längerfristig hier bleiben, andere Bedürfnisse entwickeln als jene, die sich nur kurzzeitig hier aufhalten. Durch einen verstärkten Familiennachzug sind Migrantenfamilien in der österreichischen Gesellschaft präsenter geworden. Die Orte, an denen diese sich befinden, sind nicht mehr nur der Arbeitsplatz und vereinzelte Wohnungen wie ganz zu Beginn der Arbeitsmigration in den 60er Jahren, als vorwiegend junge Männer nach Österreich kamen. Zuwandererfamilien werden in den letzten Jahren immer stärker zu aktiven TeilhaberInnen an der sozioökonomischen Infrastruktur in Österreich. In den Gemeinden werden sie als Wohnungssuchende, KonsumentInnen, Kranke etc. sichtbar und stellen damit unterschiedlichste Institutionen vor neue Herausforderungen. Durch die Familienzwanderung haben sich die Folgeprobleme der Migration verändert. Aufgrund der stärkeren Präsenz von Frauen, Kindern und Jugendlichen sowie älterer Menschen aus anderen Ländern gewinnt die Frage nach deren Integration immer mehr an Bedeutung.

Der Familiennachzug sowie die Kettenmigration tragen häufig zur Bildung von stabilen Gemeinschaften bei, die oft konzentriert in einem Raum (z. B. dem Teil eines Wiener Gemeindebezirks, gewissen Straßen und Gebäuden) leben. Dies erfolgt tendenziell umso stärker, je schwächer die Kontakte mit den ÖsterreicherInnen sind. Manchmal ist die Anziehungskraft dieser Gemeinden so stark, dass es unter ihren Mitgliedern einen laufenden Austausch gibt (regelmäßige Besuche, gegenseitige Dienste, Partnersuche), selbst wenn diese weit weg voneinander, ja sogar in unterschiedlichen EU-Ländern leben.

Übersicht 2: Demografische Änderungen in der Migration

DEMOGRAFISCHE ÄNDERUNGEN



1.3. Die Eingliederung in ein neues Land

(Siehe auch Übersicht 3, S. 15: Rolle des Gesundheitswesens bei Integrationsprozessen von MigrantInnen)

1.3.1. Ein „doppelgesichtiger“ Prozess

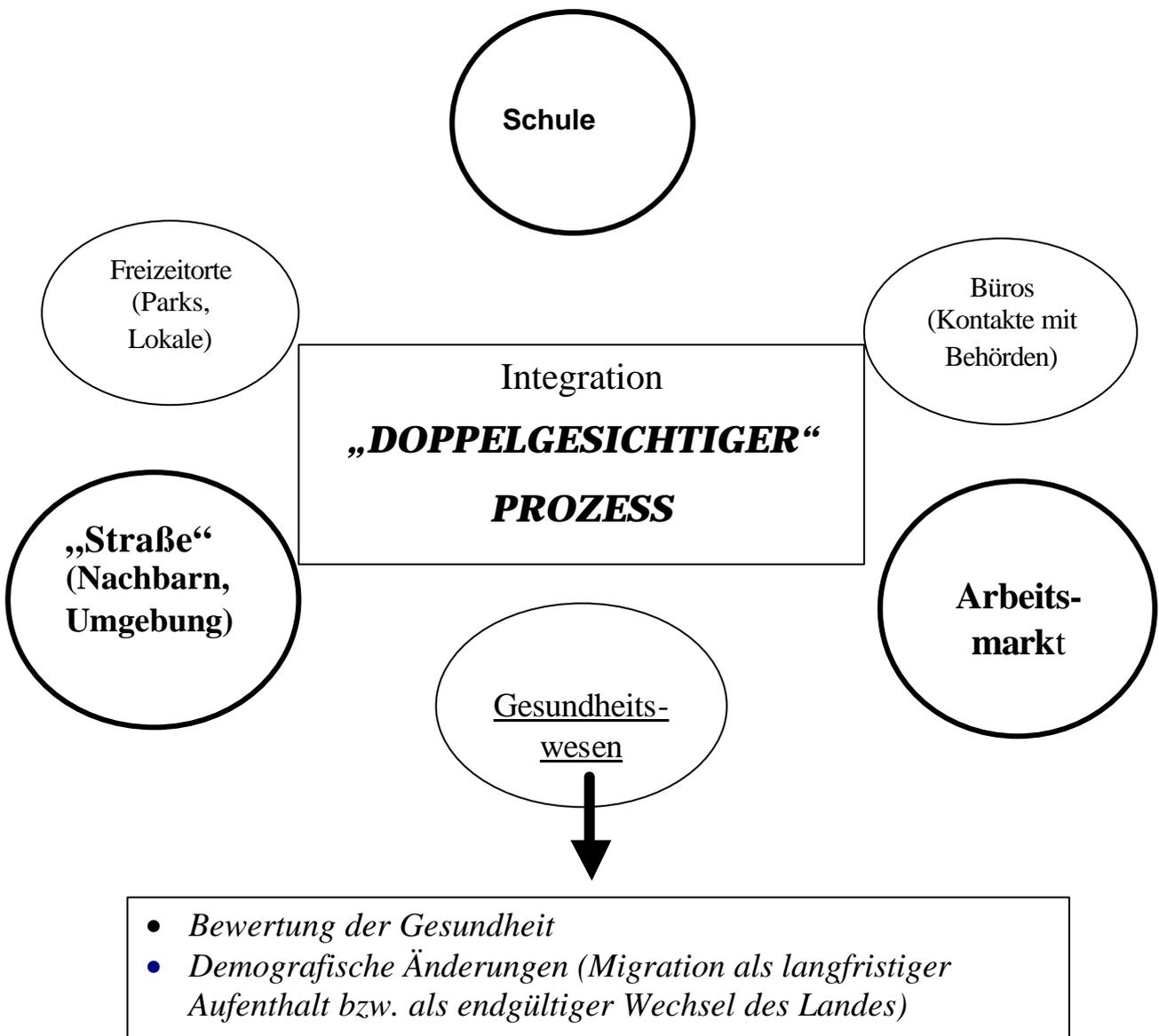
Personen, die aus ökonomischen oder soziopolitischen Gründen dazu gezwungen werden, ihr Land zu verlassen, beginnen einen neuen Lebensabschnitt in einem für sie neuen, meist unbekanntem sozialen Kontext. Dieser Eingliederungsprozess in die Aufnahmegesellschaft hat „zwei Gesichter“: Einerseits werden MigrantInnen mit vorgegebenen Rahmenbedingungen (wie etwa der Gesetzgebung, der Situation am Wohnungs- und Arbeitsmarkt) im Aufnahmeland konfrontiert und begegnen dort Personen (z. B. BeamtInnen, VertreterInnen von Einrichtungen, Nachbarn, anderen MigrantInnen, ÖsterreicherInnen), zu denen Kontakte entstehen. Dies ist sozusagen die *passive* Dimension ihrer Eingliederung in einen neuen sozialen Kontext. Andererseits reagieren sie auf all diese Situationen und entwickeln für ihre jeweilige Lebenssituation passende Verhaltensweisen. Sie sind handelnde Subjekte. Das kann als *aktive* Dimension ihres Eingliederungsprozesses betrachtet werden. Diese beiden Dimensionen verleihen dem Integrationsprozess einen dynamischen Charakter.

Diese Eingliederungsprozesse in ein neues Land sind vielfältig. Wie Menschen in einem neuen Land ihr Leben organisieren, steht in engem Zusammenhang mit der eigenen Biografie, der Persönlichkeit und den eigenen Erfahrungen vor dem Zeitpunkt der Migration. Sie können etwa durch die Verschiedenheit menschlicher Biografien unterschiedlich aussehen. Sehr oft lassen sich Kontinuitäten mit dem früheren Leben in der Heimat beobachten, da sich menschliche Vorstellungen und Werte nicht so schnell ändern bzw. verändern lassen. Gleichzeitig ist es jedoch nicht möglich, die frühere Lebensweise in gleicher Form fortzusetzen, selbst wenn die Betroffenen dies anstreben, da sich das gewohnte Umfeld durch die Migration unweigerlich verändert hat.

1.3.2. Bedeutung des Wertes „Gesundheit“

In Hinblick auf die **Integration** wird die Bedeutung einiger sozialer Räume – Schule, Arbeitsmarkt, eigene Wohnung und unmittelbare Umgebung – besonders hervorgehoben, da viele MigrantInnen an diesen Orten viel Zeit verbringen. So ist etwa für die Entwicklung eines Kindes bzw. eines jungen Menschen die Schule von großer Bedeutung, genauso wie für einen Erwachsenen eine gesicherte Position am Arbeitsmarkt. Daneben gibt es auch andere bedeutsame Institutionen, wie etwa Gesundheitseinrichtungen, die von großer gesellschaftlicher Relevanz sind. Gesundheit und Krankheit haben so große Bedeutung, dass damit zusammenhängende Erlebnisse stark kulturell geprägt sind. Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Vorstellungen können folglich sehr verschiedene Auffassungen von Leiblichkeit, Krankheit und anderen wichtigen Ereignissen wie Geburt und Sterben haben. Ihre Einstellungen zu Gesundheitsanstalten und zum Pflegepersonal sowie ihre Vorstellungen bezüglich Krankenpflege können in manchen Fällen anders sein als jene von in Österreich arbeitenden ÄrztInnen und Pflegepersonen, die sie behandeln. Deshalb können Austausch- und Kommunikationsprozesse, die darauf abzielen, die Vorstellungen und Verhaltensweisen von PatientInnen bzw. KlientInnen und ihren Angehörigen besser zu verstehen, sehr hilfreich sein. Einige mögliche Konflikte lassen sich so überwinden, oder es können Wege gefunden werden, mit ihnen besser umzugehen.

Übersicht 3: Rolle des Gesundheitswesens bei Integrationsprozessen von MigrantInnen



1.4. Relevanz familiärer Beziehungen besonders unter MigrantInnen

Die Präsenz ausländischer PatientInnen in österreichischen Krankenhäusern hat nicht nur zugenommen, sie hat sich auch verändert. Der Familiennachzug ermöglicht vielen MigrantInnen, mit ihren Angehörigen zu leben und dabei auch im Falle einer Krankheit von ihnen begleitet zu werden. Gerade im Krankheitsfall kommt der Familie eine besondere Aufgabe bei der Pflege von Angehörigen zu.

Es gibt viele Gründe, die die Relevanz familiärer und verwandtschaftlicher Beziehungen in der Migration erklären, wie Untersuchungen aus anderen Ländern mit einer längeren Zuwanderungsgeschichte als Österreich zeigen. In der Familie als primärer Sozialisationsinstanz werden grundlegende Rollen wie etwa die Geschlechterrollen modifiziert, bestätigt oder preisgegeben und Werte weitervermittelt (Rosenbaum 1998: 26). In einer neuen und fremden sozialen Umgebung gewinnen bestehende Solidaritätsformen zwischen Verwandten und Freunden an Bedeutung. Auch in Hinblick auf Integrationsprozesse erweisen sich familiäre und verwandtschaftliche Verbindungen als ausschlaggebend (Herbaut *et al.* 1996) (Dietzel-Papakyriakou 1993: 191) (Khosrokhavar 1997:26) (Pumares 1996) (Tribalat *et al.* 1996) (Zanfrini 1998, 61). Vielfach helfen Angehörige und Verwandte, Schwierigkeiten im Aufnahmeland zu bewältigen. Andererseits entstehen bzw. verschärfen sich oftmals innerfamiliäre Konflikte und Gegensätze, wenn einzelne Familienmitglieder unterschiedlich auf die neue soziale Umgebung reagieren und verschiedene Interessen entwickeln. Auch in diesem Fall sind Integrationsprozesse eng mit der weiteren Entwicklung des Familienlebens im Aufnahmeland verbunden. Bisweilen sind Verwandte und Angehörige bei der Bewältigung etwaiger Probleme im Aufnahmeland behilflich. Auf der anderen Seite können oft Konflikte und Gegensätze innerhalb von Familien entstehen oder sich verschärfen, wenn deren Mitglieder auf das neue soziale Umfeld nicht in derselben Art und Weise reagieren oder sich unterschiedliche Interessen herauskristallisieren. Der Integrationsprozess steht aber auch dann in enger Beziehung zur zukünftigen Gestaltung des Familienlebens im Aufnahmeland.

Übersicht 4: Relevanz familiärer Beziehungen

Migrantenfamilien in Österreich **Gründe für die Relevanz familiärer Bindungen:**

- *Demografische Änderungen: Familiennachzug als Folge eines längerfristigen Aufenthalts*
- *Ort, wo Rollen aufgeteilt und Werte weitergegeben werden*
- *Bestehende Solidaritätsformen (Familie, Verwandte, Freunde) gewinnen in der Fremde an Bedeutung*
- *Familienzusammenhalt trägt dazu bei, Schwierigkeiten im Aufnahmeland zu bewältigen, und umgekehrt fördert eine als befriedigend erlebte Eingliederung ins Aufnahmeland den Abbau innerfamiliärer Konflikte, die durch die Migration verursacht wurden.*
- *Viele (wenn auch nicht alle) MigrantInnen haben eine andere als die in Österreich übliche Auffassung von Familie und Verwandtschaft.*

Darüber hinaus hängen die Einstellungen der PatientInnen und ihrer Verwandten zum Spital sowie ihr entsprechendes Verhalten u. a. von ihren vorherigen Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen ab. So ist es möglich, dass MigrantInnen aus ländlichen Regionen, in denen das durchschnittliche Ausstattungsniveau der Gesundheitseinrichtungen meist mangelhaft ist und Kranke üblicherweise zu Hause gepflegt werden, dem Spital als Institution sehr skeptisch gegenüberstehen. Die Einlieferung in ein Spital wird in einem derartigen Kontext als dramatisches Ereignis erlebt, das familiäre Solidarität in besonderer Weise wachrufen kann. Dies gilt vor allem für jene, die Krankenpflege als Aufgabe der Familie betrachten.

Weder haben alle MigrantInnen dieselben Einstellungen zum Krankenpersonal noch dieselbe Auffassung von Krank- bzw. Gesund-Sein. Jede Verallgemeinerung schlägt fehl. Aus demselben Grund aber muss insbesondere in Konfliktfällen mit unterschiedlichen Reaktionen gerechnet werden.

2. Spezifische krankheitsfördernde Lebensbedingungen unter MigrantInnen

2.1. Physische Krankheiten im Zusammenhang mit Wohnungsstandards und der Situation am Arbeitsmarkt

2.1.1. Kinder als primär Betroffene

Aus bisher durchgeführten Gesprächen mit SozialarbeiterInnen und Migrantenfamilien lässt sich folgende Vermutung ableiten: Je schlechter die Wohnverhältnisse von Familien sind, desto eher haben Migrantenfamilien mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu kämpfen. Besonders betroffen davon sind Kinder. Diese sind in einem höheren Ausmaß von Einkommensarmut betroffen als andere Personengruppen (Erwachsene, Alte usw.), wie österreichische Studien zu dieser Thematik bestätigen (Bacher 1997).

SozialarbeiterInnen berichteten in diesem Zusammenhang von Fällen, in denen etwa feuchte Wohnverhältnisse zu Asthma, Bronchitis und Pilzerkrankungen, manchmal sogar zu Haarausfall bei Kindern geführt haben. Dies wird etwa an folgender Erzählpassage einer Sozialarbeiterin über eine Zuwandererfamilie deutlich, die in einer feuchten Kellerwohnung lebt:

Es ist wie gesagt eine Kellerwohnung, es ist eine feuchte Wohnung, es ist eine Wohnung mit wenig Licht. Da haben wir schauen müssen, dass der Boden in Ordnung kommt, weil es ja kalt von unten ist. Sie haben keine Betten gehabt, sie haben mit Matratzen am Boden geschlafen, sie schlafen immer noch mit Matratzen am Boden. Trotz aller unserer Bemühungen. Die Kinder sind sehr oft krank, wir haben dann gesagt, sie sollen regelmäßig in die Elternberatung kommen. Das ist in ... in unmittelbarer Nähe. Sie kommt jeden Monat vorbei, dass sozusagen die Kinder wenigstens eine ärztliche Kontrolle haben, weil der Vater macht ja nichts, aber die Mutter ist immer sehr besorgt (...). [Expertengespräch 11/ Z 93/110]

Die prekäre Situation der Erwachsenen am Arbeitsmarkt hat Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder, wie die folgende Erzählpassage derselben Sozialarbeiterin zeigt:

Es funktioniert auch nicht mit Krankenscheinen, weil einmal arbeitet er irgendwo geschwind, dann kriegt er nicht gleich Krankenscheine oder er traut sich die nicht zu verlangen, weil dann heißt es gleich, er will ja wieder in Krankenstand gehen. Dann muss er sie vom Arbeitsamt holen. Er vermeidet aber auch möglichst, dort hinzugehen. Das heißt, die

Kinder sind fast immer ohne Krankenscheine. Das funktioniert nur, wenn sie dann ins Spital kommen, weil die verrechnen das dann direkt mit der Krankenkassa. [Expertengespräch 11/ Z 105 u. ff.]

2.1.2. Sparen beim Essen

Der Gesundheitszustand von Menschen ist eng mit ihrer sozialen Situation verbunden. Ergebnisse von Studien zeigen, dass Personen, die in unsicheren sozialen Verhältnissen leben, auch eine niedrigere Lebenserwartung haben. Gesunde und ausreichende Ernährung trägt zweifelsohne zu einer soliden Gesundheit bei. Dennoch zeigt sich, dass auch heute noch arme Familien beim Essen sparen, um ihre finanzielle Situation nicht noch weiter zu verschlechtern. Für manche haben andere Werte – etwa einen gewissen materiellen Lebensstandard nach außen präsentieren zu können – höhere Priorität, als sich gesund und ausreichend zu ernähren (Wiederschwinger 1992).

So konnten BetreuerInnen von Migrantenfamilien, die deutlich unter der Armutsgrenze leben, Tendenzen feststellen, beim Essen zu sparen, wie aus folgendem Bericht einer Jugendbetreuerin hervorgeht:

Im Vergleich zu anderen Familien, ist das für mich eine Familie, die sehr wenig hat. Also z. B. wie die Wohnung eingerichtet ist, auch was sie essen zum Teil – da hab ich das Gefühl, die leben sehr bescheiden. Also, von dem her, denke ich mir, jeder Schilling ist notwendig. [Expertengespräch 25, Z. 272 u. ff.]

Eine Sozialarbeiterin sieht dies im Zusammenhang mit ökonomischen Hürden, vor denen sich MigrantInnen geradezu ohnmächtig fühlen:

Und die Familie hat vorher schon relativ hohe Schulden gemacht. Die müssen ... die gehen von Wohnung zu Wohnung, jedesmal zahlen sie eine Riesenablöse, dazwischen machen sie auch irgendwie, zahlen sie für Wohnungen, die sie gar nicht bekommen und so, und dieser Schuldenberg wächst, ja. Dann verdienen sie nichts oder wenig, können gerade so ihren Lebensunterhalt decken und tun dann einmal gar nichts, nicht. Das ist auch, das ist auch ganz typisch, dieses Stillhalten irgendwie. Also bei jugoslawischen Familien. Die türkischen Familien, die zahlen immer brav – meistens, ja, die zahlen und haben dann wirklich fast nichts zu essen, aber die zahlen. [Expertengespräch 8, Z.63 u. ff.]

Sparen beim Essen ist an sich keine Besonderheit von Migrantenfamilien, sondern eine Erscheinungsform der Armut. Dies wird in unterschiedlichen europäischen Studien festgestellt, so etwa auch in einer 1993 in Bremen durchgeführten Untersuchung. Hier konnte gezeigt werden, dass insbesondere SozialhilfeempfängerInnen beim Essen sparen. Dies hat zur Folge, dass Kinder schlecht ernährt und oftmals auch medizinisch mangelhaft versorgt werden (Busch-Geertsema, 1993).

2.1.3. Häufigere Arbeitsunfälle und psychologische Belastung

Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand von Zugewanderten beeinträchtigen, stehen in deutlichem Zusammenhang mit der spezifischen Situation und Stellung von ZuwanderInnen im Aufnahmeland.

Viele MigrantInnen sind in Branchen wie etwa dem Baugewerbe beschäftigt, in denen sie nicht nur hohen körperlichen Belastungen, sondern auch einem hohen Arbeitsunfallrisiko ausgesetzt sind. Körperliche Schwerarbeit, die oftmals im Schicht- und Akkordbetrieb durchgeführt wird, führt –

wie Ergebnisse diverser Studien (etwa Korporal 1987 bzw. Korporal 1990) über die Gesundheitssituation von MigrantInnen zeigen – zu Verschleißerscheinungen und als Folge zu Erkrankungen insbesondere im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates sowie des Herz-Kreislaufsystems. So konnte auch in einer Ende 1997 veröffentlichten Studie über die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien nachgewiesen werden, dass jene MigrantInnen, die durch schwere körperliche Arbeit sehr stark belastet sind, häufiger an physischen Beschwerden leiden als jene, die keine harten körperlichen Arbeiten verrichten müssen (Csitkovics *et al.* 1997: 25).

2.2. Psychische Erkrankungen und psychosomatische Störungen

2.2.1. Indikatoren für misslungene Integrationsprozesse

Psychosomatische Erkrankungen lassen sich vorwiegend unter Erwachsenen beobachten. Oft sind diese nicht deutlich erkennbar und werden erst nach Jahren sichtbar. Wovon diese psychosomatischen Störungen genau abhängen, lässt sich anhand der bisher mit SozialarbeiterInnen, Krankenpflegepersonen und auch ÄrztInnen sowie mit Migrantenfamilien selbst durchgeführten Gespräche nur schwer eindeutig bestimmen.

Offensichtlich verbergen sich sehr komplexe Prozesse dahinter. Zudem gibt es Indizien dafür, dass diese Störungen Indikatoren für misslungene Integrationsprozesse sind. Daraus ergibt sich folgende Vermutung: MigrantInnen, denen es nicht gelingt, ihr Leben im Aufnahmeland befriedigend zu gestalten, können ihr „Unbehagen“ durch eine Krankheit zum Ausdruck bringen. Dies ist selbstverständlich keine Besonderheit von MigrantInnen. Bei ihnen können jedoch die Umstände der Migration, insbesondere der Wechsel des Landes, leicht dazu führen, dass sie sich mit neuen Lebensumständen konfrontiert sehen, die sie als überfordernd, enttäuschend, beängstigend oder frustrierend erleben. So berichtete eine Sozialarbeiterin, dass der Mangel an Beschäftigung und die Arbeitslosigkeit zu gezwungener Müßigkeit zu Hause und zur Entstehung von psychosomatischen Krankheiten führen können:

Und der älteste Junge von denen, der ist in die Hauptschule, dann wollte er den Hauptschulabschluss machen und hat dann aufgehört. Und jetzt sucht er seit Monaten Arbeit. Die Mutter ist verzweifelt. „Wenn ich nach Hause komme – sagt sie –, der ... sie sitzen immer vorm Fernseher, tun nichts“. Die Kinder werden immer dicker, sind sicher auch psychosomatisch ein bisschen krank, ja, die ganze Familie frisst halt in sich hinein, nicht? Hat's bis jetzt nicht geschafft, trotz zahlloser Anläufe. Immer wieder gehen sie mit den Kindern ins Spital, haben wir das durchchecken lassen. [Memoly (283/292)]

Ein Arzt mit langjähriger Praxiserfahrung im Umgang mit psychosomatischen Erkrankungen bei Migrantenfamilien stellte fest, dass viele seiner Patientinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und insbesondere aus der Türkei im mittleren oder fortgeschrittenen Alter heute an „Hysterie“ leiden. Sie werden durch die Migration mit neuen Problemen konfrontiert, die mit dem Wohnen und Zusammenleben zu Hause in Verbindung stehen. Dieser Arzt stellte fest, dass Hysterie nicht selten die Folge von Überforderung und gleichzeitig fehlender Unterstützung ist, diese Probleme bewusst zu verarbeiten. So beschreibt er konkret die Situation einer Roma-Frau, die über neun Jahre lang an einer psychosomatischen Störung gelitten hat. Die Gründe für diese Erkrankung sind laut diesem Experten im Entschwinden der Verhaltensmuster zu suchen, mit denen sie ein Leben lang vertraut war. Im Zuge der Migration veränderten sich die Normen des Zusammenlebens innerhalb der Fa-

milie sehr stark. Sie verlor den ihr als alter Frau und Mutter zustehenden bedeutsamen Rang innerhalb der Lebensgemeinschaft.

Da kommt eine Roma aus dem Banat hierher, die ist 33 Jahre alt, sieht viel älter aus, die seit ihrem 13. Lebensjahr in Österreich lebt (...) Sie selbst ist Hausmeisterin und arbeitet nebenher als Bedienerin, arbeitet relativ schwer. Sie ist verheiratet mit einem um vier Jahre älteren Hilfsarbeiter vom Bau, der gegenwärtig arbeitslos ist und außerdem wegen einer Pankreas-Operation im Spital liegt. (...) Und es lebte im Familienverband auch noch ein 19-jähriger Adoptivsohn, der eigentlich ein Neffe war. (...) Er hat in der Zwischenzeit selbst geheiratet, und nachdem die Patientin mit der Sitte der Schwiegertochter nicht einverstanden war, kam es immer wieder zu Konflikten mit dem Sohn, bis dieser dann einfach weggegangen ist und zu den Schwiegereltern wohnen gegangen ist, was zum chronischen Problem für die Patientin geworden ist. Das muss man aus der Kultur dieser Menschen verstehen, denn üblicherweise ziehen die Schwiegertöchter zu den Schwiegereltern und nicht die Söhne zu den Schwiegereltern. Und die so genannte Leichtlebigkeit der Schwiegertochter bestand in nichts anderem, als dass sie halt als eine 17-Jährige gerne auch ausgegangen ist. Durchaus mit ihrem Mann, hat also keineswegs irgendwie ein Lotterleben führen wollen, aber für die strengen Codices, die in diesen Volksgruppen und auch in dieser Familie üblich sind, war das eine sehr schwere Belastung für die Patientin. [Expertengespräch 24 Z 210 u. ff.]

In der Erzählung dieses Experten werden die sozialen und kulturellen Faktoren deutlich, die zur psychischen Erkrankung seiner Patientin geführt haben. Sie stehen in engem Zusammenhang mit der Wohnsituation. Das Wohnen umfasst somit nicht nur die ökonomischen Rahmenbedingungen, sondern auch das innere Zusammenleben der familiären Gruppe. Menschen, die nicht nachvollziehen können, warum sich ihre Wert- und Verhaltensvorstellungen ändern müssen, können erkranken.

Von „Hysterie“ betroffen sind nach Beobachtung dieses Experten auch viele Frauen mittleren Alters aus ländlichen Gebieten der Türkei. Seiner Ansicht nach lässt sich aus der Anamnese dieser Fälle folgende Vermutung aufstellen: Die Erwartungen dieser Frauen an die Migration waren mehr Selbstständigkeit, mehr Wohlstand und das Erreichen besserer Lebensbedingungen. Tatsächlich verbringen sie die meiste Zeit zu Hause, und ihr Beziehungsnetz ist – verglichen mit ihren Kontakten im Herkunftsort – viel ärmer geworden. In der Heimat konnten sie sich freier bewegen, einkaufen gehen, sich mit Nachbarinnen und anderen Frauen unterhalten. Durch den Aufenthalt in Österreich ging dieses Beziehungsnetz zu anderen Frauen verloren, neue Bekanntschaften lassen sich bedingt durch die eingeschränkte Bewegungsfreiheit oft nur schwer aufbauen. Insgesamt ist die soziale Kontrolle über diese Frauen durch die Angehörigen ihrer Gruppe in der Migration in Westeuropa nicht lockerer, sondern vielmehr strenger geworden.

3. Einstellungen zu den Krankenanstalten

3.1. Hohe Bewertung

Aus Gesprächen mit Migrantenfamilien ging hervor, dass Spitälern ein hoher Stellenwert zugemessen wird, da eine Untersuchung im Krankenhaus oftmals die Garantie für eine gute Behandlung darstellt. Der im Vergleich zu den Herkunftsländern höhere Standard des Wiener Gesundheitssystems kann sogar bei der Entscheidung für die Migration eine bedeutsame Rolle spielen, wie aus der Schilderung einer Frau aus dem Kosovo hervorgeht:

Ja, erst warum bin ich hier gekommen: Ich war schwanger, und die Medizinvorsorge bei uns war fast in zero. Weil im Jahr 91 war die Universität geschlossen, die Ärzte sind rausgeschmissen worden von den Spitalern. Es gab keine Erfahrenen, die im Spital gearbeitet haben. Jeder hat versucht, eine Privatordination zu eröffnen oder so. Und ich habe eigentlich Angst gehabt, dort das Kind zu bekommen. Und, warum bin ich nach Wien gekommen? Weil meine Tante hier einen Österreicher geheiratet hat, vor 30 Jahren fast. Sie lebt hier. Und: Meine Mutti ist gekommen, weil sie vor diesen Schwierigkeiten im Kosovo einen Vertrag vom Ministerium für Schulen hatte, dass sie hier eine Arbeit bekommt für die Kinder aus Jugoslawien (...) Und dann habe ich gedacht: „Ja, ich komm hier lieber, wegen der Geburt.“ Dafür bin ich erst gekommen. Nach der Geburt bin ich wieder zurückgefahren. ... Weil ich war schon fertig mit dem Abschluss und dem Studium. Ich habe gedacht: „Ich gehe zurück, und wir leben dort weiter.“ ... Nur, es war sehr schwer. Ich habe keinen Job gehabt, mein Mann hat kein Job gehabt, auch die Schwiegereltern nicht. Wir haben von Reserven gelebt, Gott sei Dank. Mein Schwiegervater hat ziemlich gut verdient, früher ... Und dann habe ich gedacht: „Komm ich wieder nach Österreich.“ [FG O Zeilen 4-13; 17-29]

3.2. Die kontinuierliche Pflege von Kranken als Aufgabe der Familie

Andere Familien wiederum akzeptieren einen Aufenthalt im Spital nur dann, wenn dieser unbedingt notwendig ist, wie etwa im Fall einer Operation oder einer Entbindung. Dahinter steht nicht selten die Auffassung, dass es Aufgabe der Familie ist, sich um die Pflege von Angehörigen zu kümmern. Dies ist oft mit der normativen Vorstellung verbunden, dass Angehörige zu Hause gepflegt werden müssen. So erzählt eine Psychotherapeutin über eine junge Klientin, die von Geburt an eine physisch schwere Behinderung hat. Die Mutter dieses Mädchens, berufstätig und geschieden, hat sie jahrelang zu Hause gepflegt, bis ein Krankenhausaufenthalt unvermeidlich war.

Die Mutter hat gar kein Geld mehr gekriegt von ihrem Mann. Sie musste also für alle Kosten aufkommen. Und sie hat niemanden gehabt, der die Kinder betreut in der Zeit, wo sie eben nicht konnte. Wir haben dann für sie eine Heimhilfe organisiert, die teilweise das übernommen hat für die Zeit. Aber es war schon absehbar, dass die Frau das einfach nicht mehr sehr lange schaffen wird. (Dann wurde die Tochter) in einem Wohnheim untergebracht, was an und für sich eine große Entlastung war, sowohl für die Mutter als auch für die Schwester (...) Und auch für die Mutter war es eine sichtbare Entlastung, obwohl sie anfangs ganz, ganz starke Schuldgefühle gehabt hat, dass jetzt sozusagen sie nicht in der Lage ist, für die Kinder oder für dieses Kind zu sorgen. Und ... jetzt ist dieses Kind in einem Heim. Das war so wie ein Makel für sie. Und ich nehme an, das war das, was sie immer wieder von der Schwiegermutter sozusagen über Umwege zu hören gekriegt hat. [Expertengespräch 21, Z. 134–142; 165–174]

Bei Familien aber, die in kleinen Substandardwohnungen leben, bedeutet die geforderte Pflicht zur Pflege eines schwer kranken Verwandten bzw. eines Behinderten eine zusätzliche Belastung. Die Einweisung eines Kranken in ein Spital kann daher zu einer Entlastung werden, auch wenn Schuldgefühle bleiben, der geforderten Pflicht zur Pflege nicht gerecht geworden zu sein, wie aus der vorangegangenen Passage hervorgeht.

Aus diesen und ähnlichen Berichten ergibt sich die Frage, warum die Überweisung eines Verwandten in ein Spital bzw. in ein Pflegeheim als unerwünscht, ja sogar als Schande aufgefasst werden kann. Vielleicht liegt eine mögliche Erklärung im bereits zitierten Bericht: Jene Frau war „nicht in der Lage, für dieses Kind zu sorgen“. Unsere Arbeitshypothese lautet: Dort, wo die Für- und Vor-

sorge der Mitglieder einer Gesellschaft lange Zeit hindurch hauptsächlich oder gar ausschließlich innerhalb von Familien garantiert wurde, sind diese Verhaltensmuster tief in den Werten verwurzelt. Diese Werte ändern sich tendenziell langsamer als die äußeren materiellen Rahmenbedingungen. In einem neuen sozialen Kontext, in dem öffentliche Dienste für die Bewohner eines Landes eine Selbstverständlichkeit sind, können neu angekommene MigrantInnen in Konflikt mit dieser sozialen Organisation geraten. Öffentliche Dienste werden von ihnen als Zusatz, nicht aber als Ersatz ihrer verinnerlichten Verantwortungen akzeptiert.

Selbstverständlich stehen nicht alle MigrantInnen in diesem Konflikt, und jene, die diesen Konflikten ausgesetzt sind, erleben dies nicht im selben Ausmaß. Konkrete Verhaltensweisen, von denen erzählt wurde, lassen sich aber ohne Hinweis auf Mentalitätsunterschiede – in diesem Falle mit unterschiedlichen Einstellungen zu familiären Verbindungen sowie zum Staat – nicht befriedigend erklären.

3.3. Das Spital als Zufluchtsort

Manchmal wird das Spital zu einem Zufluchtsort. Einige Krankenschwestern beobachteten, dass Gesundheitseinrichtungen von manchen MigrantInnen nicht nur im Krankheitsfall aufgesucht werden, sondern offensichtlich auch, um familiären Schwierigkeiten zu entkommen, wie aus folgenden Beobachtungen hervorgeht. Dem Spital kommt dabei eine über seinen eigentlichen Zweck hinausgehende Bedeutung zu, der es nur zum Teil gerecht werden kann.

Also, die erste Familie ist ... da ist eben dadurch, dass der Schwiegervater ... dass das mit seiner Lebensgefährtin war, ist da noch ein Problem dazugekommen, sodass momentan die Erkrankung des Kindes ein bissl in den Hintergrund getreten ist. Aber nur kurzfristig. Man hat dann einfach auch das Gefühl gehabt – das, glaube ich, hab ich eh gesagt –, dass diese Frau sich hier beschützt gefühlt hat. Sie wollte eigentlich nie gerne nach Hause gehen. Sie hat so [...] eine Zuflucht da gehabt. [...] Man hat immer das Gefühl gehabt: „Na ja, sie will nicht so gern.“ Und wir haben sie auch sicher länger da gehabt als üblich. Einfach, weil man gewusst hat, um was es geht. [Expertengespräch 29]

Na ja, da werden halt viele Faktoren mit hineinspielen. Es wird halt ihre Situation sein, wie sie gerade mit anderen Problemen auch noch beschäftigt ist. Oder es wird halt wahrscheinlich oft vieles zusammenkommen, und dann flüchtet sie sich einfach irgendwo so in unsere geschützte Stätte, nehme ich einmal an, und ... Ich meine, ich kann's auch nur vermuten, dass es so ist, ich weiß es nicht. Weil ... sie fühlt sich dann hier eigentlich immer ganz wohl, und innerhalb kurzer Zeit geht's ihr ja dann auch besser, und sie wird dann wieder entlassen. Es ist gerade so, als wenn sie es zwischendurch immer wieder mal bräuchte. [Expertengespräch 30 (170/182)]

4. Familiäre Beziehungen im Zusammenhang mit dem Alltag in einem Spital

Im Folgenden werden drei Situationen aus dem Alltag präsentiert, die Anlass zu Missverständnissen zwischen PatientInnen und dem Pflegepersonal geben können. Die Reaktionen auf diese Situationen und eventuell die Bewältigung möglicher Konflikte hängen selbstverständlich u. a. mit dem Spielraum und den materiellen Ressourcen zusammen, über die das Personal verfügt. Sie hängen auch

stark davon ab, wie die Verhaltensweisen der PatientInnen bzw. KlientInnen und deren Angehöriger aufgefasst werden.

Beispiel 1: Bedürfnisse des Individuums – Bedürfnisse der Familie

So erzählte eine Psychotherapeutin von einem physisch behinderten Mädchen, welches das ihm zugestandene Pflegegeld für seine Behandlung zur Finanzierung der Hochzeit des Bruders verwendet hat:

Also, wir haben ein türkisches Mädchen, das war da irgendwie so eine schöne Geschichte: Wie das Pflegegeld damals zum Tragen gekommen ist ... Wir haben immer geglaubt, sie hat einen sehr niedrigen Stand in der Familie, sozusagen als Mädchen und mit Behinderung usw. Und dann ... also, eines Tages hat sie eine Wahnsinnspflegegeld-Nachzahlung gekriegt, weil wir das immer sozusagen rückwirkend einreichen. Und mit dieser Pflegegeldnachzahlung muss dieser Status von dem Mädchen in der Familie enorm gestiegen sein. Jetzt hat sie praktisch unheimlich viel Geld gehabt, hat dem Bruder mehr oder weniger die Hochzeit finanziert damit (Lachen) und – was weiß ich! – das Haus in der Türkei oder so angezahlt. Also das war ... Und sie ist aufgeblüht, wirklich. Also, für sie war das toll. Ich meine ... offiziell dürfte ich das nicht wissen, aber andererseits denke ich mir, es kommt ihr wieder in irgendeiner Weise zugute. [EG 21, Z. 302–313]

Bei näherer Betrachtung des sozialen Umfelds dieses Mädchens ist es nicht verwunderlich, dass das Pflegegeld in ihrer Familie anders verwendet wird. Die Hochzeit des Bruders ist ein zentrales familiäres und soziales Ereignis, das die Verbindungen unter Angehörigen und Nachbarn stärkt. Im Rahmen dieses Festes finden Umverteilungsmechanismen statt, die in Hinblick auf die finanzielle Unterstützung des neuen Paares besonders wichtig sind. Der Umstand, dass ein junger Mann Geld von seiner Schwester bekommt, die jünger als er ist und als Frau eine andere Stellung innerhalb der Familie einnimmt, wäre in der Heimat höchstwahrscheinlich undenkbar. In der Migration kommt es dennoch dazu. Diese Situation ist ein gutes Beispiel für Kontinuitäten und Brüche. Einerseits werden durch familiäre Umverteilungen in der Heimat übliche Traditionen fortgesetzt, andererseits kommt es zu einem Traditionsbruch, indem die Schwester ihrem Bruder Geld gibt.

Beispiel 2: Besuche und Pflege durch Verwandte

Krankenschwestern werden häufig damit konfrontiert, dass manche MigrantInnen im Spital sehr viel Besuch bekommen, wie aus folgender Erzählpassage hervorgeht:

Da kommt auch manchmal eine halbe Schulklasse auf Besuch, weil das ist einfach ...: „Das Kind liegt im Spital ...“ oder ist es jetzt einfach eine Lungenentzündung einmal, aber auch nichts Dramatisches; trotzdem ... oder Durchfallserkrankungen, wo das Kind fünf Tage, sechs Tage im Spital liegt, und es ist dann halt gerade Sonntag, und es ist ein Sonntagsausflug. Das sieht man ja von der Kultur her; die sind einfach am Sonntag die ganze Familie zusammen, und da kommt auch die ganze Familie ins Krankenhaus. Also, das ist so. Hat auch seine Vorteile. Nur, bei uns ist es halt vom Platz her ... Und jetzt, wenn's schönes Wetter ist und das Kind darf rausgehen, dann gehen sie eh hinaus, und ansonsten ... teilweise sitzen sie auf der Terrasse und wechseln sich wirklich gegenseitig ab, dass halt nicht so viele Leute im Zimmer sind. Wenn das Kind allein im Zimmer liegt, dann sagt eh kein Mensch etwas, außer man sagt wirklich: „Das Kind hat eine Gehirnhautentzündung oder sonst etwas gehabt“, wo man sagt: „Bitte, also so viele Leute, das ist wirklich anstrengend, da wird das Kind mehr krank durch die vielen Besuche.“ Und wichtig – es kommt auch vom

Alter ... es hängt vom Alter ab, aber wichtig ist halt doch in den meisten Fällen die Bezugsperson für das Kind. [Expertengespräch 26]

Die Besuchstätigkeit vieler Verwandter kann zu Spannungen führen. Oft ist in den Krankenzimmern nicht genügend Raum vorhanden, um alle BesucherInnen hineinzulassen. Zudem fühlen sich andere PatientInnen in den Zimmern und auf den Gängen durch die Anwesenheit vieler Personen gestört.

Aus der konkreten Beobachtung geht hervor, dass in diesem Fall der Sonntag von den Angehörigen zum Anlass genommen wurde, um das kranke Kind zu besuchen. Anhand der Aussage „*Es ist halt gerade Sonntag und es ist ein Sonntagsausflug [...] am Sonntag ist die ganze Familie zusammen*“ lässt sich vermuten, dass das Spital aus gegebenem Anlass zu einem „Ersatztreffpunkt“ wurde. Möglicherweise hätte man sich an einem anderen Ort gemeinsam getroffen, wahrscheinlich wäre das Kind dort nicht so im Mittelpunkt gestanden. Da es krank ist, kommen Familie und Verwandte selbstverständlich auf Besuch, da es nach diesem Verständnis als Pflicht der Angehörigen angesehen wird, den eigenen Angehörigen im Krankheitsfall als Gruppe beizustehen und sie nicht alleine zu lassen. Um die Gruppe zu repräsentieren, genügt ein Einzelner als Vertreter nicht, die Anwesenheit möglichst vieler ist von Bedeutung.

Die gemeinsame Sorge der Angehörigen muss jedoch nicht immer zu Spannungen und Konflikten führen, wie aus folgender Erzählpassage hervorgeht:

Doch, doch, ja: Wir hatten hier einen jungen Patienten auf der Überwachungsstation liegen, mit einer sehr schweren angeborenen Erkrankung. Er war 19, 20 Jahre alt, war also seit Geburt ein schwerer Pflegefall. Er konnte ... der konnte nichts: Er konnte weder essen noch sich irgendwie waschen, er konnte nicht gehen, er konnte überhaupt nichts. Er wurde von seiner Familie gepflegt, von seiner Mutter. Er hatte noch Geschwister, die ganz gesund waren, überhaupt keine Erkrankung. Von den Geschwistern ... durch die Geschwister viele Freunde in seinem Alter, die gekommen sind, die sich um ihn gekümmert haben. Er musste immer auch abgesaugt werden, weil er so verschleimt war – das hat er zum Teil selbst gekonnt oder die Familie – jeder, da war überhaupt keine Scheu, überhaupt kein ... die haben ihn gewaschen. Er ist auch rasiert gewesen, wie das wahrscheinlich dort üblich ist. Also ... wirklich, es war, wie wenn er nicht krank wäre. Das war etwas Einmaliges. Weil das ist etwas, wo wir alle gesagt haben: „Das würde es in einer österreichischen Familie nicht geben.“ [Lachen] Ich glaube, dieser Zugang zur Krankheit und dieses Annehmen, wie er halt war, das war ... das ist etwas Einmaliges. [Expertengespräch 26]

Die Beistandspflicht im Krankheitsfall bedeutet auch, bei der Pflege der zu betreuenden Angehörigen mitzuhelfen. Dies kann wie in dem hier geschilderten Fall eine Unterstützung für das Krankenpflegepersonal sein und dieses auch entlasten.

Beispiel 3: Trauerarbeit beim Tod eines Verwandten

Bei Todesfällen wird das Krankenpflegepersonal immer wieder mit Klageritualen konfrontiert, die sich ihrer Beobachtung nach von dem in Österreich gewohnten Umgang bei Sterbefällen unterscheiden, wie etwa in folgender Gesprächspassage sichtbar wird:

E: Ich meine, diese Klagefrauen kennt man auch bei uns vom Burgenland und so, aber ... Ich stelle es mir so ähnlich vor, dass das schon dort in dem Familienclan so ist, dass da die Frauen eben ... lautes Klagen. Und was für mich interessant war: Da ist dann diese Schwägerin gekommen, die Tante des Kindes, die hat dann genauso laut mitgeklagt. Ich habe mir eher erwartet, die wird jetzt da ein bissi vielleicht sie beruhigen, aber das war genauso.

I: Wie gehen Sie dann um, so mit diesen Situationen, die ja doch etwas ungewöhnlich sind, im Vergleich zu österreichischen Familien ... dieses Klagen? Wie wird auf der Station damit umgegangen?

E: Ja also, ich muss sagen: Bei mir ... ich versuche dann einfach, nur beruhigend zu reden – so gut versteht sie mich dann ohnehin nicht –, und ich versuche sie halt immer dann ... ihr wirklich Körperkontakt zu geben. Und ich muss sagen, ich hab da selten Schwierigkeiten. Die meisten sind dankbar dafür, lassen es zu. Und ich versuch eben immer, dass das nicht coram publico passiert, also dass man dann versucht, den entweder im Patientenzimmer oder in einem anderen Raum – was weiß ich: Aufnahmezimmer oder was immer dann frei ist –, dass man ihnen Platz gibt, diese Trauer auszuleben oder so. Es ist nicht immer leicht, weil auf den Stationen Platz Mangelware ist, aber das versuchen wir schon. [Expertengespräch 30]

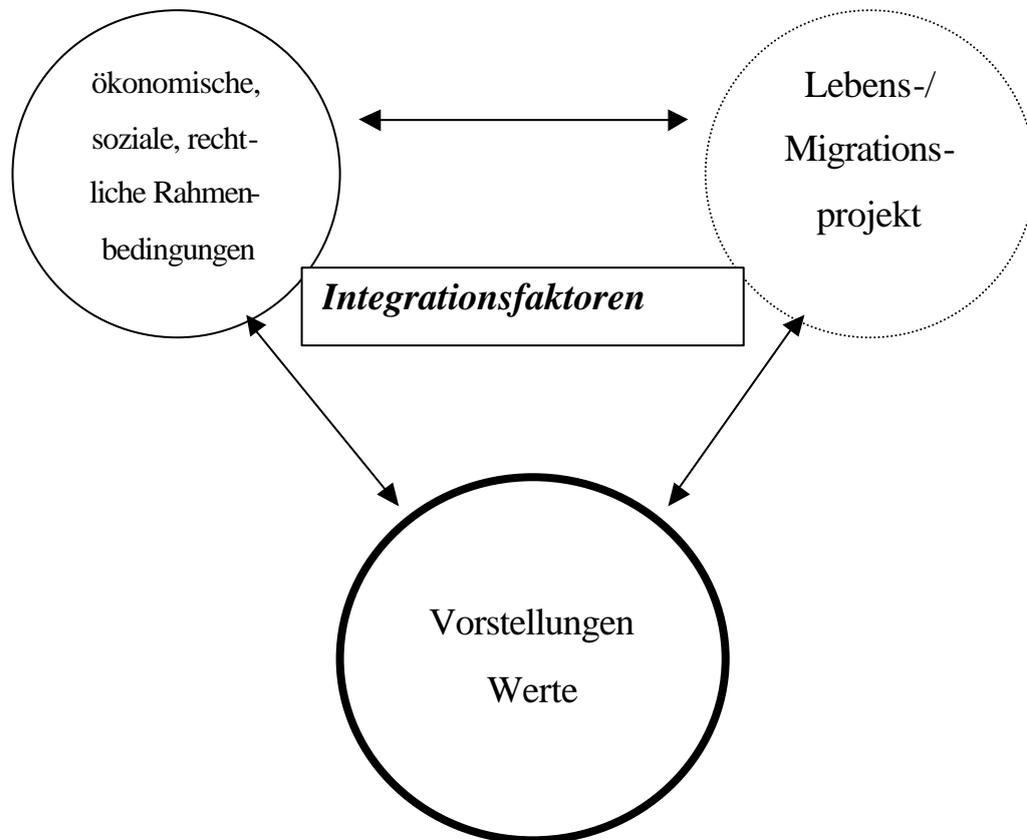
In diesem Beispiel zeigt sich die Krankenschwester verwundert über das Verhalten der Schwägerin. Sie hatte eigentlich – wie sie selbst sagt – erwartet, dass sie die Trauernde beruhigen würde. Statt dessen stimmt sie aus ihrer Sicht unerwartet in das Wehklagen mit ein. Hinter der Handlung der Schwägerin verbirgt sich offensichtlich eine andere Auffassung über Trauerarbeit. Für die Schwägerin war es – wie sich hier zeigt – wichtig, durch Wehklagen in die Trauer mit einzustimmen, um so ihre Anteilnahme am Tod des Angehörigen entsprechend zum Ausdruck zu bringen. Denn wer bei einem Todesfall nicht klagt, der trauert nicht, so die dahinterstehende Vorstellung.

Reflexion über diese drei Fälle

Im Leben jeder Person lassen sich drei Ebenen unterscheiden, die für ihre Integration in die Gesellschaft, der sie angehört, von Bedeutung sind: Das eigene Lebensprojekt (die persönlichen Vorhaben und Zukunftspläne)⁶, die ökonomischen, sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen sie lebt, sowie ihre Vorstellungen und Werte (siehe Übersicht 5).

Das eigene Lebensprojekt – für Zuwanderer ist das ihr Migrationsprojekt, d. h. ihre Zukunftsabsichten hinsichtlich eines als definitiv angesehenen Wohnortes – bleiben grundsätzlich offen, da diese modifiziert werden, wenn die eigenen Pläne und Vorhaben nicht verwirklicht werden können. An äußere Rahmenbedingungen passen sich Menschen – manche schneller, manche langsamer – allmählich an. Werte und Vorstellungen hingegen ändern sich meist viel langsamer.

⁶ (Pumares 1996)

Übersicht 5: Integrationsfaktoren

Aufgrund der Relevanz familiärer Beziehungen sowie der hohen Bewertung der Gesundheit kann es im Spital zu Missverständnissen, ja sogar zu konfliktbeladenen Situationen kommen. Dies geschieht vor allem dann, wenn die Vorstellungen des Pflegepersonals und der PatientInnen und ihrer Angehörigen weit auseinandergehen oder wenn deren Bedürfnisse der praktizierten Organisation einer Einrichtung wie dem Spital im Wege stehen. Die Besonderheit dieser Situationen besteht darin, dass kulturelle Vorstellungen in der Kindheit meist unbewusst verinnerlicht und für das eigene Leben als Selbstverständlichkeit übernommen werden. Es handelt sich folglich um Situationen, die im Prinzip nicht unbedingt mit unüberwindbaren Interessenkonflikten, sondern vielmehr mit unterschiedlichen Sichtweisen und Vorstellungen zu tun haben. Dabei kann ein Dialog helfen, Spannungen zu überwinden, vorausgesetzt, die Beweggründe aller Betroffenen werden mit berücksichtigt, wie aus manchen Fällen hervorgeht, von denen berichtet wurde.

5. Literaturliste

- Bacher, J. (1997): Einkommensarmutsgefährdung von Kindern in Österreich und deren Auswirkungen auf die Schullaufbahn und das subjektive Wohlbefinden. [Eine Sekundäranalyse des Österreichischen Kindersurveys.] In: Sozialwissenschaftliche Rundschau 37 (1). S. 38-61.
- Bauböck, R. (1996): Nach Rasse und Sprache verschieden. [Migrationspolitik in Österreich von der Monarchie bis heute.] Wien: Institut für Höhere Studien.
- Busch-Geertsema u.a. (1993): Das macht die Seele so kaputt. [Armut in Bremen.] Bremen: Ed. Temmen.
- Butterwege, Christoph (2000): Zuwanderung und Wohlfahrtsstaat im Zeichen der Globalisierung – antagonistischer Widerspruch oder nützliche Wechselbeziehung? [Zuwanderung im Zeichen der Globalisierung. Migrations-, Integrations- und Minderheitenpolitik.] Opladen: Leske + Budrich.
- Csitkovics, Monika u.a. (1997): Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Wien. Wien: MA 15/ Dezernat für Gesundheitsplanung.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993): Altern in der Migration. Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben. Stuttgart: Enke Verlag.
- Endruweit, G. & Trommsdorff, G. (Hrsg.) (1989): Wörterbuch der Soziologie, Bd. 2. Stuttgart: Enke Verlag. S. 307-308.
- Hammer, Gerald (1999): Lebensbedingungen von Ausländern in Österreich. In: Statistische Nachrichten. S. 965-980.
- Herbaut, Clotilde u.a. (1996): Le Regard sur l'enfant dans diverses cultures: Réflexion d'ensemble. In: C. Herbaut & J.-W. Wallet: Des Sociétés des enfants. Paris: L'Harmattan. S. 325-342.
- Khosrokhavar, Farhad (1997): L'Islam des jeunes. Paris: Flammarion.
- Korporal, Johannes (1987): Zur gesundheitlichen Situation der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Ausländerarbeit und Integrationsforschung. Bilanz und Perspektiven. München.
- Korporal, Johannes (1990): Zur gesundheitlichen Situation der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik. In: Psychomed, 2 (1). S.11-16.
- Lichtenberger, Elisabeth & Faßmann, Heinz (1984): Gastarbeiter. Leben in zwei Gesellschaften. Wien: Böhlau.
- Pumares, Pablo (1996): La integración de los inmigrantes marroquíes. Familias marroquíes en la comunidad de Madrid. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Tribalat, Michèle u.a. (1996): De l'immigration à l'assimilation: enquête sur les populations d'origine étrangère en France. Paris: Editions La Découverte.

Weig, W. (1998): Migration und seelische Gesundheit. In: IMIS-Beiträge 8. S. 31-44.

Wiederschwinger, Margit u.a. (1992): Veränderung der ökonomischen und familialen Situation von Arbeitslosen-Haushalten im Verlauf der Arbeitslosigkeit. Wien: Mimeografierter Forschungsbericht.

Zanfrini, Laura (1998): Leggere le migrazioni. I risultati della ricerca empirica, le categorie interpretative, i problemi aperti. Milano: Franco Angeli.

IV. ABSCHLUSSRUNDE - GENANNT PUNKTE

In einem Schlussplenum wurden die TeilnehmerInnen gebeten, offene Fragen bzw. Anliegen, die für ihre Alltagspraxis von Relevanz sind, sowie Verbesserungswünsche zu nennen. Im Folgenden werden diese der Reihe nach aufgelistet.

- Angeregt wurde, sich verstärkt mit den Bedürfnissen und Gewohnheiten der in ein Spital kommenden Gruppen auseinander zu setzen.
- Angeregt wurde, sich der eigenen Grenzen bewusst zu werden und diese wahrzunehmen.
- Dem Mangel an Platz sollte entgegengewirkt werden.
- Bemängelt wurde die fehlende Kommunikation zwischen dem Krankenpflegepersonal und den Vorgesetzten.
- Die muttersprachliche Betreuung sollte ausgeweitet werden.
- Die Ausbildung des Pflegepersonals sollte verbessert und insbesondere auf spannungsgeladene Situationen sollte eingegangen werden. Dabei sollten vor allem Beispiele gelebter Integration Berücksichtigung finden.
- Es sollte zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit der Problematik der Isolation ausländischer Krankenschwestern kommen.
- Die in Spitälern tätigen Berufsgruppen und Abteilungen sollten besser miteinander vernetzt werden.
- Die TeilnehmerInnen wünschten darüber informiert zu werden, welche Beweggründe Migrantenfamilien haben, nach Österreich zu kommen. In diesem Zusammenhang wurde ein Workshop zu diesem Thema vorgeschlagen.
- Die innerbetriebliche Fortbildung sollte verbessert werden.
- Angeregt wurde angesichts der im Workshop diskutierten Thematik des Sterbens, vermehrt Sterbeplätze zu schaffen.
- Angeregt wurde, ein Klima zu schaffen, in dem es gelingt, anfallende Probleme aus der Sicht des jeweils Anderen zu sehen.
- Es soll ein Forum eingerichtet werden, das regelmäßig über Problemfelder zum Thema „MigrantInnen im Spital“ reflektiert.
- Im Zusammenhang mit dem zuletzt genannten Vorschlag wurde angeregt, VertreterInnen aus Leitungspositionen mit den aufgearbeiteten Problemfeldern zu konfrontieren und Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten.
- Ein Feedback-Tag soll veranstaltet werden, an dem über die Umsetzung der am Workshop diskutierten Themenfelder in die Alltagspraxis reflektiert wird.

Anhang: Ziele, Ablauf und Liste der TeilnehmerInnen

Ziele des Workshops:

1. Erfahrungen aus der Praxis auszutauschen
2. Hintergrundwissen zu erweitern
3. Ergebnisse der Studie „*Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in Wien*“ zu diskutieren

Ablauf:

1. 9.00-10 Uhr: ERÖFFNUNG: Dr. Christian Ehalt, Frau Staudinger, Dr. Mezulianik
2. 10.00 – 10.30 Uhr: EINFÜHRUNG IN DAS THEMA: Univ.-Prof. Dr. Michael Mitterauer
3. 10.45 – 11.45 Uhr: ARBEITSKREISE (jeweils 7-8 Personen) – Austausch von Erfahrungen mit MigrantInnen im Spital anhand von konkreten Fällen.

Leitung der Arbeitskreise: Mag. Hermann Wegscheider, Dr. Paloma Fernández de la Hoz (KSOE), Mag. Johannes Pfliegerl (ÖIF).

Vorgeschlagene Themen in den Arbeitskreisen in Hinblick auf einen Austausch von Erfahrungen:

- MigrantInnen als Patienten im Krankenzimmer
 - Kontakte im Spital – Erwartungen an das Krankenpersonal
 - Verständnis von Krankheit und Gesundheit
 - Die PatientInnen und ihre Angehörigen
 - Erfahrungen mit Geburt und Tod
4. 11.45–13.00Uhr: PLENUM: Präsentation von zwei konkreten Fällen, die jede Gruppe ausgewählt hat, und Austausch über diese Fälle.
 5. 14.30–15.15 Uhr: PLENUM: Präsentation bisheriger Ergebnisse der Forschungsstudie „*Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in Wien*“ anhand von konkreten Fallstudien.
 6. 15.15–16.00 Uhr: DISKUSSION IM PLENUM – Austausch über die Ergebnisse
 7. 16.00–16.15 Uhr: ABSCHLUSSRUNDE
Offene Fragen
Zu vertiefende Punkte für die Praxis im Alltag
Wünsche

Liste der TeilnehmerInnen

1.	Name	Institution
2.	Frau AKBAL	Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien
3.	Dipl.-Kp. Miguel ARIAS-QUIJÓN	Geriatrizentrum am Wienerwald
4.	Friedrich BAYER	SMZO – Psychiatrische Abt., Station 57
5.	Maria BOHUSLAV	Wilhelminenspital Kreißsaal
6.	Dr. Paloma FERNÁNDEZ DE LA HOZ	FP „Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in Wien“
7.	Dr. Alexander FRIEDMANN	AKH – Psychiatrische Univ.-Klinik
8.	Dipl.-Ks. Jeanette GERNER	Semmelweiß Frauenklinik, Station II
9.	Elisabeth JEDELSKY	Kaiserin Elisabeth Spital – Oberschwester der 1. Medizinischen Abteilung
10.	Birgit JOKIC	Studentin
11.	Dr. Amelia KASABOVA	Sozialhistorikerin
12.	Ingeborg KITZMÜLLER	Pflegeheim Baumgarten
13.	Dipl.-OS. Elfriede LAMPEL	AKH Ebene 14 West/ Leitstelle 14 A
14.	Dipl.-Ks. Irma MAGENBAUER	Wiener Krankenanstaltenverbund – Generaldirektion Kranken- und Altenpflege
15.	Univ.-Prof. Dr. Michael MITTERAUER	FP „Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in Wien“
16.	Lucia PLANER	Rudolfstiftung – Geburtshilfeabteilung Station 1 A
17.	Dipl.-Ks. Rada PETRIC	Kaiser Franz-Josef-Spital Gynäkologiestation 101
18.	Mag. Johannes PFLEGERL	FP „Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in Wien“
19.	Erika PREYS	Rudolfstiftung Kinderabteilung Station 14 B
20.	Dipl.-Ks. Helga RISS	Kinderinfektionsabteilung – Wilhelminenspital
21.	Dipl.-Ks. Christa SCHERNHUBER	Kinderambulanzbereich – Donauspital
22.	Dipl.-Ks. Gabriele SCHWARZER	Kaiser-Franz-Josef-Spital – IV Med. Abt. C5
23.	Dr. Maria STAMMLER	Gynäkologie Kaiser-Franz-Josef-Spital
24.	Dr. Gerlinde STERN-PAVER	Psychiatrisches Krankenhaus – 3. Psychiatrisches Krankenhaus
25.	Gudrun STEININGER	AKH Unfallchirurgische Ambulanz
26.	Dipl.-OS. Helga TARABA	Kaiser-Franz-Josef-Spital – IV Med. Abt. C5
27.	Mag. Helga TICHANEK	Kursana Residenz

28	Dr. Ilsemarie WALTER	Abt. Pflegeforschung des IPG
29	Dipl.-Sa. Arzu ÜCLER	Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Kinderinternabt.
30	Mag. Hermann WEGSCHEIDER	Psychotherapeut
31	Maria WOLF	Preyer Kinderspital Chirurgie II
32	Adelheid ZINKEL	Preyer Kinderspital Interne 2
33	Dr. Gerlinde ZODER	Kinderklinik Glanzing Neonat. Intensivstation

Folgende WORKING PAPERS sind bisher erschienen:

- Herbert Janig, Liselotte Wilk, Martina Beham, **“Puberty - A Challenge for Parents and Adolescent“**, Nr. 1/97 – in englischer Sprache
- G.Doblhammer, W. Lutz, A. Prskawetz, **“Covariates of First Marriage Dissolution derived from the Austrian FFS“**, Nr. 2/97 – in englischer Sprache
- Mag. Ulrike Zartler, **“Pubertät und Ihre Bedeutung für Eltern und Kinder – ein Literaturüberblick“**, Nr. 3/97 – in deutscher Sprache
- Mag. Martina Beham, **“Förderliche und hemmende Faktoren zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben in Familien mit Pubertierenden“**, Nr. 4/97 – in deutscher Sprache
- Mag. Martina Beham, **“Elternbildung – Hilfe zur Selbsthilfe: Ergebnisse einer Pilotstudie“**, Nr. 5/97 – in deutscher Sprache
- Vera Nowak, Christiane Pfeiffer, **“Erwerbseinstieg von Frauen nach Geburt des jüngsten Kindes“**, Nr. 6/98 – in deutscher Sprache
- Veronika Gössweiner, Vera Nowak, **“Scheidungsfolgen – die langfristigen Auswirkungen von erlebter Scheidung auf die Lebensführung unter besonderer Berücksichtigung der ersten Lebensgemeinschaft“**, Nr. 7/98 – in deutscher Sprache
- Wolfgang Lutz, Vera Nowak, Stefan Ohmacht, Martin Oppitz, Christiane Pfeiffer, Helmuth Schattovits, Martin Schneider, Wilfried Schönbeck, Wolfgang Schulz, **“Rohbericht – Band 1 Ergebnisbericht zum Projekt“, “Entwicklung von Modellen eines Kinderbetreuungsschecks und Analyse der Auswirkungen“ (Machbarkeitsstudie Kinderbetreuungsscheck)**, Nr 8/98 – in deutscher Sprache
- Vera Nowak, Rudolf Schipfer, **“Familien in Zahlen“**, Daten und Graphiken zur Familie in Österreich auf einen Blick, Nr. 9/98 – in deutscher Sprache

Zu beziehen bei:

Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF)
Gonzagagasse 19/8, A-1010 Wien
Tel.: +43-1-535 14 54-19
Fax: +43-1-535 14 55
E-Mail: edeltraud.puerk@oif.ac.at



Das Österreichische Institut für Familienforschung (ÖIF) ist ein unabhängiges, gemeinnütziges Institut zur interdisziplinären wissenschaftlichen und anwendungsbezogenen Erforschung und Darstellung der Vielfalt und Veränderungen familialer Lebenswelten aus Sicht von Kindern, Frauen und Männern.

Gedruckt mit Unterstützung des
Referates für Wissenschafts- und Forschungsförderung der Magistratsabteilung 18
(Stadtentwicklung und Stadtplanung)



STADTPLANUNG WIEN

und des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen.