



**DIE KOSOVO- ALBANERIN,
eine unbeliebte Patientin auf dem Notfall?**

Mai 2006
Elisabeth Hillan
Neumühlestr. 21
8406 Winterthur
e-mail:mac.hillan@bluewin.ch
Z.Z. Kantonspital Winterthur, Interdisziplinäre Notfallstation
Weiterbildung Notfallpflege Spitalregion St. Gallen Rorschach Kurs 14, Nov.2004 – Okt.2006

Inhaltsverzeichnis

1.	Die Kosovo-Albanerin, eine „unbeliebte“ Patientin auf dem Notfall?	4
1.1	Einleitung	4
1.2	Die Vorgeschichte meiner Arbeit und meine Motive	4
1.3	Hypothese	5
1.4	Fragestellung	5
1.5	Vorgehensweise	5
1.6	Das Ziel	5
1.7	Adressaten	6
1.8	Abgrenzung	6
2.	Allgemeiner theoretischer Teil	6
2.1	Kultur: Klassische Sichtweise	6
2.2	Kultur: Systemische Sichtweise	6
2.3.	Kommunikation	7
2.4	Transkulturelle Beziehung in der Pflege	8
2.5.	Praktisches Fallbeispiel	9
3.	Spezieller theoretischer Teil	9
3.1.	Geschichte der Kosovo-Albaner	9
3.2.	Die Rolle der Frau in der Kosovo-albanischen Gesellschaft	10
3.3.	Das Gesundheitswesen im Kosovo	11
3.4.	Migration	13
3.5.	Die Situation im Kosovo heute	14
3.6.	Die Geschichte einer Migrantin	14
4.	Hintergrundwissen über die Kosovo-Albanerinnen, spezifisch für den Notfall	15
4.1.	Das Leben der Kosovo–Albanischen Frau in der Schweiz	15
4.2.	Zahlen vom Notfall	17
4.3.	Die Kosovo-Albanerin auf dem Notfall	18
5.	Transkulturelle Handlungen auf dem Notfall	20
5.1.	Der Fragebogen	20
5.2.	Empfehlungen für die Begegnung mit Kosovo-Albanerinnen	21
6.	Schlussfolgerung	23
7.	Stellungnahme	23
	Literatur	25
	Anhang	26

Frau

Was bewahrst du
In der Blässe des Gesichts
In der Blutleere des Wortes
Was verbirgst du

Die zehnte Leibesfrucht
Oder deine Jahre

Was verbirgst du
In der Blässe des Gesichts
Die Stimme deines Mannes
Oder versäumte Zärtlichkeit

Was bewahrst du in der Blutleere des Worts
Das verschwiegene Lied
Oder einen Frühling der aus und vorbei ist

Was bewahrst du
Wenn du die Zeit schaukelst in der Wiege
Was bewahrst du
Was versteckst du

Flora Brovina¹

¹ Aus *Frauen in Kosova* Elisabeth Kästli Limmat Verlag Zürich 2001 Gedicht aus „Bime e ze“ – Pflanze und Stimme, Rilandja 1979, aus dem Albanischen von H.-J. Lanksch
Flora Brovina ist Dichterin und Kinderärztin in Kosovo

1. Die Kosovo-Albanerin, eine „unbeliebte“ Patientin auf dem Notfall?

1.1 Einleitung

Die Arbeit auf der interdisziplinären Notfallstation ist eine abwechslungsreiche, interessante und anspruchsvolle Tätigkeit. Keine Patientin² darf abgewiesen werden.

Winterthur ist eine Stadt mit vielen jungen Menschen und einem hohen Ausländeranteil. Es kommt immer wieder zu Situationen, in denen Patientinnen zu betreuen sind, die in mir eine emotionale Überforderungssituation erzeugen. Auf beiden Seiten kommt es zu Missverständnissen und Fehlreaktionen (Über- oder Unterschätzen, Fehldeuten der Notfallsituation).

Meistens liegen die Schwierigkeiten in einem erschwerten kommunikativen Prozess. Sei es, dass die Patientin nicht Deutsch spricht, einen mir fremden kulturellen Hintergrund hat oder sich die Ersteinschätzung der Situation nicht mit ihrer Selbsteinschätzung deckt. Negative Erfahrungen, versteckte Glaubenssätze, Annahmen, ein hoher Arbeitsanfall und dadurch weniger Zeit für die Einzelne, verstärken diese Situation.

Die Kosovo-Albanerinnen und -Albaner bilden in Winterthur einen grossen Anteil der Ausländer und sind in der Notaufnahme regelmässig anzutreffen. Sie leben teilweise seit 1989 in der Stadt. Immer noch trifft man auf Frauen, die wenig bis kein Deutsch sprechen. Zu Beginn meiner Tätigkeit in Winterthur besass ich keine Kenntnisse über diese Volksgruppe und deren Hintergründe der Migration in den Westen. Mit den sich häufig wiederholenden Patientinnenkontakten auf dem Notfall begann ich mich für die Kosovo-Albanerinnen zu interessieren.

1.2 Die Vorgeschichte meiner Arbeit und meine Motive

Die Situationen auf der Notfallstation scheinen sich immer zu gleichen: Häufig abends erscheinen mehrere Personen, eine stöhnende Frau mit Kopftuch zwischen sich „herschleppend“, die bleich und schlaff aussieht. Meistens erklärt die Begleitung, dass es der Mutter/Ehefrau/Schwester nicht gut ginge, sie nicht mehr rede, sehr krank sei oder Kopfschmerzen habe. Die Situation gestaltet sich in vielen Fällen recht dramatisch. Die Frau scheint zusammenzubrechen, wird auf die nächstbeste Trage gelegt, während die aufgebrachten Angehörigen sofortige Hilfe und einen Arzt fordern.

Bei einem hohen Arbeitspensum hat die Pflegefachfrau zwei Möglichkeiten zu handeln: Sie weist der gesamten Gruppe ein Zimmer zu, das sie eigentlich für den Rettungsdienst reserviert hat; schafft damit Ruhe und verlagert das Problem (Tür zu).

Oder zweitens: Die Zuständige lässt die Frau im Wartezimmer oder auf einer Trage im Flur warten und ist dem Drängen der Familie ausgesetzt. Eine Verordnung von Schmerzmitteln, am besten per Infusion, beruhigt die Situation. Unterdessen treffen eventuell noch mehr Familienangehörige ein und „bevölkern“ den Notfall. Einige Stunden später geht die Frau nach der ambulanten Versorgung mit den Angehörigen nach Hause.

Eines Abends betreute ich wieder einmal eine Kosovo-Albanerin mit all den dramatischen Umständen. Alles Aufklären half nichts, selbst das Schmerzmedikament wurde nur zögernd genommen und schien der Patientin nicht zu helfen. Dann die schlagartige Entspannung der Situation: Der Röntgenassistent sprach nicht nur Albanisch, sondern war zudem auch noch Sohn eines bekannten Kosovo-Albaners. Im Nu hatte er alles erklärt, übersetzt und mich vorgestellt. Er wurde sehr höflich von den Angehörigen behandelt und in ein langes Gespräch verwickelt.

² Die gewählte Sprachform gilt selbstverständlich immer für beide Geschlechter.

Ab diesem Zeitpunkt behandelte mich die Familie und Patientin anders, so, als wäre ich plötzlich eine gute Bekannte und nicht die Pflegefachfrau, die einfach kein Verständnis für ihre Probleme hatte. Kurze Zeit darauf gingen sie zufrieden mit einem Rezept über Schmerzmittel nach Hause. Die Untersuchungswerte waren ohne pathologischen Befund. Meine Neugierde war geweckt.

1.3 Hypothese

Seit langem bin ich persönlich überzeugt, dass das Kennen lernen von fremden Kulturen und deren Begebenheiten zu einem grösseren Verständnis im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen führt. Professionelle Pflegefachpersonen müssen diesem Umstand Rechnung tragen.

1.4 Fragestellung

Lässt sich eine Erklärung finden warum die Frauen häufig abends mit ähnlichen Symptomen (Kopfschmerz) auf der Notfallstation erscheinen, um nach Einnahme einer Tablette wieder nach Hause zu gehen?

Welche Wege lassen sich finden, mit ihnen trotz sprachlicher Schwierigkeiten zu kommunizieren? Könnte ich ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit erfragen und würde es mein Verhalten ihnen gegenüber ändern?

Würde sich also aufgrund des so erworbenen transkulturellen Wissens der pflegerische Umgang mit den Kosovo-Albanerinnen ändern und erleichtern?

1.5 Vorgehensweise

Ich beschloss, ein paar Worte Albanisch zu lernen, Kontakte zu Kosovo-Albanerinnen zu knüpfen, ihre Lebensgeschichte zu hören, ihr Gesundheitsverständnis zu erfragen und einfache Erklärungen für bestimmte Verhaltensweisen auf der Notfallstation heraus zu finden.

Anfang des Jahres 2005 lernte ich Frau H. kennen, die sich seit langem bei der CARITAS Winterthur in der Integrationsarbeit URAT³ und dem schweiz-albanischen Frauenverein engagiert. Durch sie knüpfte ich Beziehungen zu Kosovo-Albanerinnen. Mittels Literatur informierte ich mich über das Gesundheitswesen im Kosovo, die Geschichte des Landes und der Migration sowie der transkulturellen Pflege⁴.

Die Teammitglieder der interdisziplinären Notfallstation wurden über den Fokus meiner schriftlichen Arbeit informiert und die Leitung der Notfallabteilung war mit der Themenwahl einverstanden. Ein Fragebogen an meine Kolleginnen und Kollegen sollte mir ihre Meinung verdeutlichen zu Fragen wie z. B.: Gibt es schwierige Patienten? Gehören die Kosovo-Albanerinnen dazu? Wie gehst du bei deiner Ersteinschätzung vor?

Bei einem Treffen mit dem Albanischen Frauenverein wollte ich meine Annahmen, Erkenntnisse und Antworten in Bezug auf die Fragestellungen meiner Arbeit, die ich durch Literatur und direkte Gespräche mit Kosovo-Albanerinnen gewonnen habe, überprüfen lassen.

1.6 Das Ziel

Ich eigne mir mehr Wissen zum Umgang mit Kosovo-Albanerinnen in der Notfallstation an. Dieses Wissen kann pro aktiv an die anderen Teammitglieder der Notfallstation weitergegeben werden. Die Behandlungsabläufe für die Pflege von albanischen Frauen können dadurch einfacher werden. Einfacher in diesem Zusammenhang bedeutet: Weniger Missverständnisse auf der Pflegeseite, mehr Eingehen auf spezielle Bedürfnisse der Kosovo-Albanerinnen und damit eine Entspannung in Notfallsituationen mit ihnen.

³ URAT: (albanisch=Brücken) Integrationsprojekt der Caritas Zürich seit 1996, zum Aufbau persönlicher Beziehungen zwischen Schweizerinnen und albanischen Familien in der Schweiz.

⁴ Begriff „Transkulturelle Pflege“: Neues Gebiet der Pflegewissenschaft, begründet von Madeleine Leininger in den sechziger Jahren. Grundlagenwerk zur Theorie der „transkulturellen Pflege“, erscheint 1978. Bedeutung: Schaffen eines wertfreien Raumes zur interkulturellen Kommunikation.

1.7 Adressaten

Die Adressaten auf der Patientenseite sind die Kosovo-Albanerinnen. Die Adressaten auf der Pflegeseite sind die Teammitglieder der interdisziplinären Notfallstation eines Spitals mittlerer Grösse.

1.8 Abgrenzung

Nahezu alle Kosovo-Albaner sind islamischen Glaubens. Darum möchte ich mich bei meiner Untersuchung auf die Frauen beschränken; eine Befragung der Männer wäre weitaus schwieriger. Ich möchte keine Bewertung vornehmen, was ein echter oder unechter Notfall ist, keine Arbeit über Sinn und Zweck der Behandlungspflicht oder der Maximalbehandlung, sowie keine Bewertung der Erstbeurteilung.

Im folgenden Kapitel möchte ich relevante Begriffe wie Kultur, Kommunikation und Transkulturelle Pflege zum Verständnis der Situation der Kosovo-Albanerin als Angehörige eines speziellen Kulturkreises erklären.

2. Allgemeiner theoretischer Teil

Im folgenden Kapitel möchte ich relevante Begriffe wie Kultur, Kommunikation und Transkulturelle Pflege zum Verständnis der Situation der Kosovo-Albanerin als Angehörige eines speziellen Kulturkreises erklären.

2.1 Kultur: Klassische Sichtweise

„Im klassischen Sinne wird Kultur als etwas komplexes Ganzes bezeichnet, welches das Wissen, den Glauben, die Kunst, die Moralauffassung, die Gesetze, die Sitten und alle anderen Fähigkeiten und Gewohnheiten umfasst, die sich der Mensch als Mitglied der Gesellschaft aneignet. Kultur wäre damit etwas Abgeschlossenes, Allgemeingültiges, dem man sich als Mitglied einer bestimmten Gesellschaft unterordnet. Es bedeutet, dass es in unserer Vorstellung etwas „Eigenes“ und etwas „Fremdes“ gibt⁵.

Heute ist diese Definition wieder sehr populär. Begriffe wie Integration, multikulturell, Assimilation und ihre Umsetzungen beruhen auf der Sichtweise, dass es ein System gibt, das für alle in einem grösseren Rahmen Gültigkeit hat.

2.2 Kultur: Systemische Sichtweise

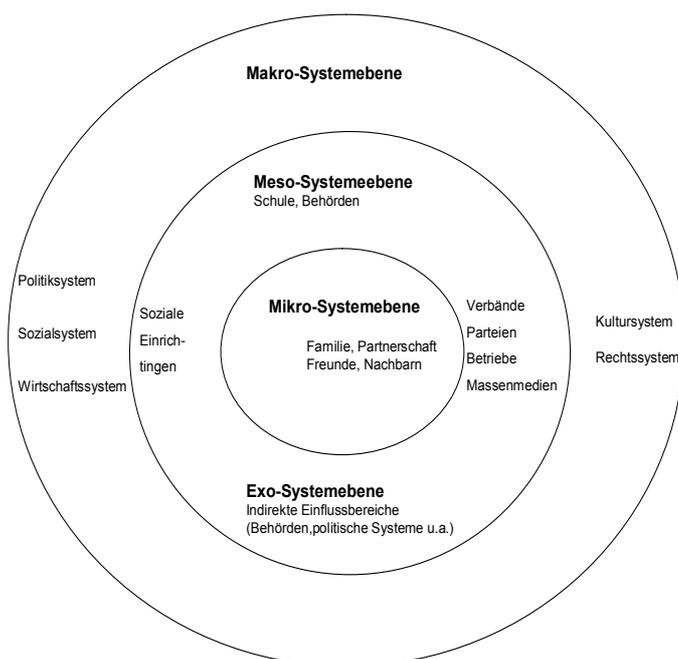
Kultur ist ein symbolisches System, in dem wir verwurzelt sind und über das wir unsere Identifikation entwickeln.

In der Systemischen Sichtweise⁶ „bezieht sich der Begriff zunächst auf eine soziale Einheit (ethnische Gruppe, Nation), die durch andere Systeme (Familie, Recht, Schule, Kirche, Vereine Betriebe) institutionalisiert wird“. Sie stellt uns ein Orientierungs- und Handlungssystem bereit, ohne dass wir überfordert wären, wirkt damit stabilisierend und Sinn gebend. Allerdings bestimmt der Einzelne selbst, wie viel er von diesem System annehmen, verändern oder auch ablehnen möchte, die Verwirklichung ist somit ein offener Prozess. Kultur kann einengen, aber auch einen weiten und freien Raum bieten, der mir zur Identität verhilft⁷.

⁵ So definiert von Tylor, britischer Anthropologe, Dagmar Domenig Hrsg. Professionelle transkulturelle Pflege, Huber Verlag 2001, S. 29

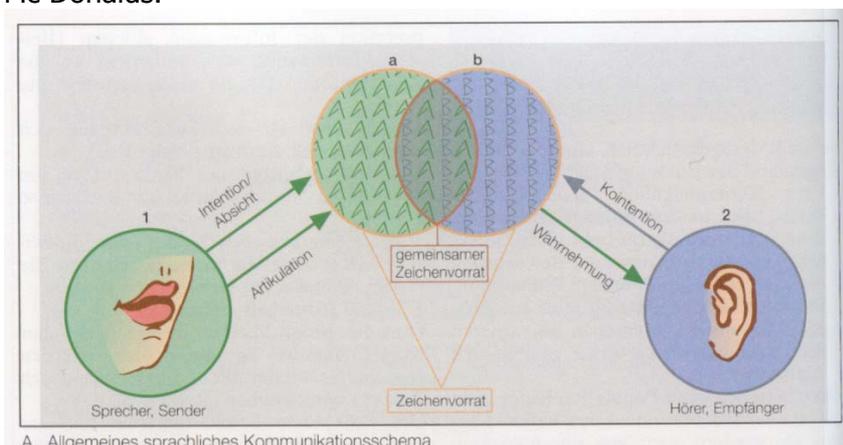
⁶ Die Systemische Theorie betrachtet den Menschen nicht nur als Individuum, sondern als Teil einer Menge, eines Systems, welches wiederum zu übergeordneten Systemen gehört. Kommunikation dient der Interaktion zwischen den Systemen. Die Gedanken aus den Abschnitten 2.2 - 2.4 entstammen dem Buch von Tilly Miller (s. Literaturverzeichnis).

⁷ Tilly Miller, Systemtheorie und Soziale Arbeit, Entwurf einer Handlungstheorie, Lucius Verlag 2001, S. 117/118



8

„Identitätsbildung erfolgt nicht nur durch Makrokulturen, sondern vor allem auch durch Mikro- oder Subkulturen, welche zur Gestaltung von Lebenssituationen und zu Bewältigung sozialer Anforderungen dienen können. Kultur ist zwar recht zeitstabil, aber auch Veränderungen unterworfen⁹.“ Systeme sind selten abgeschlossen, sondern besitzen so genannte „Schnittmengen“. Diese enthalten Gemeinsamkeiten, die sich unterschiedliche Gruppen teilen. Gemeinsamkeiten können z. B. die gleiche Religionszugehörigkeit bedeuten, aber auch das Internet, Medien oder die Vorliebe für Mc Donalds.



A Allgemeines sprachliches Kommunikationsschema

10

2.3. Kommunikation

„Kulturelle Systeme drücken sich über Kommunikation und daraus folgende Handlungen aus. Kommunikation ist nicht nur Sprache, sondern auch Nonverbales, Kleidung, das Nicht-Anwesendsein u. a. Bei der Kommunikation wählt der Sender selektiv aus, was er übermitteln möchte. Dazu wählt er eine Form der Übermittlung aus und der Empfänger wählt selektiv aus, was

⁸ Tilly Miller, a. a. O., S.41

⁹ Tilly Miller, a. a. O., S. 117/118

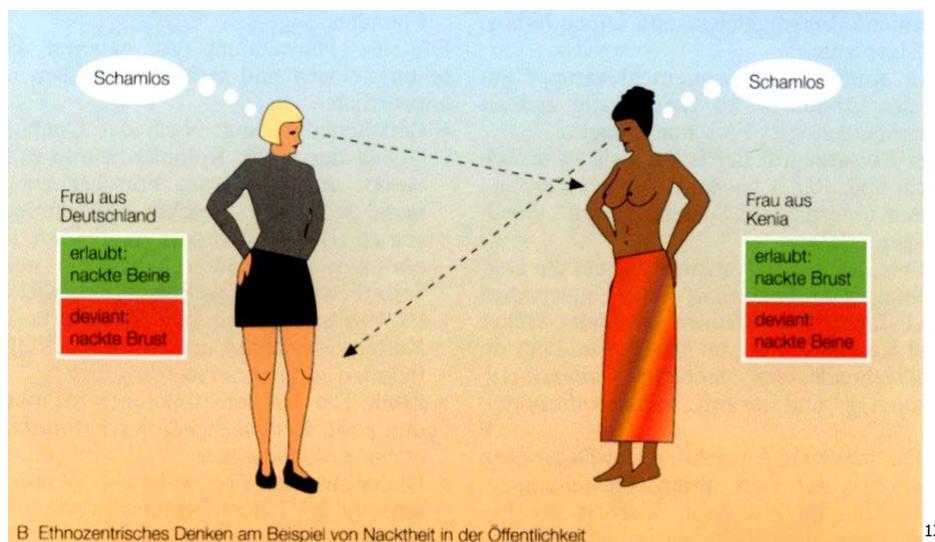
¹⁰ Dieter Haller/Bernd Rodekoher dtv – Atlas Ethnologie Deutscher Taschenbuchverlag 2005, S. 16

er davon aufnimmt und wie er es versteht¹¹. Zwischen Sender und Empfänger liegt eine Differenz. Diese wird über Kommunikation und Anschlusshandlungen gelöst oder verstärkt.

Gerade in der interkulturellen Arbeit ist kommunikative Kompetenz der Professionellen gefragt, um kommunikative Anschlusshandlungen folgen zu lassen. Sprachfähigkeit und das Wissen über Gestik und nonverbale Bedeutungssysteme, über geschlechts- und milieuspezifische Kommunikationsstile und die ihnen zugrunde liegenden Regeln, sind Voraussetzungen.

Grundvoraussetzung dafür ist ein Interesse an Informationen und Wissen über ethnische Unterschiede, um Angehörige einer Kultur in ihrem Denken, Fühlen und Handeln besser verstehen zu können. Kommunikation wird dann zum Problem, wenn die Bedeutungssysteme nicht geteilt werden können und wenn daraus Missverständnisse erwachsen. Zwar kann über Verstehen und Nichtverstehen kommuniziert werden, jedoch bleibt eine Differenz bestehen. Diese gilt es auszuhalten, denn kein Mensch ist dem anderen gleich. Ziel der interkulturellen Kommunikation und Kompetenz ist darum die Verbindung von Einheit und Differenz. Sie setzt nicht auf Gleichheit, sondern auf Gleichwertigkeit¹².

Den Raum dafür bietet die Transkulturelle Beziehung.



2.4 Transkulturelle Beziehung in der Pflege

Der Begriff „Transkulturelle Pflege“ wurde von M. Leininger¹⁴ entwickelt und bezieht sich auf den klassischen Kulturbegriff, der häufig auch als Containermodell bezeichnet wird. Die heutigen Pflegewissenschaftler definieren Kultur eher aus systemischer Sichtweise. Es steht bei ihnen nicht die „Kultur“ im Zentrum, sondern die „Auseinandersetzung mit eigenen soziokulturellen Werthaltungen und Hintergründen, bzw. Bewusstmachung der eigenen Subjektivität, welche die transkulturelle Begegnung beeinflussen und prägen¹⁵.“

Ziel der Transkulturalität ist es, über unterschiedliche Lebenswelten und soziokulturelle Prägungen hinweg eine Verständigung zu ermöglichen. Die dazu benötigte Kompetenz stützt sich auf drei Pfeiler:

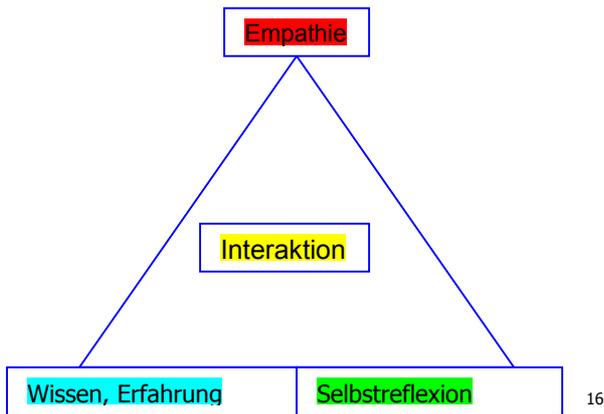
¹¹ Kommunikationslehre von Watzlawick und Schulz von Thun

¹² Tilly Miller, a. a. O., S. 56/57

¹³ Dieter Haller/Bernd Rodekohl, dtv – Atlas Ethnologie, Deutscher Taschenbuchverlag 2005, S. 16

¹⁴ Amerikanische Pflegewissenschaftlerin und Ethnologin, deren erstes Werk über Transkulturelle Pflege 1970 erschien.

¹⁵ Dagmar Domenig, a. a. O., S. 145



2.5. Praktisches Fallbeispiel

Um einen Bezug zur transkulturellen Arbeit herzustellen, folgt nun ein Beispiel aus dem Arbeitsalltag:

Eine junge Kosovo-Albanerin mit ihrer Mutter und Schwester erscheint wegen unklarer Bauchschmerzen bei uns auf dem Notfall. Nach gründlicher chirurgischer Abklärung, bei der nichts gefunden wurde, soll sie in die Gynäkologie gebracht werden. Der Arzt hatte bereits mit der Mutter gesprochen, aber als ich ihr erkläre, wo es hingehen soll, reagiert sie mit Unverständnis. Noch ein Arzt, dass sei nicht nötig. Ich rufe den Arzt an, der aber mittlerweile bei anderen Patienten ist und auf die Überweisung besteht. Er habe alles mit der Mutter besprochen, die sei einverstanden gewesen. Ich nehme mir Zeit und versuche herauszufinden, wo das Problem liegt. Die Mutter erklärt mir nach einigem Zögern mit flüsternder Stimme, dass ihre Tochter noch nicht verheiratet sei und deshalb kein Gynäkologe sie untersuchen dürfe. Endlich verstehe ich und erkläre, dass es dort viele Frauenärztinnen gäbe, ich ausserdem die dortige Pflegefachfrau von der Situation informieren und dort solche Situationen häufig gelöst würden. Die albanische Mutter vertraut mir, wir können uns endlich auf den Weg machen. Unterwegs werde ich freundlich gefragt, ob ich nicht für sie Arbeit bei den Putzfrauen finden könnte?!

3. Spezieller theoretischer Teil

Zum besseren Verständnis der Kosovo-Albanerinnen möchte ich einen kurzen Überblick über die geschichtlichen und politischen Hintergründe geben. Danach soll die Rolle der Frau in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen erklärt werden, sowie die Hintergründe und Probleme der Migration in die Schweiz.

3.1. Geschichte der Kosovo-Albaner

Das Kosovo wurde schon viele tausend Jahre vor Christi besiedelt.

1000 v. Chr. siedelten sich die Illyrer an, auf deren Abstammung sich die Kosovo-Albaner oft beziehen. Sie bildeten im 4. Jahrhundert (Jh.) vor Christi ein Königreich, welches 33 v. Chr. von den Römern abgelöst wurde. Die Serben kamen Anfang des 6. Jh. n. Chr. in den Balkan, herrschten ab dem 9. Jh.

1389 kam es zur legendären Schlacht auf dem Amselfeld, wonach die Türken ihr Osmanisches Reich bis 1878 aufrechterhielten. Die Serben wurden in die Region um Belgrad abgedrängt, ins Kosovo drangen mehrheitlich Albaner ein. Aus dieser langen Zeit stammt die Islamisierung des albanischen Volkes, wodurch ihnen eine gewisse kulturelle und administrative Freiheit zugestanden wurde.

Nach dem Verdrängen der Türken, später nach dem Balkankrieg und erneut nach dem 2. Weltkrieg entschieden die europäischen Grossmächte über die Zugehörigkeit des Kosovos zugunsten Serbiens. Die albanische Bevölkerung im Kosovo verlor jedes Mal an Rechten in Form von Verboten

¹⁶ Dagmar Domenig, a. a. O., S. 148

der Sprache, Agrarreformen und Umsiedlungen. Erst 1974 wurde es von Tito den anderen jugoslawischen Teilrepubliken nahezu gleichgestellt.

1980 begannen mit dem Tod Titos die Schwierigkeiten durch das Unabhängigkeitsstreben der Albaner erneut, es kam zu Massenprotesten durch Studenten in Prishtina.

1989 wurde die Autonomie des Kosovo durch Milosevic aufgehoben, was zu Protesten und Flucht von vielen Bewohnern nach Westeuropa führte.

1990 begann der Unabhängigkeitskampf der Kosovo-Albaner mit Ausrufung der „Republik Kosova“, das allerdings auf Gegenwehr der Serben und Nichtanerkennung der internationalen Gemeinschaft stiess. Es führte zu grossen Entlassungswellen von albanischen Akademikern, Schulen wurden geschlossen, Praxen nur unter grosser Kontrolle die Arbeit ermöglicht, das Rechtswesen unter serbischer Kontrolle gestellt.

1998 eskalierten die Auseinandersetzungen: Serbische Sonderpolizeieinheiten griffen Dörfer an und töteten ganze Familien. Schätzungsweise wurden 350.000 Menschen vertrieben.

1999 im Frühjahr begann die die NATO mit Luftangriffen gegen militärische Ziele in Gesamt-Jugoslawien. Es kam zu Massenvertreibungen der albanischen Bevölkerung durch die Serben.

Im Juni besetzten KFOR-Truppen den Kosovo, der Krieg wurde beendet, die UCK entwaffnet. Das Kosovo steht seitdem unter der Kontrolle der Vereinten Nationen und wird von der Demokratischen Liga Kosovos (LDK) unter Präsident Ibrahim Rugova regiert. Dieser verstarb Anfang **2006**.

Religion

Die meisten Kosovo-Albaner gehören dem sunnitischen Islam an, einer gemässigten Form. Daneben hat die katholische Kirche traditionell ebenfalls Raum, sowie die orthodoxe Kirche.

Der Kanun – das albanische Gewohnheitsrecht

Es besteht aus 12 Büchern, die Verhaltensregeln des familiären und gesellschaftlichen Zusammenlebens enthalten, die jahrhundertlang von Generation zu Generation weitergegeben wurden. Sie prägen bis in die heutige Zeit die albanische Gesellschaft, wobei besonders die Rechtlosigkeit der Frauen und die Blutrache für uns nur schwer nachvollziehbar sind.

Gesellschaft

Der Familienverband spielt eine sehr grosse Rolle im Leben der Albaner, ohne die die sozialen Probleme sicher nicht hätten bewältigt werden können. Ebenso die Gastfreundschaft.

Die sicherlich berühmteste Albanerin ist Mutter Theresa, die aus Skopje stammt. Obwohl Frau, albanisch und katholisch gelang ihr ein sehr ungewöhnlicher Lebensweg.

3.2. Die Rolle der Frau in der Kosovo-albanischen Gesellschaft

Die Rolle der Frau ist eng verknüpft mit dem Kanun¹⁷:

Der Status der Frau ist nach der Tradition niedriger als der des Mannes. Sie gehört lebenslang der Herkunftsfamilie an. Dorthin kehrt sie auch zurück, wenn sie kinderlose Witwe, geschieden wurde oder sich nicht entsprechend der von der Tradition vorgesehenen Rolle benimmt. Das Gebären von Söhnen und die Arbeit im Haushalt des Ehemannes verschaffen der Frau die grundsätzliche Berechtigung, im fremden Haushalt zu leben. Der Kanun drückt das unverblümt folgendermassen aus:

Sie ist die Shakuli (Schlauch), in dem die Ware transportiert wird, d. h. sie ist dazu bestimmt, die Kinder eines fremdes Mannes (d. h. eines nicht Blutsverwandten) zu tragen, sonst aber, dem Blute nach, gehört sie zu ihrem Elternhaus, wohin sie als (kinderlose) Witwe wieder zurückkehrt.

Männer entscheiden in Haushaltsangelegenheiten und sind für das Familienbudget verantwortlich. Nach den Normen des Gewohnheitsrechts sind die Mädchen vollständig von ihren Eltern und die

¹⁷ Folgendes sind Auszüge und kurze Zusammenfassung aus dem Bericht der Schweizerischen Flüchtlingshilfe vom Nov. 2004

Frauen von ihren Männern abhängig. Selbst erwerbstätige und als emanzipiert geltende Frauen halten zu Hause die Rollenteilung und die traditionellen Verhaltensregeln für weibliche Familienmitglieder ein.

Den Einschränkungen, denen Frauen innerhalb des patriarchalen Systems unterworfen sind, stehen umgekehrt Solidarität und Unterstützung durch die eigene Familie gegenüber. Diese beinhaltet z. B. das Recht, notfalls in den Haushalt der Eltern zurückkehren zu dürfen. Die Unterstützung der Herkunftsfamilie gilt, solange sich die Frauen innerhalb der für sie vorgesehenen Rolle bewegen. Ist das nicht mehr der Fall, droht die Statuslosigkeit.

Die Eheschliessung muss auch heute noch von der Familie gebilligt werden. Standesamtliche Registrierung ist dabei nicht wichtig und wird oft erst bei Eintritt einer Schwangerschaft (Ziel: Geburt eines Sohnes) vorgenommen. Die Scheidungsraten sind tief; dies liegt zum Teil an der Abhängigkeit der Frauen und ihrem Ansehensverlust. Wenn, dann geht die Initiative von den Männern aus. Die Kinder sind oft in der Herkunftsfamilie (fremdes Blut) nicht erwünscht und die Frau kann gedrängt werden, sich schnell wieder zu verheiraten, meist mit einem älteren und verwitweten Mann.

Frauen sind zudem nicht erbberechtigt, selbst wenn das jugoslawische Recht dies anders vorsieht. Die Ehre der Frau ist Bestandteil der Ehre des Mannes, d. h. seine Ehre hängt unmittelbar von dem Verhalten der ihm anvertrauten Ehefrauen, Schwestern, Töchter ab (Virginität, Treue, Schamhaftigkeit). Er schuldet ihnen Schutz. Übergriffe auf die Frauen bedeuten nach dem Konzept die denkbar schwerste Verletzung der Ehre des Mannes.

Für uneheliche Kinder und ihre Mütter gibt es keinen Platz in der Gesellschaft, aussereheliche Beziehungen werden nicht geduldet. Somit sind die Vergewaltigungen während des Konfliktes 98/99 und die daraus entstandenen Schwangerschaften/Kinder ein grosses Tabu. Kaum eine der Frauen war je bereit, über dieses Trauma zu sprechen, denn die Sichtweise „Opfer“ ist der Kosovo-Albanischen Gesellschaft fremd.

Der Krieg hat die innerfamiliäre Gewalt nicht gemindert, sondern verstärkt. Unterstützt vom Kanun, der Armut, Nachkriegsmigration, traumatische Störungen, ist sie im heutigen Kosovo ein grosses Problem. Aufgrund dieser benachteiligten Position der Frau in der kosovo-albanischen Gesellschaft gehören vor allem alleinstehende Frauen laut der schweizerischen Flüchtlingshilfe zu den verletzlichsten Gruppen.

Die Frauen waren laut Dr. Xhevat Hasani über all die schweren Zeiten die Säule der albanischen Gesellschaft. Der Preis für den Erhalt der Kultur war ihre Aufopferung zugunsten der Kollektivität. „Die relativ patriarchale Erziehung der Albaner im Kosovo und den anderen Gebieten des ehemaligen Jugoslawiens ist eine Folge des historischen Vakuums in der Entwicklung der albanischen Gesellschaft während Jahrhunderten und besonders eine Folge der politischen, aber auch der Erziehungs- und Bildungsebene sowie der Unterdrückung, die die Albanerinnen im ehemaligen Jugoslawien erlebten. Dass die Albanerinnen Ausbildungsmöglichkeiten sehr ernst nahmen, zeigt am deutlichsten die Universität Prishtina in den Jahren 1970-1990.“¹⁸

3.3. Das Gesundheitswesen im Kosovo¹⁹

Kurz zusammengefasst lässt sich sagen, dass abgesehen von der Zeit zwischen 1970-1990 die Menschen einen erschwerten bis überhaupt keinen Zugang zum staatlichen Gesundheitswesen hatten. Somit fand die Pflege und auch Behandlung in der Familie statt. „Es wurden traditionelle oder religiöse Heilmethoden, Volksmedizin und andere Rituale eingesetzt. Körperliche und seelische Krankheiten wurden hauptsächlich als „Urteil Gottes“ verstanden“²⁰.

¹⁸ Dr. Xhevat Hasani, Das Gesundheitswesen Kosovos, Schweizerisches Arbeiterhilfswerk, SAH 2000, S. 28

¹⁹ Der folgende Abschnitt stammt sinngemäss aus dem Buch von Dr. Xhevat Hasani.

²⁰ Dr. Xhevat Hasani, S. 16, S. 70

Bis 1970 war die Kindersterblichkeit hoch, Impfungen relativ unüblich. Trotzdem gab es sehr alte Menschen, die nie in ihrem Leben Kontakt mit dem offiziellen Gesundheitssystem hatten. Beide Altersgruppen wurden sehr geschätzt, alte Menschen pflegte man mit Hingabe in der Familie. Frauen wurden hauptsächlich von Töchtern, sehr selten vom Sohn, von der Schwiegermutter, Schwester, Mutter und in Ausnahmefällen vom eigenen Mann gepflegt. Die Intimpflege nahm die Patientin selber vor, ansonsten kam ihr die Schwester, Mutter oder Tochter zur Hilfe.

„In der albanischen Familie wurde die kranke Frau wie die anderen Angehörigen mit bevorzugter Pflege versorgt, wie bessere Ernährung, Hygiene, Schlaf, Unterbrechung aller Haushaltspflichten, Behandlung mit Volksmedizin und -medikamenten, Vollzug verschiedener Rituale und Gewährung von Ressourcen auf psychologischer Ebene (durch Hoffnung erweckende Gespräche oder Loben ihrer positiven Eigenschaften, wie gutes Benehmen, Sauberkeit, Betonung ihrer persönlichen Fähigkeiten und ihrer Schönheit usw.²¹.“ Kopfweg, Erkältungen wurden einfach überstanden, weil die Frau die Last der Familienversorgung trug.

Traditionell arbeitete die Frau bis zum letzten Tag ihrer Schwangerschaft; die Geburt erfolgte zu Hause, wobei andere Hausfrauen halfen. Nur in komplizierten Fällen kam eine meistens ältere, erfahrene Frau; Todesfälle oder Komplikationen waren keine Seltenheit. Mutterschaftsurlaub gab es für 40 Tage, an denen sie nur ihr Neugeborenes zu stillen hatte. Starb eine Frau, wurde sie zur heiligen Frau oder Märtyrerin, mit der Hoffnung, dass sie in der anderen Welt ein privilegiertes Leben führen würden. Abtreibungen mit den bekannten Komplikationen wurden trotz Verbots durchgeführt.

Behinderte und psychisch Erkrankte wurden zu Hause betreut. Nur in den seltensten Fällen kamen sie in ein „Irrenhaus“, wobei diese einen schlechten Ruf genossen. Behinderung wurde als „Strafe Gottes“, gesehen. Bei verschiedenen psychischen Erkrankungen glaubte man an den „bösen Blick“ oder „Verhexung“, mit entsprechenden Ritualen, die es auszuführen galt. Allerdings wurde den Patienten maximale Toleranz der Gesellschaft entgegen gebracht.

Zwischen 1970 und 1990 verbesserte sich die Gesundheitsversorgung sehr; es wurden viele Kliniken gebaut, albanisch sprechendes Personal stand zur Verfügung. Ambulanzen und Praxen wurden in den entlegenen Dörfern eingerichtet. Zwar standen sehr teure moderne Untersuchungen nicht jedermann zu Verfügung, aber die Bevölkerung nutzte die moderne Gesundheitsversorgung trotz niedrigen Bildungsstandes schnell. Dies führte zu einer Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Struktur Kosovos.

Nach Aberkennung der Autonomie 1990 fiel das Land zurück in die Zeit vor 1970, die Behandlung und Pflege wurde wieder in die Familie zurückverlegt. Lange Zeit funktionierte noch ein paralleles Gesundheitssystem durch albanische Ärzte. Diese arbeiteten unter strengen Auflagen und später, als die politische Situation eskalierte, auch unter Lebensbedrohung. Zudem verloren viele Albaner ihre Arbeitsstellen im Gesundheitswesen, die dann von Serben ausgefüllt wurden. Diese arbeiteten oft mit der Geheimpolizei zusammen, was zu schweren Vertrauenseinbrüchen führte.

„Die Angst und Aversion gegenüber den Gesundheitsinstitutionen, die von den Serben kontrolliert waren, wurde noch viel grösser nach dem Vorfall im Jahre 1990, als ca. 7000 albanische Kinder „behandelt“ wurden, die in den Mittel- und Primarschulen vom serbischen Geheimdienst mit der chemischen Substanz Sarin vergiftet wurden. Gleich wie im Jahre 1981 half das serbische medizinische Personal in seiner chauvinistischen Haltung den Kindern nicht, sondern es nannte die vergifteten Kinder auch noch „Schauspieler“ und das albanische medizinische Personal wurde als „Helfershelfer“ des „albanischen Nationalismus“ denunziert.²²“

Es kam zu Migrationswellen in den Westen, die erste um 1990, die zweite dann 1998/1999. Daher stammen unsere heutigen Patienten in der Schweiz.

²¹ Dr. Xhevat Hasani, S. 30

²² Dr. Xhevat Hasani, a. a. O. ,S.70 ,

3.4. Migration

Migration bedeutet nicht nur ein örtlicher Wechsel, sondern auch das Zusammentreffen von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen und sozialen Hintergründen. Dies führt zu individuellen sozialen, politischen, rechtlichen und ökonomischen Problemen und damit zu sozialen und ethnischen Spannungen. Dies umso mehr, wenn Gesellschaft und Politik nicht auf die Folgen vorbereitet sind oder diese nicht antizipiert haben.²³

Für die transnationalen Wanderbewegungen von Menschen gibt es verschiedene Gründe: Zum Beispiel Arbeitsmigration, Familiennachzug, Asylmigration, Heiratsmigration, Rentnermigration, Tourismus. Einige Faktoren sind allen gemeinsam:

1. Es braucht Finanzmittel und Wissen, also emigrieren selten die Ärmsten eines Landes.
2. Der zwischenstaatlichen Wanderung geht oft eine Land–Stadtwanderung voraus.
3. Vernetzungsprinzip: Emigriert wird dorthin, wo es bereits Landsleute gibt²⁴.

Am Anfang der kosovo-albanischen Migration stand die Arbeitsmigration Ende der sechziger Jahre in die Schweiz. Es waren Männer, die zu tiefsten Löhnen, ohne aufzufallen oder sich zu integrieren hier arbeiteten und lebten. Ziel war, im Kosovo die Grossfamilie zu unterstützen, ein Haus zu bauen und den Kindern eine gute Ausbildung zu ermöglichen. Die Frauen und Kinder blieben meistens unter der Aufsicht der Grossfamilie auf dem Land, der Vater kam einmal im Jahr zu Besuch mit vielen Geschenken ausgestattet. Auch als nach Jahren die Möglichkeit des Familiennachzugs bestand, taten sie dies sehr selten. Ihr emotionaler Mittelpunkt blieb weiterhin im Kosovo.

1981 nach den Unruhen in Kosovo flüchteten vor allem Studenten mit einem hohen Bildungsstand in die Schweiz; sie holten in der Regel ihre den Repressionen ausgesetzten Familien nach.

Bis Mitte der 80er galten Jugoslawen in der Schweiz als „gute Ausländer“, dann aber änderte sich die öffentliche Meinung. 1989 wurde die politische Autonomie des Kosovo aufgehoben. Verunsichert durch die dort zunehmende Gewalt und den wirtschaftlichen, politischen und sozialen Repressionen liessen viele Arbeitsemigranten mit einer Jahresaufenthaltsbewilligung ihre Familien nachziehen. Auf diesen Umzug waren die wenigsten Familien vorbereitet. Ohne Sprachkenntnisse, mit mangelnder oder fehlender Schulbildung und beruflichen Aussichten in der Schweiz, waren die sozialen Umstände schwierig. Ziel der meisten kosovo-albanischen Familien blieb die Rückkehr in die Heimat, so dass kaum bis keine Integrationsbemühungen unternommen wurden.

Die zweite Einwanderungswelle folgte Anfang der neunziger Jahre, mehrheitlich waren dies junge Deserteure. Nun änderte sich die öffentliche Meinung über diese Volksgruppe in der Schweiz. Man begann sie als Kosovo-Albaner wahrzunehmen, die häufig kriminell und im Drogenhandel tätig waren, woran die Presse einen grossen Anteil hatte.

1998 lebten 14500 Personen mit einem negativen Asylbescheid in der Schweiz und man begann, vor allem die straffälligen und sozial auffälligen Personen auszuschaffen²⁵.“ Allerdings eskalierte die politische Situation im Kosovo, der Krieg begann.

Die albanische Bevölkerung in der Schweiz stieg von deutlich unter 10.000 Personen im Jahr 1970 auf über 150.000. Neben Asylmigration war der auf Rechtsansprüchen bestehende Familiennachzug die einzige Form der Migration. Die Schweizer Öffentlichkeit stand dieser Wanderbewegung misstrauisch gegenüber, denn sie fiel ungünstigerweise in die Zeit der schweren Rezessionen in den 90er und dem Zerplatzen der Aktienblase 2001. Am unteren Ende der Arbeitskräfte stehend, leben heute viele Kosovo-Albaner von der Sozialhilfe oder sind aufgrund jahrelanger harter Arbeit im Baugewerbe krank oder IV-Rentner²⁶.

²³ Marianne Bärlocher/Raphael Gagaut: Zwischen Vorurteil und Realität, Diplomarbeit Mai 1998, S. 36

²⁴ Domenig, Dagmar, a. a. O., S. 49

²⁵ Marianne Bärlocher/Raphael Gagaut: Zwischen Vorurteil und Realität, Diplomarbeit Mai 1998, S. 38

²⁶ Hans-Peter von Aarburg, Wenn der Überlebenskampf die Gesundheit gefährdet, Krankenpflege 6, 2002 Artikel Krankenpflege, S. 15/16

Der Familiennachzug brachte grosse Veränderungen. Kannten die Kinder bislang den Vater nur von jährlichen Besuchen und als reichen Mann, erlebten sie ihn in der Schweiz in einer anderen Realität. Das Gehalt reichte plötzlich kaum zur Ernährung der kinderreichen Familie, zudem kamen noch die Folgekosten für Gesundheit und Schule dazu. Der Wohnraum war beengt, in den Zeiten der politischen Unruhen lebten nicht selten auch noch die Grosseltern und andere Verwandte in der Wohnung. War früher der Kontakt zu den Schweizern minimal gewesen, vergrösserten sich die Kontaktflächen, z. B. durch Schulbesuche.

„Frau und Kinder, die zu Hause traditionell lebten und der Autorität des Grossvaters unterworfen waren, sind nun in einer völlig anderen, aus der Sicht der Albaner verderblichen Umgebung... Insbesondere die Vater-Tochter-Beziehung ist grössten Spannungen ausgesetzt. Während das Mädchen sich integrieren und zaghaft emanzipieren will, versucht der Vater verzweifelt und nicht selten mit Gewalt ein Regime aufrecht zu erhalten, wie es in der Heimat üblich ist²⁷.“ In der Schweiz wurde die Freiheit vor allem für die Frauen stark eingeschränkt. Ihnen fehlten die weiblichen Kontakte, sie blieben in der Wohnung, isoliert nach innen und aussen. Dazu kamen die Belastungen aus dem Kriegsgeschehen, das Heimweh und das erklärte Ziel, zurück in die Heimat zu wollen. Dieses Ziel wurde auch vom Schweizer Staat unterstützt.

3.5. Die Situation im Kosovo heute

Trotz politischen Veränderungen hat das Kosovo keine Selbständigkeit. Wirtschaftlich und strukturell sind die Aussichten schwierig. Die Arbeitslosigkeit im Kosovo beträgt 50-60 %. Nach Angaben der Weltbank leben 37 % der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze (Einkommen \leq 1,37 €/Tag) und 15 % unterhalb extremer Armut (Einkommen \leq 0,93 €/Tag).

Die Infrastruktur, der industrielle Sektor sind schwach, das Land hängt im hohen Mass von Finanzzuflüssen von aussen (Hilfsgelder, Überweisungen der Gastarbeiter) ab. Letztere sind höher als die erwirtschafteten Werte im Kosovo²⁸.

Eine Rückkehr hat sich aus diesen Gründen für viele entweder verzögert oder ist keine Option. Trotzdem bleibt das Heimweh, der Traum der Rückkehr. Häufig sind es dann die Kinder, die solches endgültig unmöglich machen, weil sie hier in die Schule gehen, eine Lehre machen oder mehr Möglichkeiten in der Schweiz haben.

3.6. Die Geschichte einer Migrantin

Um dem theoretischen Teil ein persönlicheres Gesicht zu geben, nachfolgend der Bericht von Besa aus meinen Gesprächnotizen:

Gespräch mit Besa (2005 und März 2006)

Besa kam mit ihrem Ehemann und drei Kindern vor 15 Jahren aus dem Kosovo in die Schweiz. Dort hatte sie als Sekretärin auf dem Gericht gearbeitet, ihr Mann war Maschinenbauingenieur in der Autozuliefererindustrie. Sie gehörten im Kosovo der Mittelschicht an. Besa entstammt einer ärmeren Familie, der Vater war Lehrer. Ihre Eltern leben noch heute dort. Besas Mann musste das Land 1990 verlassen, weil er sich regimekritisch geäussert hatte und dadurch seine Arbeit verlor. Besa folgte ihrem Mann mit den Kindern, der Jüngste 3 Monate alt, in die Schweiz. Dort kamen sie zuerst nach Genf, wo sie 14 Tage in einem Zivilschutzbunker unter der Erde leben mussten, die Männer getrennt von den Frauen (auch ihr ältester Sohn galt mit 10 Jahren als Mann). Sie lebten mit vielen Afrikanern zusammen, die Kinder sahen Schwarze das erste Mal, Konflikte gab es zahlreiche. Tagsüber mussten sie die Unterkunft verlassen, konnten in einem bezeichneten Restaurant essen und sich den Rest des Tages draussen die Zeit vertreiben. Sie hatten Asyl beantragt.

Nach 14 Tagen zogen sie in eine Baracke direkt neben der Landebahn (ein Flieger alle 5 Min.) um. Sie wollte sofort wieder zurück nach Hause. Besa erfuhr später durch ihren Vater, dass auch ihre Arbeitsstelle verloren war und man vor seinen Augen alle ihre Dokumente vernichtet hatte. Der Weg zurück nach Kosovo war versperrt, denn wer Asyl beantragt, verpflichtet sich neun Jahre lang nicht in sein Land zurückzukehren. Zudem drohte bereits der Krieg.

²⁷ N. Boskovska, Jugoslawien in der Schweiz, Schweizerische Ärztezeitung 2000, 81: Nr. 47

²⁸ Wikipedia <http://de.wikipedia.org/wiki/Kosovo>)

Nach drei weiteren Wochen kamen sie nach Winterthur, wo sie sich eine 3-Zimmer-Wohnung in Oberseen mit einer anderen albanischen Familie teilen mussten. Obwohl dies eine Verbesserung für die Familie bedeutete, begann eine schwierige Zeit. Viele Nachbarn schauten sie „mit Blicken“ an, machten Fotos wenn sie von MIGROS mit vollen Einkaufstüten kamen, um sich bei der Stadt über die Geldverschwendung zu beschweren. Mit der Abwartin verstand sie sich anfangs gut bis sie entdeckte, dass die Frau hinter ihrem Rücken die Nachbarn aufwiegelte. Besa wurde so wütend, dass sie das geliehene Kinderbett der Frau oben aus dem Fenster warf, während alle anderen zuschauten. Ein bitteres Ende nahm diese Übergangszeit durch den Grillunfall ihres Sohnes, dem ein langer Aufenthalt in der Kinderklinik Zürich folgte. Die Beteiligung des Abwärts wurde nie gerichtlich geklärt, seine Entschuldigung nur ausgesprochen, aber später zurückgenommen. Durch diverse temporäre Arbeitstellen ihres Mannes verbesserte sich die finanzielle Situation der Familie. Als 2000 beim Aufsuchen der Notaufnahme ein metastasierendes Lungenkarzinom festgestellt wurde, er hatte 3-4 Päckchen pro Tag geraucht und seine Mutter war daran ebenfalls verstorben, pflegte Besa ihren Mann noch 14 Monate. Daneben musste sie auch noch den Schwiegervater mit Prostatakarzinom pflegen, arbeiten gehen und den Haushalt machen. 2001 verstarb ihr Mann.

Nun lebt sie alleine in Winterthur von einer Witwenrente und kleineren Jobs, ihr jüngster Sohn beginnt im Sommer 2006 seine Lehre, die Tochter arbeitet bei Siemens und lebt alleine. Der Älteste musste zurück in den Kosovo, seine Frau pflegt nun den alten Mann dort. Besa wartet auf ihren beantragten Schweizer Pass.

4. Hintergrundwissen über die Kosovo-Albanerinnen, spezifisch für den Notfall

Die folgenden Informationen stammen aus Gesprächen (Januar 2005 bis heute):

F. arbeitet als Betreuerin im Frauenhaus, Putzfrau, kulturelle Vermittlerin, Übersetzerin.

B. lebt von Witwenrente und betreut kosovo-albanische Familien.

F. ist Schweizerin, verheiratet mit einem Kosovo-Albaner, engagiert im albanischen Frauenverein und URAT.

E. ist Schweizerin betreut verschiedene Familien.

Fr. B. leitet die URAT-Arbeit der CARITAS Zürich.

Und diversen anderen Frauen aus der URAT-Arbeit von CARITAS Zürich.

4.1. Das Leben der Kosovo-Albanischen Frau in der Schweiz

Der Aufgabenbereich der Frau ist der Haushalt und die Kinder, für diese Arbeit ist sie rund um die Uhr zuständig, selbst wenn sie nebenher arbeiten geht. Die Sauberkeit innerhalb des Wohnbereichs ist dabei von grosser Wichtigkeit. Hinzu kommen noch die Pflege von Angehörigen, wie den Schwiegereltern oder Grosseltern, falls sie in der Schweiz wohnen. Diese Aufgabe wird von den Frauen der Familie sehr kompetent ausgeführt.

Winterliche Besuche der Eltern aus dem Kosovo bis zu drei Monaten, die dann in denselben Wohnungen leben, sind häufig anzutreffen. Oft wohnen die jungen Familien noch bei ihren Schwiegereltern, was Kosten spart und die Kinderbetreuung sichert, während das Ehepaar arbeiten geht. Geld ist ein Hauptthema der Frauen. Häufig haben sie mehrere kleine Jobs und nebenher selbstverständlich den Haushalt. Wenn nicht, dann sind sie zuständig für die Ernährung der erweiterten Familie, die Enkelkinder und die eigenen, die noch zu Hause leben.

Eigene Konten sind selten, das verdiente Geld fliesst auf das Konto des Ehemannes. Entweder bekommt sie Haushaltsgeld oder geht abends mit dem Ehemann zusammen einkaufen, der das Auto besitzt. Mobil sind die Frauen nicht. Wer die deutsche Sprache nicht beherrscht und kein eigenes Geld hat, für den ist selbst eine Busfahrt ein Abenteuer.

In der Schweiz wird das traditionelle Leben weitergeführt, manchmal sogar ausgeprägter als im Kosovo. Dort seien sie moderner, versicherte mir eine Frau des albanischen Frauenvereins. Kosovo-Albanerinnen legen grossen Wert auf Gastfreundschaft. So brauchen Besuche nicht angemeldet zu

werden, jeder wird zu jeder Tageszeit willkommen geheissen und bewirtet. Absagen sind unüblich und würden persönlich aufgefasst werden (ich bin nicht willkommen).

Freundinnen kommen meistens aus der eigenen erweiterten Familie, man trifft sich zum Kaffeetrinken und redet über familiäre Angelegenheiten. Die Frauen legen sehr hohen Wert auf die Ehre und das Ansehen der Familie nach aussen. Es ist unüblich, seine privaten Probleme mit Freundinnen auszutauschen; diese werden versteckt oder alleine in der engsten Familie geklärt. Eher vertraut sich eine Frau einer Fremden (z. B. Pflegefachfrau) an, meistens nur in aussichtslosen Situationen.

Im Gegensatz zu den Männern kennen die Frauen keine Vereine oder Treffpunkte. In Winterthur gibt es seit ein paar Jahren den Frauentreff URAT der Caritas, er wird von etwa 20 Frauen genutzt. Im Januar 2006 wurde der Albanische Frauenverein gegründet, dem etwa 30 Frauen angehören. Die Frauen seien schwer zu motivieren, erklärte mir eine engagierte Mitarbeiterin. Lieber sässen sie den ganzen Tag vor dem Fernseher, schauten sich albanische Programme an. Sie ist der Meinung, dass nach Geld und Gesundheitsthemen der Fernseher den grössten Raum einnehme, es sei wie eine Sucht. So findet sich immer ein laufender Fernseher in den Wohnungen, aber wenig bis keine Bücher.

Die albanische Informationsgesellschaft funktioniert meistens über Reden und Hören von Geschichten (Handys). Bilder sind ebenfalls ein gutes Medium, wie z. B. Fotogeschichten. Sportliche Betätigung ist unüblich; auch andere Massnahmen wie gesunde Ernährung, Gesundheitsvorsorge, entspannen oder spazieren gehen sind eher selten.

Albanische Frauen mit Deutschkenntnissen haben es leichter, sich öffentlich zu bewegen. Arbeitsstellen sind dadurch möglich, Elterntreffen ohne übersetzendes Kind und Arztbesuche. Trotzdem versteht eine hohe Anzahl von Frauen wenig bis kein Deutsch. Oft fehlt die Einsicht, das Mühe und Arbeit sich persönlich auszahlen, da ihre häusliche Leistung ohne Widerrede und Entgelt gefordert wird.

Häufig ist für Sprachkurse einer Frau kein Geld vorhanden. Viele Familien leben durch Arbeitslosigkeit der Männer am Rande des Existenzminimums; zudem wird noch die Grossfamilie im Kosovo unterstützt. Staatliche Unterstützung ist mit einem Arbeitsplatz und Behördengängen verknüpft, wird daher von den Frauen weniger genutzt.

Ein weiteres Hindernis ist das Analphabetentum. Im Kosovo sind knapp 20 % der Frauen zwischen 55 und 59 Jahren Analphabeten, ca. 60 % der Frauen zwischen 70-74 Jahre. So berichtete mir eine Deutschlehrerin, dass sie den Albanerinnen erst lesen und schreiben beibringen musste, bevor sie den Deutschunterricht fortsetzen konnte.

Als die Anfrage an URAT kam, gesunde albanische Männer für eine Studie zu gewinnen, stellten alle Betreuerinnen fest, dass sie keinen Einzigen kannten. Alle waren IV-Rentner, krank oder lebten von der Sozialhilfe. Letzteres ist nicht unbedingt erwünscht; so gibt es Familien in Winterthur, die leben von 700 SFR im Monat, weil sie nicht den Gang ins Sozialamt wagen. Es geht das Gerücht um, man müsse diese Gelder dem Sozialamt wieder zurückzahlen! Der Frauenverein berichtete mir, dass die Kosovo-Albanerinnen keine Ahnung haben, was Rente bedeute. Sie verstehen es als monatlichen Geldsegen, für den es bestimmter Bedingungen im Leben bedarf, um dazu zu gelangen. Dann träumen viele trotz aller wirtschaftlicher Probleme von der Rückkehr in den Kosovo. Diese Unsicherheit wirkt sich negativ auf das gesamte Familienverhalten und vor allem auf die Integrationsbemühungen aus.

Kosovo-Albanerinnen gelten nicht als integriert in der Schweiz; aber es gibt selbstverständlich Ausnahmen. Ihnen allen gemeinsam ist die Kenntnis der deutschen Sprache und der Erwerb der schweizer Staatsbürgerschaft. Unten ihnen habe ich äusserst engagierte Frauen kennen gelernt, die sich in keine klassische Rolle hineindrängen lassen. Häufig haben sie eine durch den Krieg geprägte

Lebensgeschichte, leiden unter den körperlichen Folgen und arbeiten in mehreren Jobs. Nebenher engagieren sie sich für ihre ehemaligen Landsfrauen, sind Kulturvermittlerinnen und Übersetzerinnen. Sie strahlen eine Energie aus, die ansteckend ist. Diese Frauen sehen wir eher selten auf dem Notfall, nur wenn es sein muss, wurde mir versichert.

Auszug aus der Geschichte einer Kosovo-Albanerin: *...Ja, alle waren nett zu uns, aber niemand wusste, wie es bei uns zu Hause aussah. Wir hielten es geheim. Dabei war ich verzweifelt. Ständig gab es Streit wegen Geld. Er schlug mich, lies mich nach seiner Pfeife tanzen und drangsalierte Uelrika. Ich glaubte längst nicht mehr daran, dass wir es zusammen schaffen konnten. Irgendwie, dachte ich, muss ich ihn verlassen. Irgendwann. Doch noch immer war unser Asylgesuch nicht genehmigt. Das war unser gemeinsames, grosses Ziel: die Anerkennung unseres Asyls; mein Mann, weil er sich den Traum vom eigenen Heim erfüllen wollte, ich, weil ich mit meinen Mädchen endlich frei sein wollte²⁹.*

4.2. Zahlen vom Notfall

Um die zahlenmässige Relevanz der Beschäftigung mit dem Thema zu unterstreichen, folgen Zahlen aus der ambulanten Notfall-Patientenerfassung sowie offizielle Zahlen aus Winterthur. Kosovo-Albanerinnen werden nicht als eigene Nationalität erfasst. Da sie zumeist islamischer Religion sind und Angehörige der Nationalitäten Jugoslawien/Albanien/Mazedonien, ist zumindest eine vorsichtige Deutung möglich. Winterthur hat einen Ausländeranteil von 23,6%. Nach vorsichtigen Schätzungen sind 7-8 % unserer ambulanten Notfallpatientinnen³⁰ kosovo-albanischer Herkunft. Diese Zahl enthält nicht die Häufigkeit der Fälle pro Person, sondern lediglich die einmalige Erfassung im HIS.

Die Angaben beziehen sich auf: Ambulante Patienten
 Zeitraum: Gesamte HIS-Datenerfassung (seit 2004)
 Zeitpunkt: 28.12.2005
 Quelle: Betriebswirt Martin Bär, Kantonsspital

Abfrage nach Konfessionen

reformiert	41 %
römisch-katholisch	23 %
ohne Konfession	16 %
islamisch	9,1 %
andere/diverse	10,9 %

Abfrage nach Nationalität

Gesamtmenge	145.441
Schweiz	108.465
Italien	7077
Jugoslawien	6067
Albanien	1295
Mazedonien	2631
Türkei	4434
Deutschland	2633
Portugal	1311
Österreich	893

²⁹ Hanife Gashi Mein Schmerz trägt deinen Namen, Rowohlt Verlag 2005 S.103

³⁰ Die gewählte Sprachform gilt selbstverständlich immer für beide Geschlechter

Bevölkerungszahlen aus „Winterthur in Zahlen 2005“

Quelle: Stadtentwicklung Winterthur, Fachstelle Statistik und Grundlagen

Zeitpunkt: Neuste Ausgabe 2005 (erhältlich seit 01.01.2006)

Das Winterthur eine Stadt mit jungen Menschen ist, verdeutlichen nachfolgende Zahlen:

Einwohner nach Altersklassen

0 - 19 Jahre	20,5 %
20 - 64 Jahre	63,7 %
65 - 79 Jahre	11,2 %
> 80 Jahre	4,7 %

Einwohner nach Konfession

Reformiert	39,8 %
Römisch-katholisch	28,2 %
ohne Konfession	14,1 %
übrige Konfessionen	14,1 %

Die Zahlen beruhen auf dem Jahr 2004, neuere Daten sind noch nicht verfügbar. Islamische Religionszugehörigkeit fliesst in den Wert „übrige Konfessionen“ ein. Genauere Angaben für das Jahr 2004 sind nicht erhältlich. Dennoch kann man gut erkennen, das Winterthur eine Stadt mit jungen Menschen ist. Nach Angaben des Albanischen Frauenvereins leben ungefähr 5000 Kosovo-Albanerinnen in der Stadt. Dieses ist eine Schätzung.

4.3. Die Kosovo-Albanerin auf dem Notfall

Die vielen anderen Frauen aber leben und arbeiten in ihrer Wohnung, schauen den kosovo-albanischen TV-Sender, hören schlechte Nachrichten aus der Heimat und wären am liebsten dort. Mit dem Kopf und der Seele im Kosovo, mit dem Körper in der Schweiz. Ferien gibt es wenig bis keine, der häusliche Arbeitstag ist lang. Kein eigenes Geld, keine Verständigungsmöglichkeiten, eventuell noch schwierige Familienverhältnisse, enger Wohnraum. Keine Möglichkeit, ihre Sorgen mitzuteilen und das Heimweh, können zu einer Zuspitzung der Ereignisse führen.

Kopfschmerzen und der daraus resultierende Besuch auf der Notfallstation sind eine mögliche Folge. Immer wieder wurde ich darauf hingewiesen, dass jene Frauen sich wirklich in einer Notsituation befinden. Kopfschmerzen können bedeuten: „Mir geht es nicht gut“, stehen für Überlastung, Müdigkeit, Sorgen, Angst, eheliche Probleme. Gewalt in den Familien ist vorhanden, das zeigen Frauenhäuser und Mädchenaufnahmeheime. Im Kosovo schlagen Männer ihre Frauen und Töchter, wenn sie sich ihrer Meinung nach nicht korrekt verhalten. F.³¹ erklärte mir, dass dabei auch häufig der Kopf getroffen würde, da so die Folgen nicht so leicht zu sehen seien.

Auslöser können auch viele depressive Gedanken sein, die dann in Kopfschmerzen münden. Oft nehmen sie Schmerzen oder Fieber während der Arbeit nicht wahr, erst abends wird das Symptom bemerkt und löst häufig Gedanken, es könnte etwas Schlimmes sein, aus. Nicht mobil, wenig bis keine Deutschkenntnisse und mit steigender Angst erscheinen sie dann abends im Notfall. Die festen Termine beim Hausarzt entsprechen nicht dem spontanen Verhalten der Kosovo-Albanerinnen. Im Kosovo gingen sie immer ins Spital. Der freie Zugang zum Notfall in der Schweiz wird sehr positiv wahrgenommen (nicht die Wartezeiten) ebenso die freundliche Behandlung des Pflegepersonals³².

Bei URAT erfuhr ich, dass alle betreuten Frauen in irgendeiner Form über Kopfschmerzen klagen, gefolgt von Rückenschmerzen. Bereits die Mütter und Grossmütter hätten früher darunter gelitten. Immer wieder wurde daraufhin gewiesen, dass das medizinische Wissen minimal ist und kleinste Abweichungen vom Gesundheitsgefühl grosse Ängste auslösen. Die Grossfamilie verstärkt diese Ängste häufig durch Geschichten von Fällen, die schlimm endeten.

³¹ F. arbeitet im Frauenhaus

³² Das Vertrauen ist das wichtigste“ Studie 2005 von Caritas Ost Fachstelle Gesundheit und Integration

Fieber ist ein anderes, Ängste auslösendes Symptom, das schnell an den Tod denken lässt. In der Vergangenheit starben häufig Kinder und Erwachsene an Krankheiten, in denen Fieber eine grosse Rolle spielte.

Eine weitere Erklärung: Oft sitzen die Frauen zusammen und erzählen sich ihre Krankengeschichten. Dann berichtet die eine von ihrem Herzinfarkt und ihren Schmerzen, der Atemnot. Die Zuhörer atmen mit, fragen „war so der Schmerz?“ In einer völlig anderen Situation wird sich an die Geschichte erinnert und schon denken sie, es wäre ebenfalls ein Herzinfarkt. Die Frauen hätten kein medizinisches Wissen, aber sehr viel Angst/Panik bei Symptomen, wurde mir erklärt.

Erwartet wird von den Frauen eine gute, schnelle Behandlung im Spital. Sie sind nicht gewohnt, einen aktiven Beitrag zur Genesung zu leisten, genauso wenig wie eine Entscheidung, welche Behandlung die bessere ist. Gewohnt, im Kosovo immer Spritzen zu bekommen, trauen sie Tabletten wenig Wirkung zu. Es hätte dort immer geholfen, es wären gute albanische Ärzte gewesen. Man hätte die Spritze bekommen und dann wäre alles wieder in Ordnung gewesen.

Wenn Medikamente, dann gilt folgende Maxime: Je teurer, desto besser! Und was der einen geholfen hat, kann auch der anderen helfen. („Sag deinem Arzt, du willst auch diese Tabletten.“) In den Familien wird sich über Krankheiten, Ärzte und Behandlungen häufig und ausgiebig ausgetauscht.

Da kuriert eine Frau ihren Hypertonus mit Pizza, obwohl sie bereits übergewichtig ist und lässt sich von ihrer schweizer Freundin nicht davon abbringen. Die Tabletten vom Hausarzt wandern in den Kübel, die taugen sowieso nichts und der wolle sie bloss loswerden! Eine mögliche Erklärung wäre die Information, dass früher die meisten Krankheiten zu Hause mit Lebensmitteln kuriert wurden. Da diese rar waren, bedeutete eine reichhaltige Mahlzeit eine Zuwendung besonderer Güte.

Die Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem im Kosovo waren bis auf die Zeit 1970-1990 eher negativ. Der ethnische Konflikt machte vor den Krankenhäusern keinen Halt: 1990 wurde dem albanischen Personal gekündigt. Gerüchte über Zwangssterilisationen und getötete Neugeborene, Zusammenarbeit des Personals während der Demonstrationen 1981 und 1990 mit dem Geheimdienst trugen nicht zur Vertrauensförderung bei. Viele haben nur während der Zeit zwischen 1970 und 1990 in ihrer Sprache mit einem Arzt sprechen können. Aber auch in der Schweiz fühlen sich die Frauen fremd, unverstanden und sind misstrauisch. All diese Erfahrungen summieren sich zu Schwierigkeiten im Gesundheitswesen.

Laut Dr. Hasani könnten folgende Probleme auftreten: „Konfrontation“ mit einer grossen Anzahl dieser Patientinnen³³:

Schwierigkeiten aufgrund des niedrigen Bildungsstandes.

Schwierigkeiten mit der Wahrnehmung der Institution Gesundheitswesen seitens der Betroffenen aufgrund des schlechten Zugangs zur westlichen Medizin in der Vergangenheit.

Probleme aufgrund der indifferenten Haltung gegenüber ihrer eigenen Gesundheit, da der Überlebenskampf andere Prioritäten setzte.

Schwierigkeiten mit der Problematik der Traumatisierung und der zeitlichen und örtlichen Desorientierung der Frauen. „Mit dem Körper befinden sie sich „jetzt und hier“ in der Schweiz, mit dem Kopf aber leben sie wie „damals und dort in Kosova“³⁴ .“

Sie beschreibt diese Patientinnen häufig als apathisch, blockiert, ohne eigene Initiative und einer dunklen, perspektivlosen Zukunft.

Sie weist speziell auf die Probleme bei Termineinhaltung und Orientierung im Gesundheitswesen hin. Besonders ältere Patientinnen mit tiefem Bildungsstand tolerieren nur schwer die Behandlung durch eine männliche Pflegekraft. Hinzu kommt, dass die meisten ständig psychisch überlastet sind

³³ Dr. Xhevat Hasani, a. a. O., S. 78/79

³⁴ In Albanisch endet Kosovo auf „a“, also Kosova. Anmerkung der Autorin.

und neben körperlich-organischen Krankheiten mit Problemen wie Schlaflosigkeit, Unsicherheit, Gewalt- und Angstneurosen, Alpträumen zu kämpfen haben.

5. Transkulturelle Handlungen auf dem Notfall

5.1. Der Fragebogen

Vieles ist nun gesagt worden aus Sicht der Kosovo-Albanerin, theoretisch und praktisch dargestellt. Die Gegenspieler sind die Pflegenden der Notfallstation. Um ihre Perspektive sichtbar zu machen, habe ich einen Fragebogen ausgeteilt, dessen Ergebnisse ich zusammengefasst vorstellen möchte. Von 26 Fragebogen kamen 16 ausgefüllt zurück. Es antworteten Kolleginnen, die sich selbst zwischen „kompetent Pflegende“ bis zum „Pflegeexperten“ einordneten.

Die Einschätzung der Kosovo-Albanischen Patientin von Seiten der Pflege

Für die meisten Kolleginnen gibt es unbeliebte Patientinnen. Es sind häufig aggressive, fordernde, unkooperative Verhaltensweisen bei Betrunknen, aber auch Patienten mit Bagatellproblemen, die den meisten Mühe bereiten. Gefühlsmässige Reaktionen der Pflegefachperson sind Ungeduld, Ärger bis hin zur Wut und Frustration. Kosovo-Albanerinnen gehören für die Hälfte der Kolleginnen manchmal zu dieser Patientengruppe, allerdings kommt es immer auf den Einzelfall an. Nach mündlicher Rücksprache konkretisierten die meisten die Situation: Das Zusammentreffen von Verständigungsproblemen und vielen Angehörigen mache es eigentlich erst anstrengend für beide Seiten.

Wenn genügend Zeit für alle Patienten vorhanden ist, sind auch Bagatellerkrankungen oder Patienten, die sich mal „durchchecken“ lassen wollen kein Problem. Bei hohem Arbeitsanfall wird es aber von vielen als sehr frustrierend und stressig erlebt, da sie dann weniger Zeit für ernstlich erkrankte Notfälle haben. Patientinnen, die für die meisten nicht auf den Notfall gehören, sind z. B. solche mit Schnupfen, Symptomen, die auch selbst zu Hause hätten mit einer Tablette behandelt werden können, die bereits morgens beim Hausarzt waren und sich nun wundern, das die Heilung noch immer auf sich warten lässt oder mit dem Wunsch nach einer zweiten Meinung.

Vorgehen der Pflege bei der Ersteinschätzung

Bei der Ersteinschätzung auf unserem Notfall³⁵ wird in kurzer Zeit eine Einordnung vorgenommen, die für die weitere Behandlung von Bedeutung ist. Hier entstehen auch in relativ kurzer Zeit die Missverständnisse zwischen beiden Seiten. Mich interessierte, wie die Einzelnen dabei vorgehen. Bis auf drei Kolleginnen brauchen alle einen Blick und mehrere Fragen. Bei der Übereinstimmung Ersteinschätzung/tatsächliche Diagnose schätzen sich fast alle zwischen 70 % und 80 % (oder "häufig") ein. Auch die Häufigkeit des Vorkommens solcher Fälle wird von mehrmals täglich bis häufig angegeben. Einige präzisieren dies noch auf ein vermehrtes abendliches oder nächtliches Auftreten.

Da wir Bezugspflege³⁶ anwenden, fängt im Behandlungszimmer die eigentliche pflegerische Beziehung an.

11 Kolleginnen verlassen sich bei der Entscheidung über die Form des Erstkontaktes und Einschätzung der Situation auf ihre Intuition und ein bestimmtes Frageschema, 5 wenden eine Kombination aus ABCD und eigenen Fragen an. Die meisten der Kolleginnen achten dabei auf den

³⁵ Die Ersteinschätzung wird durch eine Pflegefachfrau vorgenommen, die am Empfang die Koordination betreut. Sie hat die Anmeldung der Pat. vom Hausarzt o. Dienstarzt/Rettungsleitstelle vor sich, die bereits einige Angaben zum Einweisungsgrund enthält. Sie entscheidet durch ein Gespräch über die Dringlichkeit, wobei bei freien Räumen die Pat. sofort in ein Behandlungszimmer geschickt werden. Sie teilt der Pat. eine Pflegefachfrau zu und benachrichtigt den Arzt.

³⁶ Der Bezugpflegekontakt beginnt beim Abholen der Patientin aus dem Wartezimmer oder im Behandlungszimmer. Hier werden von der Pflegefachfrau die Daten und die Dringlichkeit per Vitalzeichen erfasst.

Gesichtsausdruck, gefolgt von Körperhaltung und verbalen Äusserungen. Zur Erstdiagnose gelangen fast alle zusätzlich über das ABCD-Schema.

5.2. Empfehlungen für die Begegnung mit Kosovo-Albanerinnen

Da der Erstkontakt immer den Ersteindruck seitens der Patientin prägt und sich auftretende Missverständnisse später nur schwer in ihrer Wahrnehmung korrigieren lassen, empfehle ich hier eine besondere Aufmerksamkeit.

Von Seiten der Pflege wird die Patientin nach Priorität eingestuft; laut Umfrage geht dies mit einem Blick und mehreren Fragen. Diese machen möglicherweise deutlich, dass keine hohe Dringlichkeitsstufe notwendig ist, im Gegenteil, die Symptome scheinen meistens lange zu bestehen, viele Frauen sind bereits beim Hausarzt in Behandlung. Fazit: Sie müssen warten. Trotz vielen Erklärens lässt sich die Einschätzung nicht vermitteln.

Unter Einbezug der in den vorigen Kapiteln beschriebenen Problempunkte sind sie Patientinnen, die trotz niedriger Prioritätenstufe einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen, um die Anfangssituation zu entschärfen. Wenn die Patientin auf dem Notfall erscheint, kommt sie bereits aus einer eskalierenden Situation, an der Angehörige und Patientin gleichermaßen beteiligt sind. Die Frau hat lange gewartet bis der Ehemann heimkommt, hat kein Schmerzmittel genommen. Sie ist in Panik, weil andere ihr durch Geschichten Angst gemacht haben. Sie kann das Symptom nicht einordnen und glaubt, dass sie etwas „Schlimmes“ hat.

Sie kommt aus einer Gewaltsituation, dies ist der momentane Ausweg vor noch mehr Schlägen. Sie ist überlastet und möchte ihrer Familie zeigen, dass sie nicht mehr kann oder will. Es ist äusserst selten, dass die Frau alleine auf der Notfallstation erscheint, eher sind ein bis mehrere Angehörige dabei. Sie führen das Gespräch, was in der kosovo-albanischen Kultur normal ist.

Praktisch kann das so aussehen:

Ist ein Zimmer frei, dann möglichst „zügig“ die Frau auf eine Trage legen, Blutdruck messen und die Vitalzeichen kontrollieren. Das geht im Fall einer übervollen Notaufnahme auch auf dem Flur. Dadurch „machen“ wir etwas, durch dass die Patientin langsam zur Ruhe kommt und den Angehörigen die Angst genommen wird. Ein kurzes Erklären der Daten vom Monitor helfen bereits. Sind Kopfschmerzen die Ursache, könnte die Pflegefachfrau z. B. 1 g Tylenol nach Absprache mit dem Arzt und Kurzerfassung von Allergien und eventuellen Grunderkrankungen geben. Bis dann der Mediziner Zeit für die Patientin hat, kann die Tablette wirken und wir haben etwas „getan“, wodurch die Situation sich entspannt. Gleichzeitig sollte über die Dauer des Aufenthaltes aufgeklärt werden, besonders, wenn bei der Triage kein dringendes Problem festgestellt wurde.

Datenerfassung: Es gibt keinen Grund, wieso die Daten zuerst erfasst werden müssen. Kosovo-Albanerinnen haben besonders Mühe, dies nicht negativ aufzufassen. Im Kosovo wurden allgemein versicherte Patienten zum Teil sehr schlecht behandelt; dass es in der Schweiz anders ist, ist ihnen bekannt. Somit fassen sie alle vermeintlichen Abweichungen persönlich auf, als würden sie als Ausländer schlechter behandelt. Leider hilft Aufklären wenig, da ist es dann einfacher, man beruhigt zuerst die Situation und erfragt danach die Daten.

Im weiteren Verlauf der Behandlung sind folgende Punkte beachtenswert:

Entsteht bei der Pflegefachfrau der Eindruck, dass Ruhe für die Patientin und die Situation nötig ist, darf sie die Angehörigen ins Wartezimmer schicken. Wichtig ist, dabei den therapeutischen Grund zu nennen, ansonsten gehen sie immer wieder zurück in das Zimmer. Kosovo-Albanerinnen kennen den Luxus des Alleinseins nicht und kommen auch gar nicht auf die Idee, dies einzufordern. Die Anwesenheit der Familie bei aussergewöhnlichen Ereignissen ist wichtig in einer Grossfamilien zentrierten Gesellschaft. Die Anwesenheit wird als Unterstützung zum Heilungsprozess verstanden und eingefordert. Es reicht aber für die Frau das Wissen, dass alle im Wartezimmer sitzen.

Kleinkinder gehören abends und nachts nicht auf den Notfall. Die Pflegefachfrau muss dem Ehemann das sehr deutlich erklären, er ist es nicht gewohnt, in der Kleinkinderbetreuung zu agieren. Es gibt immer jemanden aus der erweiterten Familie, der die Kinder abholen kann.

Bei aggressiv auftretenden Angehörigen Ruhe bewahren und sich auf keine Diskussion einlassen; oft stehen Ängste und Frustration dahinter, denen wir nicht abhelfen können. Sie selbst sind oft nicht in der Lage, sich zu beruhigen und adäquat zu reagieren, die Entspannung der Situation durch o. g. Massnahmen und ruhigen Verhaltens muss von der Pflegefachfrau ausgehen.

Da bei Erstkontakt meistens der Ehemann oder Sohn das Gespräch führt, entsteht der Eindruck, die Frau spräche überhaupt kein Deutsch. Sie wird vor ihrem Ehemann ihre Kenntnisse nicht zeigen, darum empfiehlt sich ein Versuch, alleine mit ihr zu sprechen, z. B. beim Ausziehen. Empfehlenswert sind einige Worte Albanisch!³⁷ Es reicht ein Grusswort, aber die wenigen Worte vermitteln mehr Wertschätzung als alles andere Bemühen. Wenn man Deutsch spricht, dann einfache, kurze Sätze wählen und die Patientin oder Angehörige das Wichtigste mit eigenen Worten wiederholen lassen. Sie wird ansonsten aus Höflichkeit immer bestätigen, alles verstanden zu haben, obwohl dies nicht der Fall ist. Dabei auch wieder an den tiefen Bildungsstand der Patientin denken. Schriftliche Informationen (z. B. Anaesthesieaufklärung) werden zwar angenommen, aber nicht gelesen. Besser sind einfache Zeichnungen oder Bilder.

Kommt es zur Schmerzbehandlung, sind Infusionen immer wirksamer als Tabletten. Im Kosovo bekam und bekommt die Patientin alles intravenös gespritzt und in der Erinnerung hat das gewirkt. Nicht ungewöhnlich ist, dass bereits beim Laufen der Infusionslösung eine Besserung eintritt. Wenn Tabletten gegeben werden, dann mit einer sehr guten Erklärung, wann die Wirkung eintritt und wie. Hilfreich sind Umschreibungen in Bildersprache. Ich vergleiche z. B. den Schmerz immer mit einer Mauer und die Tablette mit einer Leiter. Ist der Schmerz hoch, also auch die Mauer, braucht es eben eine lange Leiter und Zeit, bis die Mauer überwunden ist.

Oft scheint aber die Therapie nicht zu wirken, dann kann man folgende Überlegungen beachten: Manche Frauen nehmen den Aufenthalt als „Auszeit“ und kosten die Aufmerksamkeit bis auf das Letzte aus. Die nachrückende Verwandtschaft, die besorgten Gesichter, die mitfühlende Pflegefachfrau und ein Arzt drehen sich nur um sie. Einmal steht sie im Mittelpunkt und wird erst die Notaufnahme verlassen, wenn es wirklich sein muss. Oft kommt es dann auch zur stationären Aufnahme, weil keiner so richtig weiter weiss.

Kosovo-Albanerinnen sind es nicht gewohnt, sich aktiv am Genesungsprozess zu beteiligen. Sie erwarten die Heilung vom Arzt; wenn es nicht wirkt, dann sind oft das Medikament und der Arzt schlecht oder schuld daran. Ärzten und Pflegefachfrauen wird grosse Autorität zugestanden, vorausgesetzt, es besteht eine gute Beziehung.

Eine andere Möglichkeit wäre, die Krankheit oder das Symptom in leicht verständlichen Worten zu erklären. Dabei empfiehlt es sich, Möglichkeiten zur Selbsthilfe oder vorbeugende Massnahmen aufzuzeigen, wie z. B. genügend zu trinken und vitaminreiche Ernährung.

Oft braucht die Frau einfach Ruhe, die sie zu Hause niemals bekommen wird. Inwieweit wir damit präventiv tätig werden wollen und sollen, liegt am Ermessen des Einzelnen.

³⁷ Siehe Anhang Albanisch-Deutsch

Empathie

Dagmar Domenig beschreibt dies folgendermassen: „Empathie ist das Gegenteil von Abgrenzung, indem nicht die Wahrung der Distanz im Vordergrund steht, sondern vielmehr Engagement, Interesse und Neugier bzw. das Sich-den-Patientinnen-zuwenden³⁸ .“

Ohne Empathie und Interesse an der Kosovo-Albanerin ist es schwer, zu ihr Kontakt zu finden. Die Frauen sind sehr geübt im Lesen der nonverbalen Kommunikation, neigen allerdings aufgrund vieler schlechter Erfahrungen zu einer einseitig negativen Interpretation. Es benötigt eine konstant freundliche, ehrlich gemeinte Zuwendung, bevor eine positive Rückmeldung sichtbar wird. Manchmal kommt diese erst zum Ende der pflegerisch-therapeutischen Beziehung, ist dann aber sehr belohnend.

Unsere pflegerische Zuwendung ist eventuell für lange Zeit die einzige Form von freundlicher Behandlung, die die Patientin erfahren wird.

6. Schlussfolgerung

Transkulturelle Pflege beinhaltet drei Eckpfeiler, die zu einer erfolgreichen Interaktion mit den Kosovo-Albanerinnen führen: **Hintergrundwissen, Empathie und Selbstreflexion.**

Ohne diese drei Eckpfeiler gestaltet sich die Betreuung von Kosovo-Albanerinnen unbefriedigend und wahrscheinlich unzureichend. Mit einfachen Massnahmen lässt sich die angespannte Situation beim Erstkontakt entschärfen, so dass eine Behandlung ruhig und zügig ablaufen kann. Weitere Vorschläge helfen, die Behandlung zu einem befriedigenden Abschluss für alle Beteiligten zu bringen.

Allerdings gilt folgender Satz für die transkulturelle Pflege von Lanfranchi³⁹: Wissen über Kulturen und Informationen über ethnische Unterschiede sind wichtig und gleichzeitig unwichtig.

„Wichtig ist es, weil wir über dieses Wissen Angehörige einer Kultur in ihrem Denken, Fühlen und Handeln besser verstehen können. Unwichtig ist es, weil dieses Wissen nichts darüber aussagt, wie die Person, mit der wir es zu tun haben, tatsächlich denkt, fühlt und handelt. In der Migrationssozialarbeit ist somit beides gefordert: Wissen über spezifische Kulturen und das Sich-Freimachen davon⁴⁰ .“

7. Stellungnahme

Bei mir persönlich hat die schriftliche Arbeit zu einem empathischen Verhalten gegenüber den Frauen geführt. Sie sind keine einfachen Patientinnen, aber je mehr ich weiss, desto besser gelingt es mir, ihnen gerecht zu werden. Mit ihren komplexen Vorgeschichten gehören sie eigentlich in Behandlung eines guten Hausarztes, der sie seit langem kennt und betreut. Weil die Frauen aber jederzeit zu uns ohne Anmeldung kommen können, sind wir für sie eine wichtige Anlaufstelle in der Not. Und das sind sie meiner Meinung nach wirklich, wenngleich die somatische Diagnostik oft ohne Befund und es bei einer ambulanten Behandlung bleibt. Mit einer empathischen Einstellung und diesem Wissen können die Abläufe für beide Seiten zufrieden stellend bearbeitet werden, wodurch Zeit gespart und Frustration vermieden werden kann.

Professionelle Pflege ist unser Ziel, aber ohne Empathie für die Situation der Kosovo-Albanerin bleibt die Pflege ein kaltes Instrument. Empathie lässt sich nicht erzwingen, es ist eine freiwillige Grundhaltung. Ich möchte dafür plädieren, ein wenig unserer Zeit diesen Frauen zu schenken, da sie in ihrem Leben selten solch ein Geschenk erhalten haben. Ihre Nationalität, ihre Stellung als Frau und ihre Situation als Migrantin sind harte Ausgangsbedingungen für ein Leben. Ihnen eine

³⁸ Dagmar Domenig, a. a. O., S. 150

³⁹ Lanfranchi, Andrea 1996 „Unterwegs zur multikulturellen Gesellschaft.“ In Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit 3-4

⁴⁰ Tilly Miller, a. a. O., S. 119

Ahnung von Respekt und Anerkennung zu geben, wenngleich es nicht sofort angenommen wird, hat sicherlich Auswirkungen für die Zukunft. Hilfreich dafür können die „Schnittstellen“ sein, also die Gemeinsamkeiten. Für Pflegefachfrauen wäre das u. a.: Frau sein, Sauberkeit und Pflege. Kosovo-Albanerinnen legen grossen Wert auf ein sauberes Umfeld (Wohnung, Kleidung) und sind durch jahrelange Übung gute Pflegerinnen ihrer Verwandten geworden.

Da Kultur für mich ein offener Raum ist, muss ich dennoch herausfinden, wie viel ich von meiner Kultur übernommen habe, ohne mir dessen bewusst zu sein. Dies ist ein individueller Prozess, der durch Kontakt mit den „Fremden“ beschleunigt wird. Einige Wertvorstellungen werden hinterfragt, für andere lerne ich einzustehen. Selbstreflexion sollte jeder für sich entdecken, eine Aufgabe und eine Bereicherung.

Praktische Zukunftsprojekte

Leider gibt es wenig Übersetzer im Spital, zudem sind sie teuer oder schwer zu organisieren. Einfaches Bildmaterial (Fotostories) zu erstellen oder eine DVD für die Anästhesie-Aufklärung oder Operationseinwilligung wären Projekte der Zukunft.

Ausblick

Auf dem Notfall macht es mir Freude, diese Frauen zu betreuen. Die kosovo-albanische Frau, eine „unbeliebte“ Patientin auf dem Notfall? Nein.

Literatur

Bücher

- Professionelle transkulturelle Pflege, Dagmar Domenig (Hrsg.). Hans Huber Verlag Bern 2001
- Systemtheorie und Soziale Arbeit, Entwurf einer Handlungstheorie, Tilly Miller. Lucius Verlag 2001
- Frauen in Kosova, Elisabeth Kaestli. Limmat Verlag Zürich 2001
- Das Kosovo entdecken, Reisebuch von Susanne Wenzel. Trescher Verlag 2005
- Albanisch Wort für Wort, Kauderwelsch, Band 65. Reise Know How Verlag 2003
- Das Gesundheitswesen Kosovos, Dr. Xhevat Hasani u. Tone Berisha
Herausgeber: Schweizerisches Arbeiterhilfswerk, Mai 2000
- Mein Schmerz trägt deinen Namen, ein Ehrenmord in Deutschland, von Hanife Gashi. Rowohlt Verlag 2005
- Dieter Haller/Bernd Rodekohl, dtv – Atlas Ethnologie. Deutscher Taschenbuchverlag 2005

Diplomarbeiten

Zwischen Vorurteil und Realität, Marianne Bärlocher/Raphael Gagaut:
Diplomarbeit Mai 1998
Schule für Soziale Arbeit, Zürich

Studien

„Das Vertrauen ist das wichtigste“.
Studie 2005 von Caritas Ost, Fachstelle Gesundheit und Integration

„Kosovo: Bedeutung der Tradition im heutigen Kosovo“
Rainer Mattern. Schweizerische Flüchtlingshilfe
Bern, 24. November 2004

Artikel

N. Boskovska: Jugoslawen in der Schweiz, Schweizerische Ärztezeitung 2000, 81: Nr. 47
Hans-Peter von Aarburg: Wenn der Überlebenskampf die Gesundheit gefährdet,
Krankenpflege 6, 2002
Rainer Mattern: Alleinstehende Frauen am Rande der Gesellschaft
Fluchtpunkt 28.11.2005, die Zeitung der schweizerischen Flüchtlingshilfe

Internetadressen

Wikipedia: <http://de.wikipedia.org/wiki/Kosovo>
Statistik Winterthur: www.stadtentwicklung.winterthur.ch
Caritas Zürich: www.caritas-zuerich.ch

Anhang

Falemindérit shumë!

Fatmire

Besa

Evelyn

Franziska

Bettina

Andrea

Gabriela

Miniwortschatz Albanisch/Deutsch

Albanisch	Deutsch
Mirëdita	<i>Guten Tag</i>
Mirëembrëma	<i>Guten Abend</i>
Po	<i>Ja</i>
Jo	<i>nein</i>
Falemindërit	<i>Danke</i>
Falemindërit shumë!	<i>Vielen Dank</i>
ju lutem	<i>bitte</i>
Shumë	<i>Viel</i>
Pak	<i>wenig</i>
Fórtë	<i>stark, sehr</i>
Sot	<i>heute</i>
Dje	<i>gestern</i>
párdje	<i>vorgestern</i>
Tani	<i>jetzt</i>
Askurë	<i>Nie</i>
Ku ?	<i>Wo?</i>
Cili vend?	<i>Welcher Ort?</i>
A po thëm ?	<i>Tut es weh?</i>
Mirë	<i>Gut</i>
S'ka problém	<i>Kein Problem! Geht klar</i>
Më fálni	<i>Entschuldigung</i>
Nuk e di	<i>Ich weiss es nicht</i>
Ëjani!	<i>Kommen Sie!</i>

Beispiel einer Einladung zum Frauentisch in Form einer Fotostory

A vjen edhe ti?

Ne gratë diskutojmë për edukatën, shëndetin...

Gjatë blerjës

Hallo Brigitte, si je?
Mirë që të takova.

E di ti që ka takime falas të grave? Ti mund ti ftosh shoqët dhe unë do të vij me një video të ti në shtëpi.

Ditën e ardhshme

Oh po me qejf! Duhet të sjellë atëca me vete.

Anna, do të vijsh edhe ti të mërkurën e ardhshme? Eshhtë te unë në shtëpi.

Të Mërkurën pasdite te Brigita në shtëpi

Më në fund në mund të bisedojmë njëherë për këto gjëra!

Bukur, çka krejt çliri ju. Aq shumë gra, aq shumë përvojë!

Një ide aq e mirë!

Unë mund ta pyes mënjëherë Annën.

Super! Këtu do të bashpërpunoj me ju! Super!

Të mërkurën mërkurë,
Ana telefonon e gëzuar me shoqën e saj Barbarën.

Sot ka qënë pasdite e re-leksuar! Paramendo, herën tjetër jam unë mikëpritse. Do të vijsh edhe ti?

Tavolina e grave me migrantet

Shikëmbim mendimesh në tavolinën e dhomës së ndëjes.
Në shtëpinë e një mikëpritseje takohen 6-8 gra dhe diskutojnë në gjuhën amtare për gjërat që i përkasin jetës. Tavolina e grave do të udhëheqet prej moderatorëve të kulturave të ndryshme dhe pjesëmarrja është falas. Hyrja në një temë pason më së shpeshti nga një videofilm.

Einladung zum URAT Frauentreff

Albanerinnen und Schweizerinnen aus Winterthur treffen sich vierzehntägig bei Kaffee und Kuchen, um sich kennen zu lernen, zu lachen und zu plaudern, miteinander zu diskutieren und aktuelle Themen zu besprechen.

Jugendtreff Pfarrei St. Peter und Paul, Laboratoriumstrasse 5

2006: Jeweils am Montagnachmittag von 14.30 bis 16.30 Uhr:

09. / 23. Januar	01. / 15. / 29. Mai	11. / 25. September
06. / 20. Februar	12. / 26. Juni	09. / 23. Oktober
06. / 20. März	10. Juli	06. / 20. November
03. April	28. August	04. / 18. Dezember 2006

Die Teilnahme ist gratis. Kinder sind herzlich willkommen.
Ohne Anmeldung – einfach vorbeikommen!



Dy herë në muaj, bëhet takimi i grave shqiptare me ato zvicerane. Me kafe dhe ëmbëlsirë, së bashku duke biseduar, duke diskutuar dhe njëkohësishtë duke qeshur dhe lozur të njihemi më mirë me njëra tjetrën.

Jugendtreff Pfarrei St. Peter und Paul, Laboratoriumstrasse 5

2006: Të hënë nga ora 14.30 deri në ora 16.30:

09 / 23 janar	01 / 15 / 29 maj	11 / 25 shtator
06 / 20 shkurt	12 / 26 qershor	09 / 23 tetor
06 / 20 mars	10 korrik	06 / 20 nëntor
03 prill	28 gusht	04 / 18 dhjetor

Pjesëmarrja e juaj është falas. Fëmijët mund t'i merni me vete.
Paraqitja nuk është e domosdoshme, thjeshtë vetëm mund të vini.

Organisiert durch URAT Winterthur

Information: Franziska Nezirli, 052 222 42 50 und Gabriela Bregenzer, Caritas Zürich, 044 366 68 68

Liebe Kollegen,

die ihr mit mir das Universum des Notfalls teilt und eventuell ganz anderer Meinung seid als ich (über mein Thema) – aber ich existiere nun mal als Teil einer Gruppe, wie mir meine Schulleitung klargemacht hat

- hier nun die Fragen, die mir in meiner Arbeit weiterhelfen können. Alles anonym, bleibt auch alles in meinen Händen, ich werde alle Antworten als Gesamtes zusammenfassen und integrieren, ihr könnt also frei antworten

Wahrscheinlich kommen noch mehr Fragen beim Erarbeiten des Themas auf – die werde ich jeweils als grosses Blatt an die INFO wand heften und ihr könnt darauf antworten. Wer sonst noch Anregungen hat oder mehr wissen will.....das wäre super

Hoffe, dass es eine Arbeit wird, die Spass machen wird zu lesen.

Ich danke euch.

Danke

Elisabeth H.

mein Fach(ist offen) legen

Bitte Zettel ausfüllen und in

Die Fragen

Gibt es für dich "unbeliebte" Patienten?

Welche Eigenschaften hat so ein Pat, um in diese Kategorie bei dir zu kommen?

Gehört für dich die Patientengruppe der Kosovo- Albanerinnen(incl. Mazedonien- Albanerinnen) in eine der oben genannten Beschreibungen?

Was für Gefühle lösen unbeliebte Patienten in dir aus?

Wie sieht deiner Meinung ein „echter Notfall“ aus, welche Kriterien muss er erfüllen?

Wie schaut ein Pat aus, der deiner Meinung nicht auf den Notfall gehört?

Stressen dich solche Situationen(mit Pat. die nicht auf den Notfall gehören)? Warum?

Zwei Männer schleppen eine stöhnende blasse Frau mit Kopftuch in den Notfall mit den Worten „viel krank, Kopfweh“. Wie lange brauchst du für deine Ersteinschätzung?
(Ein Blick, eine Frage, mehrere Fragen etc)?

Wie oft stimmt im o.g. Fall deine Ersteinschätzung mit der tatsächlichen Diagnose überein?

Wie häufig kommt deiner Meinung ein Fall wie oben beschrieben im Notfall vor?

Jeder Erstkontakt mit einem Patienten verlangt von dir einen Entscheidungsprozess, in Form einer Ersteinschätzung (über Krankheit, oder aber auch Art und Weise der Kontaktaufnahme). Dieser Prozess läuft wahrscheinlich sehr schnell und unbewusst ab, aber versuch bitte, ihn dir bewusst zu machen:

Verlässt du dich eher auf deine Intuition (aus dem Bauch heraus)?
Oder gehst du immer nach einem gleichen Fragenschema vor?

Wenn du einen Patienten das erste Mal erblickst, worauf achtest du am Meisten?

Seinen verbalen Äusserungen?

Sein Gesichtsausdruck?

Seine Motorik?

Anderes?

Wie kommst du zu einer Erstdiagnose? (Nach was hältst du zuerst Ausschau? Was ist dein erster Anhaltspunkt auf dem Weg der Ersteinschätzung?)

Zu guter Letzt:

Jeder von uns hat eine unterschiedliche Erfahrung - und Ausbildungsgrad auf dem Notfall.

Bezogen auf den Notfall, als was schätzt du dich persönlich ein? (*bitte ankreuzen*)

- Anfänger
- Fortgeschrittener Anfänger
- Kompetent Handelnde, kompetent Pflegende
- Erfahrener Pfleger
- Pflegeexperte

Nun fragst du dich, wie soll ich das denn beantworten, was ist mit jeder Bezeichnung gemeint? Da hat eine amerikanische Pflegewissenschaftlerin P. Benner Bücher geschrieben und dies genau definiert. Ich gebe mit eigenen Worten grob ihre Definition wieder.

Anfänger: hält sich an Regeln und Normen, anhand denen er Situationen beurteilt und Schlussfolgerungen ziehen kann

Fortgeschrittene Anfänger: Erwerb umfangreicherer Erfahrungen im Umgang mit Praxissituationen, aber auch Erwerb immer komplexerer Regeln

Kompetent Pflegende: Kenntnis der vielen komplexen Abläufe, darum Formen eigener Regeln und Abläufe, nach denen er arbeitet und die er den unterschiedlichen Situationen anpasst. Dadurch vermehrte selbständige Entscheidungen, aber auch vermehrte emotionale Beteiligung aufgrund Erfolge oder Fehlern.

Erfahrener Pfleger: Können läuft scheinbar ohne Denkprozesse ab, als intuitives Verhalten anstelle wohldurchdachter Reaktionen. Allerdings muss er/ sie noch immer entscheiden, was zu tun ist

Pflegeexperte: Können das Ziel erkennen und auch den Weg dahin, handeln aufgrund ihrer reichen Erfahrungen und Wissen scheinbar ohne Denk- und Entscheidungsprozesse. Und es funktioniert fast immer.