



Éva Rásky (Hg.)

# Gesundheit hat Bleiberecht

Migration und Gesundheit

Éva Rásky (Hg.<sup>in</sup>)

# **Gesundheit hat Bleiberecht**

## **Migration und Gesundheit**

Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des  
Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz

facultas.wuv

**Éva Rásky (Hg.<sup>in</sup>)**

Ao. Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup>, MME, Ärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Sozialmedizin, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz.



**Das Land  
Steiermark**

→ Wissenschaft

Gedruckt mit Förderung des Landes Steiermark und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung in Wien.

### **Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek**

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

Alle Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr, eine Haftung des Autors oder des Verlages ist ausgeschlossen.

Copyright © 2009 Facultas Verlags- und Buchhandels AG  
facultas.wuv Universitätsverlag, Berggasse 5, 1090 Wien, Österreich  
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

Lektorat: Mag.<sup>a</sup> Helga Klösch-Melliwa (<http://www.aus-dem-effeff.at>)

Coverbild: Barbara Burgstaller ([www.bild-sprache.at](http://www.bild-sprache.at))

Satz und Druck: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Printed in Austria

ISBN 978-3-7089-0375-0

# Gesundheit hat Bleiberecht

## Migration und Gesundheit

Einführung <i>Éva Rásky</i>	11
Kein Grund zum Jammern! Demenzkranke als Hoffnungsträger? <i>Christa Melchinger</i>	18
Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit <i>Christine Binder-Fritz</i>	28
Soziokulturelle Heterogenität und Akkulturation: neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung <i>Christoph Pammer</i>	45
Titanic-Syndrom <i>Wolfgang Gulis</i>	55
The Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants PICUM <i>Eve Geddie</i>	65
Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen – transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen <i>Doris Pfabigan</i>	72
Brauchen wir spezifisches Wissen in der medizinischen Versorgung von Migrant/inn/en? Qualifizierungsangebote zur transkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen <i>Yvonne Adam und Magdalena Stülb</i>	87

Im Wilden Westen des Dolmetschens Ausbildung als Schritt zur Professionalisierung des Community Interpreting <i>Sonja Pöllabauer</i>	97
KrankenhausdolmetscherInnen: Bedarf, Probleme, Perspektiven <i>Franz Pöchhacker</i>	117
„Ich finde es schade, für meine Leute“ Wenn nicht(-)professionelle DolmetscherInnen im medizinischen Bereich dolmetschen... <i>Sevgi Uluköylü</i>	124
„Healthy Inclusion“: Entwicklung von Empfehlungen für einen verbesserten Zugang von MigrantInnen zu Gesundheitsangeboten <i>Barbara Kuss</i>	135
Gesundheit ohne Grenzen <i>Natascha Zeitel-Bank</i>	152
Die weibliche Genitalverstümmelung aus ethnomedizinischer Sicht <i>Christine Binder-Fritz</i>	162
Das Recht auf Gesundheit Auch SexarbeiterInnen haben das Recht auf Gesundheit <i>Maria Cristina Boidi und Renate Blum</i>	170
MigrantInnen im mittleren Lebensalter Einfluss von soziokultureller Herkunft und Lebenslage auf das Erleben der Wechseljahre <i>Theda Borde</i>	175
Gynäkologische Behandlung muslimischer Frauen <i>Schahrzad Anegg-Moazedi</i>	180

„Khawacha, hast du Salz und Seife?“ <i>Sabine Kampmüller</i>	187
Stufen zur Lebensqualität <i>Aleksandra Dimova</i>	194
Ein Sommertag in einer allgemeinmedizinischen Praxis im 10. Wiener Gemeindebezirk <i>Nina Krasser</i>	200
„Gefühle sitzen ganz tief in mir“ Die Arbeit mit Migrant/inn/en aus der Sicht einer Psychologin und Migrantin <i>Slavica Mladen</i>	207
Migration – Was hat sich in der Praxis für Kinder- und Jugendheilkunde verändert? <i>Heidi Stix und Sonja Otto</i>	211
Bis ich mein Ziel erreichte – Geschichte einer Nostrifikation <i>Nomawethu Kelbitsch</i>	217
Interview mit Caritas-Präsident <i>Franz Küberl</i> <i>Martin Sprenger</i>	221
Geschichte des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz Eine niederschwellige Gesundheitseinrichtung für alle, die einen erschweren Zugang zum bestehenden Gesundheitssystem haben <i>Christine Anderwald, Cornelia Bernadette Bruckner und Martin Sprenger</i>	226
Ambulatorium Caritas Marienambulanz und seine Spezialambulanzen <i>Irene Holzer</i>	238

Datenmanagement und Qualitätssicherung bei MigrantInnen mit Diabetes mellitus <i>Peter Mrak, Peter Beck und Fatmire Maloku</i>	243
Frauensprechstunde – „Gesund werden, gesund bleiben“ <i>Nomawethu Kelbitsch, Christine Anderwald und Irene Holzer</i>	248
Die Marienambulanz aus der Sicht der medizinischen Assistentinnen <i>Fatmire Maloku und Silke Gimpel</i>	252
Die psychiatrische Versorgung von MigrantInnen Die nachgehende sozialpsychiatrische Betreuung in Notschlafstellen und Flüchtlingshäusern sowie die Psychiatriesprechstunde in der Marienambulanz – Geschichte eines Projektes in Fallbeispielen <i>Gerald Ressi</i>	255
Rollende Caritas Marienambulanz <i>Martin Sprenger</i>	264
Streetwork im Drogenbereich & Kontaktladen Die medizinische Beratung <i>Karin Fuchs</i>	267
Beratung bei Drogen konsumierenden Hepatitis-C-infizierten Frauen und Männern <i>Bernd Bauer</i>	270
Kooperationspartnerin Steirische AIDS-Hilfe <i>Lola Fleck und Catherine McGeeney</i>	272
Verein für Opfer von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen – OMEGA Gesundheitsstelle <i>Anne-Marie Mjörner Wagner</i>	275

Der Verein ZEBRA – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum <i>Wolfgang Gulis</i>	285
Frauen, Gesundheit und Migration <i>Katharina Ebner und Sylvia Groth</i>	288
Gesundheitsförderung für und mit Migrantinnen Die Arbeit des Frauengesundheitszentrums FEM Süd <i>Hilde Wolf</i>	296
AMBER-MED AMbulant medizinische Versorgung, soziale BERatung und MEDikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherungsschutz <i>Erica Riener</i>	311
„Türkinnenprojekte“ der Medizinischen Universitätskliniken Innsbruck <i>Angelika Bader und Margarethe Hochleitner</i>	315
Medizinische Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland Im Spannungsfeld zwischen Best Practice und unzureichendem Parallelsystem <i>Burkhard Bartholome</i>	322
Medinetz Mainz e. V. Medizinische Vermittlungsstelle für Flüchtlinge, Migrant/inn/en und Menschen ohne Papiere <i>Jakov Gather und Eva-Maria Schwienhorst</i>	330
Die Malteser Migranten Medizin (MMM) – Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung <i>Angelika Haentjes-Börgers</i>	339

Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer afk SRK des Schweizerischen Roten Kreuzes <i>Angelika Louis</i>	349
The Outpatient Clinic with Counselling Unit for People without Health Insurance <i>Alenka Ugrin-Vatovec</i>	355
ICAASE: An International Project Concerning Innovative Care against Social Exclusion <i>Peter Kenny and Hermine Gaßner</i>	360
Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen <i>Ursula Karl-Trummer und Sonja Novak-Zezula</i>	367
Gesundheitservices im Niemandsland: Funktionale Ignoranz und informelle Solidarität <i>Ursula Karl-Trummer, Sonja Novak-Zezula und Birgit Metzler</i>	376

# Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen

## Das „Migrant-friendly Hospital“-Projekt<sup>1</sup>

Ursula Karl-Trummer und Sonja Novak-Zezula

### Migration und Gesundheit

Der „International Migration Report 2002“ der Vereinten Nationen weist aus, dass sich weltweit die Zahl von MigrantInnen seit 1975 mehr als verdoppelt hat. Migrationsbewegungen nehmen zu, wobei Migrationshintergrund und ebenso MigrantInnengruppen zunehmend heterogen werden. Soziale Veränderungen in europäischen Gesellschaften, demografische Trends und die Erweiterung der Europäischen Union machen kulturelle Vielfalt auch in Europa zu einem aktuellen Thema.

Epidemiologische Daten geben klare Hinweise, dass Gesundheit und Migration bzw. Minderheitenstatus stark zusammenhängen: Bereits Migration selbst wird als Gesundheitsrisiko beschrieben (Weiss, 2003). Dazu kommen kulturelle Unterschiede, Sprachbarrieren, Minoritätenstatus, schwierige sozioökonomische Bedingungen, mit denen im Aufnahmeland umgegangen werden muss. All dies hat oftmals negative Konsequenzen für den Zugang und die Nutzung von Gesundheitsleistungen und beeinflusst auch die Qualität der Gesundheitsversorgung (Fernandes et al., 2007). Studien zeigen, dass bei Zugehörigkeit zu einer MigrantInnen-/ Minderheitengruppe die Wahrscheinlichkeit, adäquat versorgt zu werden, sinkt (Frazier, Jiles & Mayberry, 1996; Bach et al., 1999). Für KrebspatientInnen haben dies Canto et al. (1998), für kardiovaskuläre Krankheiten Oomen, Owen & Suggs (1999) und für DiabetespatientInnen Tocher & Larson (1998) nachgewiesen. Dies betraf sowohl die Diagnosestellung als auch die Behandlung. Auch im Bereich Prävention ist die Fehlversorgung von MigrantInnen durch Studien belegbar (Woloshin et al., 1997). Dies gilt auch für die Mutter-Kind-Versorgung: Schwangere Migrantinnen treten später in die Betreuung ein und haben ein höheres Risiko der Unterversorgung (Gissler et al., 1998). Neugeborene von Migrantinnen haben eine niedrigere Wahrscheinlichkeit, die empfohlenen

Impfungen in den ersten Lebensjahren zu erhalten, als die der Mehrheitsbevölkerung (Centers for Disease Control, 1997).

## **Wachsende Herausforderungen für Krankenhäuser**

Die zunehmende kulturelle Vielfalt stellt das Gesundheitswesen und die DienstleisterInnen vor neue Herausforderungen, denn sie müssen zunehmend häufiger eine kulturell heterogene Klientel betreuen und einen adäquaten Umgang mit der möglicherweise spezifischen sozialen Schwäche von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten pflegen.<sup>2</sup>

Krankenhäuser haben einen wichtigen Versorgungsauftrag. Spitalsambulanzen sind insbesondere für Personen, die mit der Struktur der Gesundheitsversorgung wenig vertraut und/oder sozioökonomisch benachteiligt sind, der erste Eintritt ins Gesundheitswesen. Diesen spezifischen Herausforderungen sind gerade unter den Bedingungen zunehmender Ressourcenknappheit weder Einrichtungen noch Personal gewachsen (Binder-Fritz, 1997). In der Behandlung und Betreuung von PatientInnen mit ganz unterschiedlichem ethno-kulturellen Hintergrund werden die Organisationsstruktur Krankenhaus und das Personal mit folgenden Fragestellungen konfrontiert:

- Wie können Krankenhäuser auf unterschiedliche Anforderungen ihrer PatientInnen mit Migrationshintergrund reagieren? Zu berücksichtigen sind Unterschiede in der Sprachkompetenz, im Gesundheitsbildungsniveau, in den Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, in Erwartungen und gesundheitlichen Problemstellungen.
- Wie können Krankenhäuser ihre MitarbeiterInnen darin unterstützen, adäquate Leistungen für diese spezifische Bevölkerungsgruppe zu erbringen?
- Wie können Krankenhäuser die eigene ethno-kulturelle Vielfalt ihrer MitarbeiterInnen konstruktiv integrieren und nutzen?

## **Ansätze und Modelle zur Entwicklung kultursensibler Betreuung**

Allgemeine Modelle zum Aufbau ethno-kultureller Kompetenz von MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen im Krankenhaus werden in den USA seit den 1980er-Jahren diskutiert und diese wird als wichtige professionelle Kompetenz angesehen (Canales, 2000; Randall-David, 1989). Studien belegen, dass Trainings- und Weiterbildungsmaßnahmen notwendig sind, um MitarbeiterInnen dabei zu unterstützen, ethno-kulturelle Kompetenzen aufzubauen (Welch, 1999; Kai et al., 1999).

Die Entwicklung kultursensibler Betreuungsstrukturen und -prozesse wird häufig mit dem Konzept der „transkulturellen Pflege“ verbunden – einem Pflegemodell, das von der amerikanischen Krankenschwester und Anthropologin Madeleine Leininger (1991) entwickelt wurde. Der Aufbau einer transkulturellen Kompetenz erfolgt stufenweise. Er beginnt mit der Wahrnehmung und Bewusstmachung der eigenkulturellen Norm- und Wertvorstellungen, die pflegerische Vorstellungen und Interventionen determinieren, um sich anderen Pflegekonzepten, -erwartungen und -praktiken öffnen zu können. Dadurch werde es möglich – so die Vorstellung des Modells –, bisherige professionelle Formen des Umgangs mit PatientInnen mit Migrationshintergrund zu hinterfragen und neu zu gestalten.

Noch vor dem Anspruch des interkulturellen Verständnisses steht bei der Versorgung von MigrantInnen oft auch die Sprachproblematik. Sprachbarrieren in der Interaktion zwischen ExpertInnen und PatientInnen werden als das größte Hindernis für die effektive Gesundheitsversorgung von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten dargestellt. Als negative Auswirkungen werden Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, reduzierte Qualität der Behandlung, fehlende PatientInnenzufriedenheit und mangelnder Behandlungserfolg genannt (Bischoff et al., 2003; Waxman & Levitt, 2000; Brown & Hanis, 1999; Cleeland et al., 1997; Sarver & Baker, 2000). Dementsprechend erweisen sich Strategien, die zur Überwindung der Sprachbarrieren beitragen, als effektiv und qualitätssteigernd (Bensing, 1991; Tocher & Larson, 1998). Evaluationsstudien belegen, dass die erfolgreichste Strategie zur Bewältigung von Sprachproblemen der systematische Einsatz professioneller medizinischer Dolmetschdienste ist (Jacobs et al., 2001).

Wie dargestellt ist sowohl auf theoretischer wie auch auf praktischer Ebene Wissen darüber vorhanden, wie kultursensible Gesundheitsleistungen und Organisationen aufgebaut werden können und welche Merkmale dabei beachtet werden müssen. Es liegen Modelle guter Praxis für Etablierung und Nutzung von Dolmetschdiensten (Jacobs et al., 2001) wie auch für die Schulung und Unterstützung von MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen vor. Dies betrifft den Arbeitsplatz Krankenhäuser ebenso wie den niedergelassenen Bereich wie auch den Umgang mit spezifischen Zielgruppen, z. B. in der Versorgung von HIV/Aids-PatientInnen (Culhane-Pera et al., 1997; Carrillo, Green & Betancourt, 1999; O'Connor, 1996). Zu beobachten ist aber auch, dass in der Praxis dieses Wissen kaum genutzt wird.

### **Migrant-friendly Hospitals: Eine europäische Initiative zur Verbesserung der Gesundheit von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten durch Qualitätsverbesserung der Krankenhausdienstleistungen<sup>3</sup>**

Im Rahmen des europäischen Projektes „Migrantenfreundliche Krankenhäuser“ starteten Pilotkrankenhäuser<sup>4</sup> aus 12 EU-Mitgliedstaaten mit der Unterstützung durch internationale Expertinnen und Experten im Oktober 2002 Initiativen zur Qualitätsentwicklung kultursensibler Strukturen und Leistungsprozesse.

#### **Projektaktivitäten**

Zu Projektbeginn erfolgte in den Krankenhäusern eine erste Bedarfsanalyse in Form eines Needs Assessment aus Perspektive der relevanten Stakeholder PatientInnen, MitarbeiterInnen und Management. Neben diesem offenen Ansatz wurde ein quantitativer Organisationsfragebogen entwickelt, der für ein Assessment von Strukturen und Prozessen der Leistungserbringung sowie des dahinter liegenden Managementsystems genutzt wurde. Das entwickelte Assessmentinstrument, der sogenannte MFQQ (Migrant-Friendly Quality Questionnaire), wurde zweimal eingesetzt (2003 und 2004). Dieser Fragebogen erhebt kultursensible Strukturmerkmale wie z. B. Dolmetschdienste, fremdsprachiges Informationsmaterial, Vorrichtungen für die Ausübung verschiedener religiöser Prak-

tiken sowie Elemente eines unterstützenden Qualitätssicherungssystems (Verankerung der Wichtigkeit kultursensibler Leistungen in Leitsätzen der Organisation, gewidmete Budgets, Programme zur Unterstützung und Schulung von MitarbeiterInnen). Parallel dazu wurden Literaturrecherchen zu bestehenden Projekten und Expertisen zur Gestaltung von kultursensiblen Krankenhausleistungen durchgeführt, um bestehendes Praxiswissen verfügbar zu machen.

Die Ergebnisse der ersten Erhebungen zeigten deutlich drei wesentliche Interventionsbereiche auf:

- Sprachbarrieren (genannt in 12 von 12 Krankenhäusern)
- Mangelnde Information und Schulung für bzw. von PatientInnen mit Migrationshintergrund (genannt in 12 von 12 Krankenhäusern)
- Mangelnde interkulturelle Kompetenz von KrankenhausmitarbeiterInnen (genannt in 10 von 12 Krankenhäusern)

Auf der Basis dieser Ergebnisse entschieden sich die Pilotkrankenhäuser für insgesamt drei spezifische Maßnahmenbereiche:

1. Die Entwicklung von professionellen Dolmetschangeboten im Krankenhaus für eine verbesserte klinische Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen: In 9 Krankenhäusern wurden Dolmetschservices eingerichtet bzw. ausgebaut und auf ihre Effektivität durch Befragungen von PatientInnen und MitarbeiterInnen geprüft.
2. Die Entwicklung von migrantinnenfreundlicher Information und Schulung für schwangere Frauen: 6 Krankenhäuser entwickelten kultursensible Schwangerenurse bzw. erarbeiteten spezifisches sprachlich und kulturell sensibles Informationsmaterial. Die Effektivität der Kurse bzw. Informationsmaterialien wurde durch Befragungen der Kursteilnehmerinnen und der beteiligten MitarbeiterInnen des Krankenhauses evaluiert.
3. Die Einführung von Trainings in interkultureller Kompetenz für das Krankenhauspersonal: 7 Krankenhäuser implementierten Trainingseinheiten und evaluierten die Akzeptanz und den subjektiv empfundenen Kompetenzaufbau bei den teilnehmenden MitarbeiterInnen.

### Projektergebnisse

Im Dezember 2004 präsentierte die Projektgruppe die Ergebnisse ihrer zweijährigen Arbeit im Rahmen der Konferenz „Hospitals in a Culturally Diverse Europe“ in Amsterdam.

Als zusammenfassendes Ergebnis ist festzuhalten:

- Investitionen in den drei Maßnahmenbereichen Dolmetschservices, Schulung und Information in der Mutter-Kind-Betreuung und MitarbeiterInnentrainings haben zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität von MigrantInnen und zur Entlastung von MitarbeiterInnen geführt.
- Das Assessment zur Organisations- und Leistungsstruktur erwies sich als effektiver Motor für die Weiterentwicklung in Richtung kultursensibler Organisation.

Im Rahmen der Konferenz wurde die Amsterdam Declaration formuliert und verabschiedet ([www.mfh-eu.net/conf/results](http://www.mfh-eu.net/conf/results), accessed 24. 10. 2008). Sie enthält Empfehlungen für fünf wichtige Stakeholder zur Entwicklung einer kultursensiblen Betreuung:

1. SpitalsbetreiberInnen/Management und Qualitätsmanagement
2. KrankenhausmitarbeiterInnen, Gesundheitsberufe
3. BenutzerInnen (aktuelle und potenzielle NutzerInnen, Angehörige), RepräsentantInnen von MigrantInnengruppen bzw. ethnischen Minderheitsgruppen
4. Gesundheitspolitik und Administration
5. Gesundheitswissenschaften

Um die Nachhaltigkeit der Ergebnisse nach Projektende zu sichern, wurde im Rahmen des WHO/World Health Organization – Health Promoting Hospital Networks die Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care gegründet ([www.ausl.re.it/HPH/FrontEnd/Home/Default.aspx?channel\\_id=38](http://www.ausl.re.it/HPH/FrontEnd/Home/Default.aspx?channel_id=38), accessed 24. 10. 2008). Dieses Netzwerk vereint PraktikerInnen und WissenschaftlerInnen und kann als Informationsressource von interessierten Organisationen und Personen genutzt werden.

*Anmerkungen*

- <sup>1</sup> Trummer et al., 2005.
- <sup>2</sup> Im Hinblick auf kulturelle Vielfalt stellen MigrantInnen und ethnische Minoritäten eine besondere Gruppe dar, es spielen ethno-kulturelle Unterschiede und Sprachbarrieren eine Rolle. Im Folgenden werden die im Pflegebereich gebräuchlichen Begriffe „kultursensibel“, „ethno-kulturell“ und „migrantInnen-freundlich“ abwechselnd synonym verwendet.
- <sup>3</sup> Die Finanzierung des Projektes erfolgte durch die Europäische Kommission, DG SANCO, das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst (BMBWK) und die einzelnen ProjektpartnerInnen. Detaillierte Informationen und Ergebnisse sowie alle im Projekt verwendeten Instrumente sind im Endbericht zusammengefasst (als pdf-Dokument verfügbar unter: [www.mfh-eu.net/public/home.htm](http://www.mfh-eu.net/public/home.htm), accessed 24. 10. 2008).
- <sup>4</sup> Die Pilotkrankenhäuser: AT – Österreich: Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien; DE – Deutschland: Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Berlin; DK – Dänemark: Kolding Hospital, Vejle-Kolding; EL – Griechenland: Hospital Spiliopoulou Agia Eleni, Athen; ES – Spanien: Hospital Punta de Europa, Algeciras-Cádiz; FI – Finnland: Turku University Hospital, Turku; FR – Frankreich: Hôpital Avicenne, Paris; IR – Irland: James Connolly Memorial Hospital, Dublin; IT – Italien: Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, Reggio Emilia; NL – Niederlande: Academic Medical Center, Amsterdam; SV – Schweden: Uppsala University Hospital, Psychiatric Centre, Uppsala; UK – United Kingdom: Bradford Teaching Hospitals NHS Trust, Bradford.

*Literatur*

- Bach Peter B. et al. (1999). Racial differences in the treatment of early-stage lung cancer. In: *New England Journal of Medicine* 341; 16: 1198–1205
- Bensing Jozien (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. In: *Social Science and Medicine* 32; 11: 1301–1310
- Binder-Fritz Christine (1997). *Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich. Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonen*. Berlin: VWB, Verl. für Wissenschaft und Bildung [Sonderdruck aus: Uzarewicz Charlotte, Piechotta Gudrun (Hrsg.). *Transkulturelle Pflege*. Berlin: VWB, Verl. für Wissenschaft und Bildung]
- Bischoff Alexander et al. (2003). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. In: *British Journal of General Practice* 53; 492: 541–546

- Brown Sharon A., Hanis Craig L. (1999). Culturally competent diabetes education for Mexican Americans: The Starr County Study. In: *Diabetes Educator* 25; 2: 226–236
- Canales Mary K. (2000). Othering: Toward an understanding of difference. In: *Advanced Nursing Science* 22; 4: 16–31
- Canto John G. et al. (1998). Presenting characteristics, treatment patterns, and clinical outcomes of non-black minorities in the National Registry of Myocardial Infarction 2. In: *American Journal of Cardiology* 82; 9: 1013–1018
- Carrillo J. Emilio, Green Alexander R., Betancourt Joseph R. (1999). Cross-cultural primary care: A patient-based approach. In: *Annals of Internal Medicine* 130; 10: 829–834
- Centers for Disease Control (1997). Vaccination coverage by race/ethnicity and poverty level among children aged 19–35 months – United States, 1996. In: *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 46; 41: 963–969
- Cleeland Charles S. et al. (1997). Pain and treatment of pain in minority patients with cancer. In: *Annals of Internal Medicine* 127; 9: 813–816
- Culhane-Pera Kathleen A. et al. (1997). A curriculum for multicultural education in family medicine. In: *Family Medicine* 29; 10: 719–723
- Fernandes Ana et al. (2007). Challenges for health in the age of migration. Health and migration in the European Union. Lisbon: Portuguese EU Council Presidency
- Frazier Emma L., Jiles Ruth B., Mayberry Robert (1996). Use of screening mammography and clinical breast examinations among black, hispanic, and white women. In: *Preventive Medicine* 25; 2: 118–125
- Gissler Mika et al. (1998). Insufficient prenatal care in Finland and Baden-Württemberg. Characteristics of women and infant outcome. In: *European Journal of Public Health* 8; 3: 227–231
- Jacobs Elisabeth A. et al. (2001). Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. In: *Journal of General Internal Medicine* 16; 7: 468–474
- Kai Joe et al. (1999). Learning to value ethnic diversity – what, why and how? In: *Medical Education* 33; 8: 616–623
- Leininger Madeleine (1991). *Culture care diversity and universality. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press
- O'Connor Bonnie B. (1996). Promoting cultural competence in HIV/AIDS care. In: *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 7; 1: 41–53
- Oomen Jody, Owen Lynda J., Suggs Suzanne (1999). Culture counts: Why current treatment models fail hispanic women with Type 2 Diabetes. In: *The Diabetes Educator* 25; 2: 220–225
- Randall-David Elizabeth (1989). *Strategies for working with culturally diverse communities and clients*. Washington: Association for the Care of Children's Health

- Sarver Joshua, Baker David W. (2000). Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. In: *Journal of General Internal Medicine* 15; 4: 256–264
- Tocher Thomas M., Larson Eric B. (1998). Quality of diabetes care for non-English-speaking patients: A comparative study. In: *Western Journal of Medicine* 168; 6: 504–511
- Trummer Ursula et al. (2005). Migrant friendly hospitals – Ein Europäisches Projekt zur Qualitätsentwicklung ethno-kultureller sensibler Betreuung in europäischen Krankenhäusern. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* 3: 18–21
- Waxman Matthew A., Levitt Andrew M. (2000). Are diagnostic testing and admission rates higher in non-English-speaking versus English-speaking patients in the emergency department? In: *Annals of Emergency Medicine* 36; 5: 456–461
- Weiss Regula (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo
- Welch Melissa (1999). Required curricula in diversity and cross-cultural medicine: The time is now. In: *Journal of the American Women's Association* 53; 3: 121–124
- Woloshin Steven et al. (1997). Is language a barrier to the use of preventive services? In: *Journal General Internal Medicine* 12; 8: 472–477

#### Autorinnen und Kontaktadresse

Dr.<sup>in</sup> Ursula Karl-Trummer

Dr.<sup>in</sup> Sonja Novak-Zezula

Soziologinnen, arbeiten am Zentrum für Gesundheit und Migration der Donau-Universität Krems; Schwerpunkte der Arbeit: Migration und Gesundheit, Organisationsentwicklung, nachhaltige Entwicklung von gesunden Settings, betriebliches Gesundheitsmanagement.

Donau-Universität Krems, Zentrum für Gesundheit und Migration, Office Wien, Schikanedergasse 12, PO 3, 1040 Wien, Österreich

E-Mail: [ursula.karl-trummer@donau-uni.ac.at](mailto:ursula.karl-trummer@donau-uni.ac.at)

[sonja.novak-zezula@donau-uni.ac.at](mailto:sonja.novak-zezula@donau-uni.ac.at)

Website: [www.donau-uni.ac.at](http://www.donau-uni.ac.at)

Soziokulturelle Faktoren beeinflussen unsere Gesundheit erheblich und dies gilt ganz besonders für Menschen mit Migrationshintergrund. Ihre gesundheitliche Versorgung bildet den Fokus dieser Publikation. Sich mit dem Fremden auseinanderzusetzen, mit dem scheinbar vertrauten Fremden in und um uns und mit dem fremden Anderen – und hier sind nicht nur MigrantInnen gemeint – erweist sich als notwendig und sinnvoll. Und bietet die Chance, das Gesundheitswesen für die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen bedarfsadäquat weiterzuentwickeln. Dann hat Gesundheit Bleiberecht – für alle.

**Éva Rásky o. Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med., MME**, Ärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Sozialmedizin, Forschungsschwerpunkte: Prävention, Frauengesundheit, Gesundheitsversorgung.

ISBN 978-3-7089-0375-0



[www.facultas.at](http://www.facultas.at)

