

ÖSTERREICHISCHES FORUM
ARBEITSMEDIZIN



JAHRESTAGUNG 2010
DER ÖSTERREICHISCHEN
GESELLSCHAFT FÜR ARBEITSMEDIZIN

03/10

Inhalt

Editorial 3

C. Klien, J. Godnic-Cvar

Gesundheit, Arbeit und Migration – Belastungsfaktoren im Setting
Krankenhaus für zunehmend multikulturelle Arbeitsteams 5

U. Karl-Trummer

„Gesund arbeiten ohne Grenzen“ – Interkulturelle betriebliche
Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen 14

H. Haider, K. Korn, S. Blagojević, H. Wolf

Maßnahmen der Erholungsförderung und Burnoutprävention 22

G. Blasche

Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen
und bei angestellten ÄrztInnen in Wien und Niederösterreich 31

C. Troy, T. Schmid

Zur deutschlandweiten Einbeziehung von Functional-Capacity-Evaluation (FCE)
in die Regelbegutachtung des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit –
Erfahrungen aus verschiedenen Bundesländern 42

A. Glatz, N. Nutt, O. Kalthauer, A. Weber, H. Wallrabenstein, A. Bahemann, W. Heipertz

Zur Geschlechtsspezifität im Erleben und Bewältigen beruflicher Belastungen –
Ergebnisse einer repräsentativen Studie bei Ärztinnen und Ärzten in Sachsen 46

E. Haufe, K. Scheuch, A. Hübler

Geschlechtsspezifische Unterschiede der Arbeitszufriedenheit im
Notfall- und Rettungswesen 49

G. Jordakieva, I. Lukas, J. Schwarz-Herda, C. Wolf

Chronische Berylliose als Berufskrankheit 51

J. Stückler, B. Machan

Qualität in der Arbeitsmedizin – Auch eine Sache der Wahrnehmung 55

H. Fuchsig

Arbeits-/Betriebsmedizin als Dienstleistungsarbeit
Soziologische und betriebsärztliche Anmerkungen zum Selbstverständnis 57

R. Müller, J. Larisch

Kurzbericht: Marathonstudie 64

I. Lukas, E. Ponocny-Seliger, R. Winker

Sicher mobil mit Handicaps – Vertrauliche Fahreignungsprüfung
im Vorfeld der Behörde 68

E. Grünseis-Pacher

Medizinische Bewertung von Feinstaub 77

M. Neuberger

Früherkennung von Haltungsschäden durch das berührungslose Messsystem
FORMETRIC® – Erste Ergebnisse des Screenings im betrieblichen Bereich 80

P. Part

Die effiziente ERGO-PLUS-Arbeitsplatzanalyse nach Haslinger 84

D. Haslinger

Prima Klima GmbH – Arbeitslust und Arbeitsfrust bei den Wettergottheiten 87

E. Huber

„Viel Kompetenz im Raum“ 90

B. Schigutt

Was heißt hier BEM? Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland –
Erfahrungen aus der Sicht der Arbeitsmedizin 92

C. Kallenberg

URSULA KARL-
TRUMMER
CENTER FOR HEALTH
AND MIGRATION
TRUMMER & NOVAK-
ZEZULA OG
ENGERTH-
STRASSE 137/9/20
1020 WIEN
TEL.: ++43 (0) 650
9529115

**Rückgang der
Geburtenrate, Anstieg
der Todesrate**

**Positive Netto-
Migration für Bevöl-
kerungswachstum**

**Demographische
Entwicklung zeigt
aktives Ankurbeln der
Zuwanderung von
Gesundheitspersonal**

GESUNDHEIT, ARBEIT UND MIGRATION

Belastungsfaktoren im Setting Krankenhaus für zunehmend multikulturelle Arbeitsteams

Einleitung: gesellschaftliche Relevanz des Themas Gesundheit, Arbeit und Migration

Zunehmende Migrationsprozesse und daraus resultierende ethnische/kulturelle Heterogenität sind eine sozial notwendige und irreversible Realität Europas: Europa braucht für seine nachhaltige Weiterentwicklung erfolgreiche Migration. Eurostat (2008) prognostiziert ein Ansteigen der Bevölkerungszahl der EU 27 von 495 Millionen (Stand 1. Jänner 2008) auf 521 Millionen im Jahr 2035, mit einem Abfall auf 506 Millionen im Jahr 2060. Für den Zeitraum von 2008–2060 ist ein Rückgang der jährlichen Anzahl der Geburten und gleichzeitiges Ansteigen der jährlichen Todesrate vorausgesagt, wobei ab 2015 die Todesrate jene der Geburten übersteigen wird. Positive Nettomigration ist bei dieser Prognose der einzige Faktor für Bevölkerungswachstum. Bereits seit den 1990er Jahren stellte die positive Nettomigration (d. i. mehr Zu- als Abwanderung) den größten Anteil von Populationsveränderungen in den meisten EU-Mitgliedsstaaten¹ dar.

Die demografische Entwicklung von alternden Gesellschaften erzeugt auch zunehmenden Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen, der von ebenfalls alternenden Gesundheitsfachkräften gewährleistet werden soll. In Ländern wie Dänemark, Island, Norwegen, Schweden und Frankreich ist eine zunehmende Ergrauung der im Pflegebereich tätigen Arbeitskräfte dokumentiert: Das Durchschnittsalter der Pflegekräfte beträgt hier 41–45 Jahre. Im Vereinigten Königreich ist eine von 5 Pflegekräften älter als 50 Jahre alt und beinahe die Hälfte ist bereits über 40. Bei den jüngeren Pflegekräften ist hingegen ein Rückgang zu beobachten. Ähnliche Trends lassen sich bei den ÄrztInnen ausmachen. In Frankreich waren im Jahr 1985 noch 55 % der ÄrztInnen unter 40 Jahre alt, diese Zahl ist im Jahr 2000

auf 23 % gesunken. Eine Erhebung im Vereinigten Königreich aus dem Jahr 2001 hat ergeben, dass nur 19 % der Konsiliarärztinnen in einem Alter unter 40 Jahren waren, während rund 40 % bereits über 50 waren und voraussichtlich in den nächsten 10–15 Jahren in den Ruhestand treten werden (vgl. Dubois et al. 2008: 19 f.).

Zu den Sektoren, die steigenden Bedarf an Arbeitskräften haben, ohne diese am heimischen Arbeitsmarkt rekrutieren zu können, gehört aus diesen Gründen insbesondere auch der Gesundheitsbereich, der von der ILO, der International Labour Organization, als stark globalisierter Arbeitsmarkt definiert wird (Clark et al. 2007). Die demografische Entwicklung in den meisten wohlhabenden europäischen Ländern mit einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung wie auch des Gesundheitspersonals lässt darauf schließen, dass diese Länder die Zuwanderung von Gesundheitspersonal in den nächsten Jahren weiter aktiv ankurbeln werden (vgl. Buchan 2008: 22). Die OECD spricht von einer „Looming Crisis in the Health Work Force“ (OECD 2008) mit zunehmender Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in einer älter gewordenen Gesellschaft mit gleichzeitigem Mangel an ausgebildetem Gesundheitspersonal (Clark et al. 2007: 5).

Zunehmende Migration von Gesundheitspersonal kann dabei gleichzeitig als Ursache und Folge von Knappheit in einem globalisierten Arbeitsmarkt (OECD 2010) betrachtet werden. Für 2006 schätzte die WHO eine weltweite Knappheit von Gesundheitspersonal von über 4,3 Millionen Personen, insbesondere in einkommensschwachen Ländern: 36 von 57 Ländern mit kritischer Knappheit waren subsaharische Länder Afrikas, die unter der Abwanderung von Gesundheitspersonal leiden.

Schätzungen der EC DG Sanco für 2020 für die EU (Neubauer und Kidd 2010) ge-

**Wichtigste Herkunftsländer EU-weit:
Deutschland,
Polen, Slowakei,
Tschechische Republik**

**Spitäler gelten als
eines der belastendsten
Arbeitssettings**

**Strukturelle Faktoren
und körperliche
Belastungen als
belastende Faktoren
der psychosozialen
Gesundheit**

**In Österreich: 14,5 %
der Pfleger, 14,6 % der
Ärztinnen im Ausland
geboren**

hen davon aus, dass ca. 1.000.000 Gesundheitsarbeitskräfte fehlen werden, darunter 590.000 Pflegekräfte, und rund 15 % der notwendigen Pflege nicht abgedeckt werden wird.

Eine der fünf politischen Grundausrichtungen der Europäischen Union ist es, sich aktiv der Aufnahme und Integration von MigrantInnen zu widmen. Um den Bedarf des europäischen Arbeitsmarktes zu decken, wird es als notwendig erachtet, qualifizierte Arbeitskräfte von außen anzuziehen und wirtschaftlich und sozial einzugliedern (vgl. Europäische Kommission 2006).

Bezogen auf Gesundheitsberufe muss dabei berücksichtigt werden, dass das Spital laut Studien der European Agency for Safety and Health at Work² als eines der belastendsten Arbeitssettings gilt. Neben strukturellen Faktoren wie biologischen, chemischen und radioaktiven Substanzen sowie körperlichen Belastungen durch spezifische Arbeitshaltungen und Bewegungen werden als Belastungen für die psychosoziale Gesundheit komplexe Arbeitsabläufe mit gleichzeitig geringem Ausmaß an Selbstkontrolle und mangelhaft entwickelter Teamarbeit genannt. Krankenhäuser und Pflegeheime sollen daher besonders darauf achten, unnötige Belastungen am Arbeitsplatz für zunehmend kulturell heterogene MitarbeiterInnen möglichst niedrig zu halten, um deren Gesundheit und Leistungsfähigkeit positiv zu beeinflussen bzw. nicht zu gefährden.

MigrantInnen und Menschen mit Migrationshintergrund als MitarbeiterInnen in österreichischen Gesundheitsorganisationen

Das österreichische Gesundheitswesen ist bereits seit den 1960er Jahren, als Pflegekräfte aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Österreich angeworben wurden, Zielland für Gesundheitsberufe (vgl. Lenhart/Österle 2007: 9).

Aktuelle Daten aus Österreich zu MigrantInnen im Gesundheitswesen nennen 14,6 % im Ausland geborene ÄrztInnen und 14,5 % im Ausland geborene Pflegekräfte im Jahr 2001 (Dumont/Zurn 2007, Buchan 2008) mit Anteilen aller Pflegekräfte mit nichtösterreichischem Ausbil-

dungshintergrund von 10,5 % in österreichischen Alten- und Pflegeheimen und 8,2 % in Krankenanstalten. Davon haben rund 61 % ihre Ausbildung in einem anderen EU-Land, 39 % in einem Drittstaat absolviert. Als wichtigste Herkunftsländer werden hinsichtlich der Europäischen Union Deutschland, Polen, die Slowakei und die Tschechische Republik, in Bezug auf Drittstaaten Bosnien-Herzegowina, Kroatien, die Philippinen und Indien genannt (Lenhart/Österle 2007).

Für zukunftsorientierte arbeitsmedizinische Ansätze gewinnt die Thematik von Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus/Pflegeheim damit an diversitätsspezifischer Brisanz: Wie kann es gelingen, die notwendigerweise steigenden Anteile von migrantischem Gesundheitspersonal zu stützen und deren Gesundheit gemeinsam mit der Gesundheit der „einheimischen“ Arbeitskräfte zu fördern?

Fragestellungen

Dieser Artikel widmet sich zwei wesentlichen Fragestellungen als erste Bausteine für eine notwendige Wissensbasis, um den Herausforderungen, die sich aus den geschilderten Veränderungen europäischer Gesundheitsorganisationen und Gesundheitsberufe ergeben, zu begegnen:

1. Was sind wesentliche Belastungsfaktoren für MitarbeiterInnen im Krankenhaus? Was sind erlebte Belastungen und welche wirken am stärksten auf Gesundheit?
2. Welche dieser Belastungsfaktoren sind von besonderer Relevanz
 - a) für migrantische Arbeitskräfte und
 - b) werden mit der sich verändernden Zusammensetzung von Arbeitsteams an Relevanz zunehmen?

Verwendete Methoden

Für die Bearbeitung dieser Fragen werden empirische Ergebnisse aus zwei Studien herangezogen:

1. der vom BMWF finanzierten Studie „Gesundheit – MitarbeiterInnen – Krankenhaus“³, in der 2006 in sechs österreichischen Krankenhäusern MitarbeiterInnenbefragungen zu Gesund-

Statistisch gesicherte Ergebnisse zu Wirkfaktoren auf Gesundheit und Belastung von MitarbeiterIn

Migrantische Arbeitskräfte unterrepräsentiert

Subjektiv erlebte Belastungen wesentlicher Wirkfaktor auf Gesundheit

heit und Belastungsfaktoren durchgeführt wurden. Der Migrationshintergrund von MitarbeiterInnen wurde nicht erhoben. Die Studie liefert aber statistisch gesicherte Ergebnisse zu Wirkfaktoren auf Gesundheit und Belastungen von MitarbeiterInnen allgemein.

2. der „Migrant Nurses Study“, einer 2009 mit privaten Fördermitteln durchgeführten Studie in Kooperation der Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, mit dem Zentrum für Gesundheit und Migration der Trummer & Novak-Zezula OG, einem privaten Forschungs- und Beratungsinstitut. Die Studie verbindet den qualitativen Zugang biografischer Interviews mit einer quantitativen Auswertung über ausgewählte Inhalte. Mit 43 migrantischen Pflegekräften wurden biografische Interviews zu Migrations- und Integrationserfahrungen geführt und transkribiert (Karl-Trummer et al. 2010). Für 10 Interviews wurde neben der quantitativen Erfassung der Hauptthemen auch eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt.

Grenzen der präsentierten Studien

Beide Studien haben in Bezug auf das behandelte Thema klare Einschränkungen. In der GMK-Studie wurde der Migrationshintergrund der Befragten nicht erhoben, es ist weiters anzunehmen, dass in der Stichprobe migrantische Arbeitskräfte unterrepräsentiert sind. Aussagen für diese spezifische Zielgruppe können damit nicht getroffen werden. In der MNS ist durch den Zugang über Studierende der Universität Wien zum Feld ein Bildungsbias anzunehmen, der in weiterführenden Analysen bestätigt wurde. Die Zusammenschau der beiden Studien versteht sich daher vor allem als Anregung für notwendige spezifischer fokussierte wissenschaftliche und praxisrelevante Arbeiten zum Thema.

Ausgewählte Ergebnisse aus der Studie „Gesundheit – MitarbeiterInnen – Krankenhaus“ (GMK)

Stichprobenbeschreibung

In der Studie „Gesundheit – MitarbeiterInnen – Krankenhaus“ (GMK) wurde für jedes der 6 teilnehmenden Krankenhäuser eine nach Berufsgruppen und Organisationseinheiten repräsentative Stichprobe gezogen. Die Stichprobe insgesamt umfasst $n = 2.190$ (Rücklauf im Durchschnitt 54,2 %). Rund 77 % der Befragten sind weiblich, 57,5 % sind 40 Jahre oder älter. 16,5 % üben eine Leitungsfunktion aus und 20,2 % sind teilzeitbeschäftigt. Den höchsten Anteil der Berufsgruppen stellt das Pflegepersonal mit 54,4 %, 10,8 % sind ÄrztInnen, 10,2 % medizinisch-technisches und therapeutisches Personal, 9,3 % Verwaltungspersonal, 15,2 % andere Berufsgruppen (insbesondere Raumpflege, Technik). Der Migrationshintergrund von MitarbeiterInnen wurde nicht erhoben. Die Studie liefert aber statistisch gesicherte Ergebnisse zu Wirkfaktoren auf Gesundheit und Belastungen von MitarbeiterInnen allgemein.

Belastungsfaktoren und Wirkfaktoren auf Gesundheit

Die statistischen Analysen zeigen, dass subjektiv erlebte Belastungen ein wesentlicher Wirkfaktor auf die Gesundheit von MitarbeiterInnen sind, und zwar unabhängig von Alter, Geschlecht, Dauer der Anstellung, Führungsposition, Arbeitszeit, Selbstwirksamkeit, Berufsgruppe und Lebensstil. In der Studie wurde zwischen erlebten Belastungen auf psychischer (emotionaler) und physischer Ebene unterschieden. Nachstehende Grafik zeigt die Zusammenhänge zwischen subjektiv erlebter Belastung und Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Wohlfühlen am Arbeitsplatz auf. Dabei zeigt sich, dass insbesondere der erlebten emotionalen Belastung eine wesentliche Bedeutung zukommt (siehe Abbildung 1).

Betrachtet man das Ausmaß subjektiv erlebter Belastungen, zeigt sich ein unterschiedliches Bild für die einzelnen Berufsgruppen. Bei ÄrztInnen überwiegt die emotionale Beanspruchung, Pflegeperso-

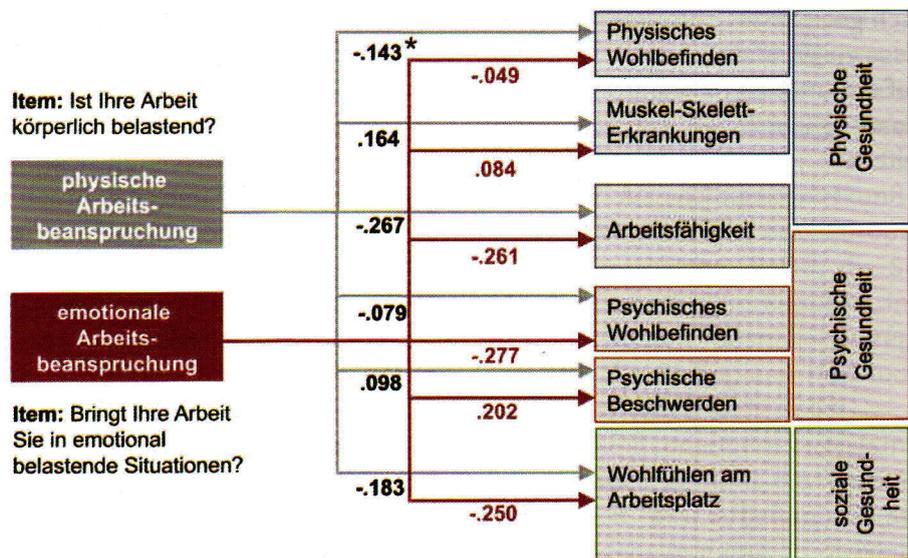


Abb. 1

* Beta-Koeffizienten (> .150) kontrolliert für Alter, Geschlecht, Dauer der Anstellung, Führungsposition, Arbeitszeit, Selbstwirksamkeit, Berufsgruppe und Lebensstil

Nahezu 1/3 aller Mitarbeiter gibt an, Gefühle und Meinungen unterdrücken zu müssen

nen fühlen sich mehr physisch beansprucht. Diese beiden Berufsgruppen weisen auch den höchsten Anteil an MitarbeiterInnen auf, die sich sowohl emotional als auch physisch belastet fühlen: 41,4 % der Pflegepersonen und 34,5 % der ÄrztInnen. Über alle Berufsgruppen hinweg beträgt der Anteil der Hochbelasteten rund ein Drittel. Dieser Anteil ist konstant für alle Altersgruppen und nach der Dauer der Berufszugehörigkeit (siehe Abbildung 2).

Die folgenden Grafiken zeigen dies anhand der Beta-Koeffizienten im Kontext des Gesamtmodells (siehe Abbildung 3).

Das Belastungsausmaß Gefühls- und Meinungskontrolle ist dabei für rund ein Drittel aller MitarbeiterInnen beträchtlich: 29,8 % geben an, ihre Gefühle und Meinungen an ihrem Arbeitsplatz immer oder oft unterdrücken zu müssen, am häufigsten davon betroffen sind das Verwaltungspersonal mit 32,6 %, ÄrztInnen mit 32,3 % und Pflegepersonen mit 31,7 %.

Belastungsfaktor Gefühls- und Meinungskontrolle

Der Belastungsfaktor Gefühls- und Meinungskontrolle kann als von besonderer Relevanz für migrantische Arbeitskräfte angenommen werden. Ebenso kann Gefühls- und Meinungskontrolle als von gesteigerter Relevanz für einheimische Arbeitskräfte gesehen werden, die zunehmend gefordert sind, in multikulturell zusammengesetzten Teams zu arbeiten,

Besondere Relevanz von Gefühls- und Meinungskontrolle für migrantische Arbeitskräfte

Die statistischen Analysen zeigen, dass sowohl für psychische/emotionale wie auch für physische Belastung Gefühls- und Meinungskontrolle den größten Einflussfaktor darstellt.

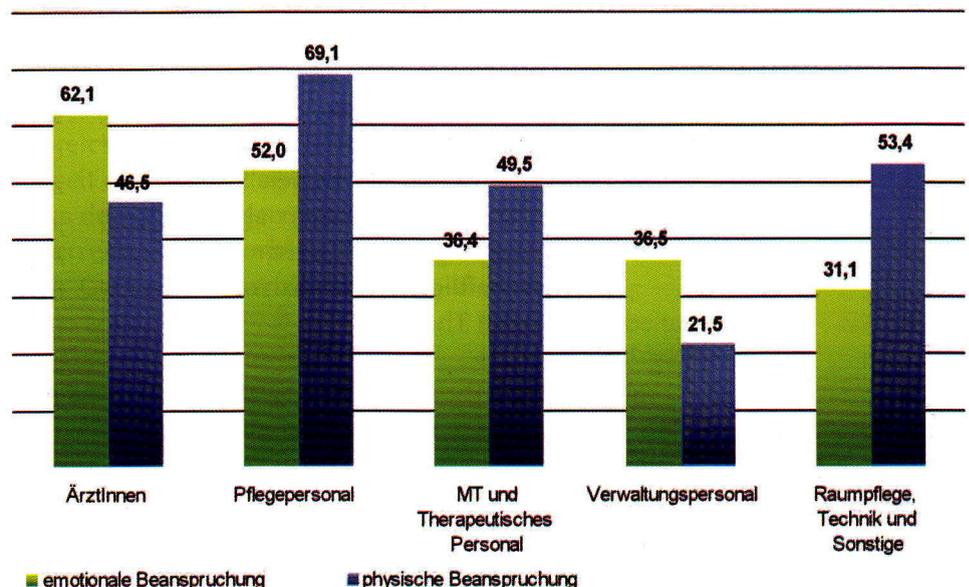


Abb. 2

Belastungsfaktoren und Wirkfaktoren auf Gesundheit

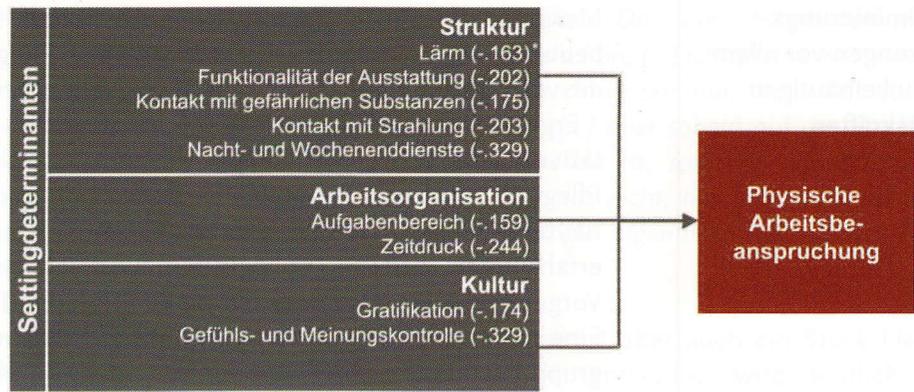


Abb. 3

* Beta-Koeffizienten (> .150) kontrolliert für Alter, Geschlecht, Dauer der Anstellung, Führungsposition, Arbeitszeit, Selbstwirksamkeit, Berufsgruppe und Lebensstil

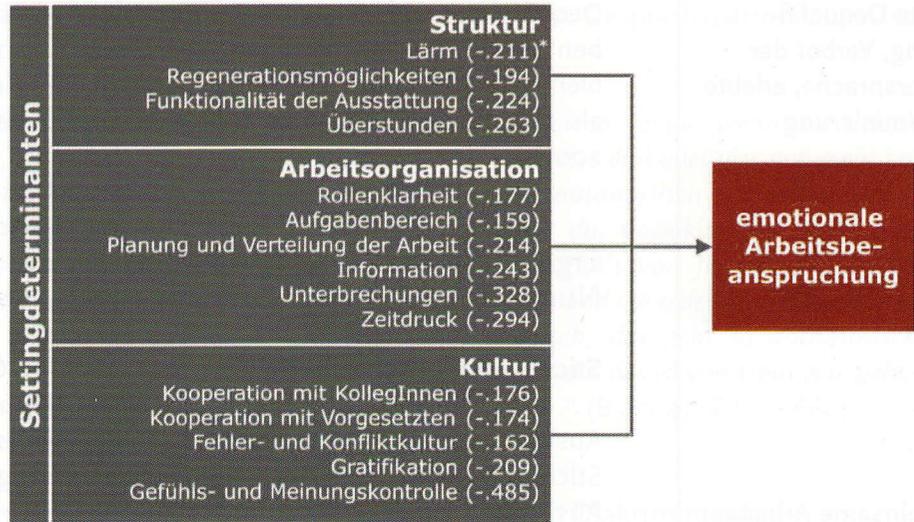


Abb. 4

* Beta-Koeffizienten (> .150) kontrolliert für Alter, Geschlecht, Dauer der Anstellung, Führungsposition, Arbeitszeit, Selbstwirksamkeit, Berufsgruppe und Lebensstil

Sprach- und Kommunikationsprobleme, ungleiche Behandlung, mangelnde Unterstützung, ungenügende Orientierung

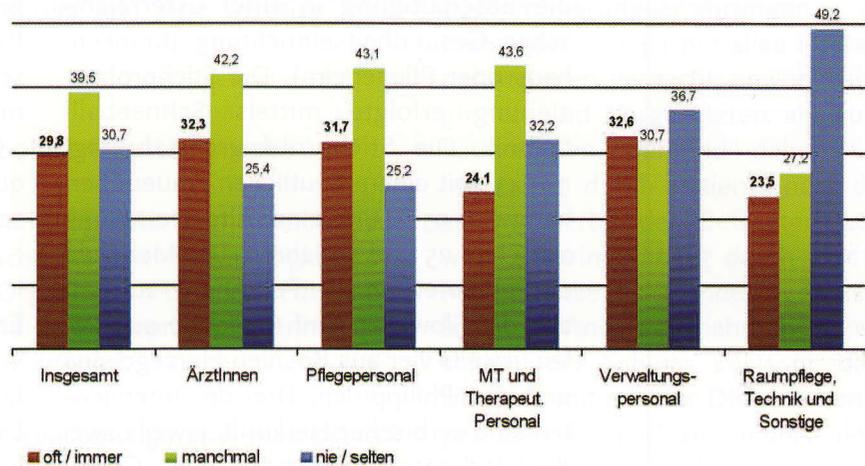


Abb. 5

ohne dabei Unterstützung für die damit steigenden Anforderungen an Beziehungsmanagement und Kooperationsformen zu bekommen.

Herausforderung der Integration migrantischer Pflegekräfte

Internationale Studien machen deutlich, dass die Eingliederung von migrantischen Pflegekräften häufig mit psychischen Be-

lastungen verbunden ist. Ein Review von 29 Studien aus Australien, Kanada, Island, dem Vereinigten Königreich (UK) und den USA (Kawi/Xu 2009) nennt v. a. Sprach- und Kommunikationsprobleme, das Erleben ungleicher Behandlung, mangelnde Unterstützung und ungenügende Orientierung als Belastungsfaktoren.

Eine Überblicksstudie (Xu 2007) über 17 Erhebungen zur Situation von Pflegepersonen aus Asien identifiziert Kommunikation, Unterschiede in Pflegepraktiken,

Eingliederung von migrantischen Pflegekräften ist häufig mit psychischen Belastungen verbunden

Diskriminierungserfahrungen vor allem bei dunkelhäutigen Arbeitskräften

Erlebte Dequalifizierung, Verbot der Muttersprache, erlebte Diskriminierung

Gemeinsame Arbeitssprache für Teams

Marginalisierung/Diskriminierung/Ausbeutung sowie kulturelle Dissonanzen als die wichtigsten Themen.

Ergebnisse einer Studie mit 40 qualitativen Interviews mit migrantischem Pflegepersonal weisen speziell für dunkelhäutige Befragte auf Diskriminierungserfahrungen seitens KollegInnen und Vorgesetzten hin (Timonen/Doyle 2010). Eine qualitative Untersuchung mit Fokusgruppen zu Erfahrungen von dunkelhäutigen Pflegekräften aus Asien, Afrika und den karibischen Inseln identifiziert u. a. Dequalifizierung, Diskriminierungserleben und Selbstanschuldigung bei Problemen mit der Arbeit bzw. Kooperation als belastende Phänomene (Alexis et al. 2007).

Ergebnisse aus der „Migrant Nurses Study“

Stichprobenbeschreibung

Auswahlkriterium zur Aufnahme in die Stichprobe sind die Absolvierung der Ausbildung zur Pflegekraft im Herkunftsland bzw. außerhalb von Österreich und die Beschäftigung in einer österreichischen Gesundheitseinrichtung (Krankenhaus oder Pflegeheim). Die Stichprobenziehung erfolgte mittels Schneeballtechnik. Die Stichprobengröße beträgt $n = 43$, mit einem deutlichen Frauenüberhang von 93 % und einer Altersverteilung zwischen 25 und 59 Jahren. Die Mehrzahl der Interviewten (11 Personen) stammt aus der Slowakei, fünf Personen aus Polen, jeweils vier aus Bosnien-Herzegowina und den Philippinen. Drei der Interviewten sind serbischer Herkunft, jeweils zwei der Befragten kommen aus China, Deutschland, Indien, Ungarn, Weißrussland. Von den restlichen Befragten stammt jeweils eine aus Brasilien, Indonesien, Kroatien, Mazedonien, Rumänien, und Tschechien. Damit sind 16 Herkunftsländer in der Stichprobe vertreten.

22 der Befragten haben die österreichische Staatsbürgerschaft angenommen, die übrigen Befragten (21 Personen) haben die Staatsbürgerschaft ihres Herkunftslandes behalten. Alle Befragten haben die Ausbildung zur Diplomierten KrankenpflegerIn absolviert. 35 Personen arbeiten auch in dem ausgebildeten Be-

ruf, zwei Interviewpartnerinnen sind als Pflegehelferinnen tätig und eine Person arbeitet als persönlicher Assistent. Fünf der Personen sind zum Interviewzeitpunkt nicht berufstätig.

Aus den Ergebnissen lassen sich u. a. drei Bereiche identifizieren, die mit dem Belastungsfaktor Gefühls- und Meinungskontrolle in Verbindung gesetzt werden können:

1. erlebte Dequalifizierung: nicht tun dürfen, was man kann und gelernt hat,
2. das Verbot der Muttersprache,
3. erlebte Diskriminierung: zu spüren bekommen, dass man abgelehnt wird, in einem Umfeld, das Diskussionen darüber nicht begünstigt.

Diese drei Bereiche erscheinen von besonderer Relevanz, da es sich um notwendige bzw. schwer vermeidbare Phänomene handelt: Dequalifizierung ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)⁴, das pflegerische Tätigkeiten stärker von ärztlichen Tätigkeiten abgrenzt.

Eine gemeinsame Arbeitssprache ist notwendig, um in multikulturell zusammengesetzten Teams arbeiten zu können. Und PatientInnen, die sich gegenüber migrantischen Pflegekräften ablehnend verhalten, müssen trotzdem versorgt werden.

In Folge werden diese drei Bereiche mit qualitativen und quantitativen empirischen Ergebnissen der Studie illustriert.

Erlebte Dequalifizierung

Die emotionale Belastung von erlebter Dequalifizierung wird in allen 10 inhaltsanalytisch bearbeiteten Interviews deutlich.

„Hier darf man kann gar nix machen. Ich als Pflegehelferin ich tu nur Bett putzen, Blutdruck messen, Blutzucker, das wirkliche schreckliche Tätigkeit. Bei uns, in unsere Land, eine Krankenschwester, wenn ich in OP [Operationssaal], ich übernehme einen Patienten in OP-Bereich oder vor den OP oder nach den OP. [...] wir arbeit zusammen mit dem Narkose-Team und Arzt. Katheter setzen, Infusion, Blut abnehmen, alles ist alles von uns gemacht.“ (B10, S 122, Z 87–93)

„In Polen die Krankenschwestern die Tätigkeiten von Krankenschwestern sind mehr so in Richtung medizinische Tätigkeiten verschoben, also da im Prinzip nimmt man in der Früh Blut ab, gibt Spritzen arbeitet man Visite aus auch so, ich habe Magensonden eingesetzt und zur Magensaftuntersuchung als Schüler was da überhaupt ja überhaupt nicht in Frage kommt. Bluttransfusionen machen auch die Schwestern. Also kein Arzt sticht in Polen in die Vene.“ (B1, S 5, Z 135–141)

„Ich hab mehr mehr gewusst, also wie ich durfte machen. [...] Das war blöd, das war blöd, weil die Umstellung darf ich das nicht machen, das muss ich melden, [...] das ist sicher ah war nicht einfach.“ (B8, S 97, Z 77–84)

„[...] ich habe alles gemacht, was hier Turnusärzte machen. [...] Und für mich war die Anfang sehr schwierig, weil meine Hände ungefähr waren wie gebunden.“ (B6, S 75, Z 122–124)

Gebundene Hände, das Gefühl von Entwertung – das tut weh, ist aber hinzunehmen als notwendige Anpassung an ein anderes Regelwerk. Es darf davon ausgegangen werden, dass Gefühls- und Meinungskontrolle hier eine wichtige Rolle spielt.

Das Verbot der Muttersprache

Die Verwendung einer gemeinsamen Arbeitssprache ist eine Notwendigkeit, die von der Organisation bzw. von Führungskräften als deren RepräsentantInnen klar kommuniziert wird:

„[...] Es wird verlangt, dass man deutsch spricht, auch wenn zwei, wo beide Nationalitäten sind, auf einer Station wird doch ah vom Vorgesetzten erwartet, dass man deutsch spricht und nicht irgendwie eigene Sprache spricht.“ (B1, S 7, Z 218–221)

Es zeigt sich in den qualitativen Analysen, dass dies von migrantischen Pflegekräften auch akzeptiert und selbst eingefordert wird. Sprache wird in seiner Bedeutung als Brücke und Barriere erkannt.

„Ich mag nicht, dass die Kolleginnen [...] vor andere Kolleginnen, die aus andere Länder kommen, so eigene Muttersprache

sprechen. Da störe ich mich ah es stört mich schon. [...] ich spreche mit einer Kollegin chinesisch nur, wenn wir zu zweit sind, [...] aber sobald auf der Station der Dritte da ist, sprechen wir deutsch. Ich mag das nicht, das ist ah, das ist das ist nicht gut eigentlich.“ (B7, S 93, Z 381–387)

Sprache ist aber auch ein Stück Heimat. Aus den Interviews wird deutlich, dass der Verzicht auf die Verwendung der Muttersprache, insbesondere bei Verfügbarkeit von GesprächspartnerInnen, schwierig ist.

„Es ist so genau, wenn wir Beispiel wir sind jetzt drei oder vier aus mein Land, ja und automatisch wir sehen uns, sofort weißt du, slowakisch, ja. Oder oder Beispiel gibt's von Jugoslawia die Kollegin auch, und die redet das ist ähnlich wie slowakisch, das geht so automatisch, das weißt du, das ist von Übungen, geht so bei reden.“ (B3, S 47, Z 677–680)

Erlebte Diskriminierung

Diskriminierungserfahrungen werden mehr oder weniger mit allen InteraktionspartnerInnen gemacht, sowohl mit KollegInnen und Vorgesetzten als auch mit PatientInnen. „Führend“ dabei ist Diskriminierung durch PatientInnen, die von einem Viertel der Befragten berichtet wird. Diskriminierung durch jene Personen also, die als „Kunden“ gewisse Privilegien in Anspruch nehmen können. Es scheint der Schluss zulässig, dass der Umgang mit erlebter Diskriminierung ein gewisses Ausmaß an Gefühls- und Meinungskontrolle erfordert.

Abbildung 6 zeigt das Ausmaß erlebter Diskriminierung in der Gesamtstichprobe (n = 43).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die dargestellten Ergebnisse lassen darauf schließen, dass psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz Spital/Pflegeheim zunehmen werden – zum einen durch die zunehmenden Anteile von migrantischen Pflegekräften mit spezifischen Belas-

„Gebundene Hände, das Gefühl von Entwertung – das tut weh“

Erlebte Diskriminierung häufig durch PatientInnen

Die Sprache als Brücke und Barriere zugleich

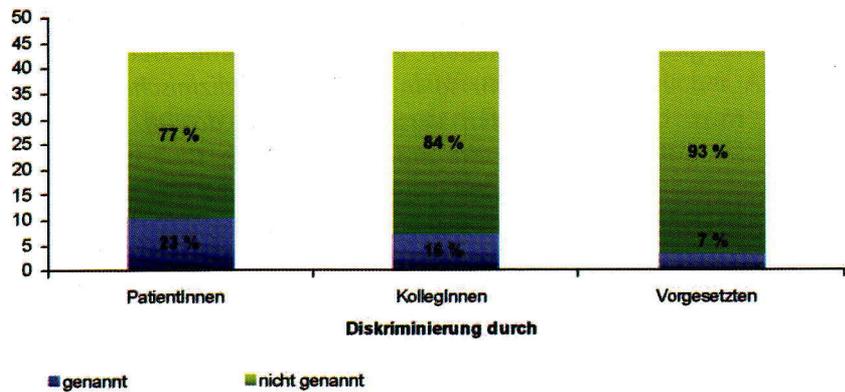


Abb. 6

tungsprofilen, zum anderen durch die für alle Beteiligten notwendige Adaptierungs- und Lernleistung im Arbeiten in multikulturell zusammengesetzten Behandlungsteams.

Damit ist „Diversity“ auch in der Arbeitsmedizin gefragt: zum einen die Berücksichtigung von verschiedenen Belastungsprofilen in multikulturellen Teams, zum anderen die Beachtung neuer v. a. psychischer Belastungen, die sich durch Anforderungen der Integration und durch die notwendig zu leistende Entwicklung neuer Kooperationsformen ergeben.

Fazit und Empfehlungen

MitarbeiterInnen im Krankenhaus sind starken Belastungen im Arbeitsumfeld ausgesetzt. Gefühls- und Meinungskontrolle ist dabei als Faktor, der das Gefühl von psychischer/emotionaler und physischer Belastung beeinflusst, zu beachten.

Gefühls- und Meinungskontrolle wird in den sich verändernden Arbeitsbedingungen mit zunehmend multikulturell zusammengesetzten Behandlungsteams eine zunehmende Rolle spielen. Dies in zweierlei Hinsicht:

1. als Belastungsfaktor, der zunehmen wird und der beobachtet und bearbeitet werden sollte;
2. als notwendige bzw. als Ressource nutzbare Anforderung in einem Arbeitsumfeld, das nicht das Paradies ist.

Insbesondere die „Migrant Nurses Study“ zeigt, dass Belastungsfaktoren, die Gefühls- und Meinungskontrolle notwendig machen, der Situation inhärent sind. Das legt einen Ansatz nahe, der Gefühls- und Meinungskontrolle nicht nur als Stressor sieht, sondern als nutzbare Coping-Strategie

und entwickelbare Methode. Um dies zu leisten, muss auch ein Rahmen oder Raum geschaffen werden, in dem Gefühle und Meinungen ihren Platz finden. Klassische Ansätze auf Interventionsebene sind dafür z. B. Balint-Gruppen und Teamentwicklungsprozesse.

Arbeitsmedizinische Untersuchungen und Interventionen sind auf alle Fälle gefordert, dem Dreieck Gesundheit – Arbeit – Migration zunehmend Beachtung zu schenken.

Anmerkungen

- ¹ in diesem Zeitraum noch nicht die EU 27
- ² <http://europe.osha.eu.int/>
- ³ <http://www.trafo-research.at/cms/scripts/active.asp?vorlage=3&id=343&rubrik=343>
- ⁴ Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) BGBl. I Nr. 108/1997 idGF BGBl. I Nr. 95/1998, BGBl. I Nr. 65/2002, BGBl. I Nr. 6/2004, BGBl. I Nr. 69/2005, BGBl. I Nr. 90/2006 und BGBl. I Nr. 57/2008.

Literatur

- Alexis, O., Vydelingum, V., Robbins, I. (2007) Engaging with a New Reality: Experiences of Overseas Minority Ethnic Nurses in the NHS. In: Journal of Clinical Nursing, Nr. 12, 2221–2228.
- Buchan, J. (2008) How Can the Migration of Health Service Professionals be Managed so as to Reduce any Negative Effects on Supply? Policy Brief. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/75453/E93414.pdf] Zugriff: 10.12.2010.
- Clark, P.F., Stewart, J.B., Clark, D.A. (2007) Migration and Recruitment of Healthcare Professionals: Causes, Consequences and Policy Responses. Policy brief. Focus Migration. Hamburg: Institute of International Economics, No. 7 [http://www.hwwi.de/uploads/tx_wilpubdb/PB07_Health.pdf] Zugriff 10.12.2010.

„Diversity“ auch in Arbeitsmedizin gefragt

Gefühls- und Meinungskontrolle als Belastungsfaktor sowie Ressource

Nicht nur Stressor, sondern nutzbare Copingstrategie

- Europäische Kommission (2005) Communication to the Spring European Council: Working together for growth and jobs. A new start for the Lisbon Strategy. Communication from President Barroso in agreement with Vice-President Verheugen. COM (2005) 24 final. Brussels, 2 February 2005 [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_024en01.pdf] Zugriff 10.12.2010.
- Europäische Kommission (2006) Die demografische Zukunft Europas – Von der Herausforderung zur Chance. Mitteilung der Kommission [http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situation_in_europe/c10160_de.htm#] Zugriff 10.12.2010.
- Eurostat newsrelease (2008) Population projections 2008–2060 [<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/08/119&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>] Zugriff 10.12.2010.
- Dubois, C.-A., McKee, M., Nolte, E. (Hg.) (2008) Human resources for health in Europe. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf] Zugriff 10.12.2010.
- Dumont, J.-Ch., Zurn, P. (2007) Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration. In: International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition. Paris: OECD, 161–228.
- Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S., Glatz, A., Metzler, B. (2010) „zwei Mal ‚Bitte?‘, dann hat die keine Geduld mehr und schimpft sie schon“ Kulturelle Lernprozesse zur Integration von migrantischen Pflegekräften. In: SWS-Rundschau (50. Jg.) Heft 3, 340–356.
- Kawi, J., Xu, Y. (2009) Facilitators and Barriers to Adjustment of International Nurses: An Integrative Review. In: International Nurse Review, Nr. 2, 174–183.
- Lenhart, M., Österle, A. (2007) Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven. Österreichische Pflegezeitschrift Vol. 12: 8-11 [http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2007/12/lenhart_oesterle.pdf] Zugriff 10.12.2010.
- The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union (1997) adapt. 2005 [http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/luxembourg_declaration.pdf] Zugriff 10.12.2010.
- Neubauer, K., Kidd, E. (2010) Policy dialogues on health workforce. The Green Paper on the European Workforce for Health. Next steps. Presentation at the Health Strategy and Health Systems Unit. Leuven, 26 April 2010 [http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/A01_Opening_EC_green_paper_follow-up.pdf] Zugriff 10.12.2010.
- OECD Health Policy Studies (2008) The Looming Crisis in the Health Workforce. How Can OECD countries Respond? OECD Publishing [http://www.who.int/hrh/migration/looming_crisis_health_workforce.pdf] Zugriff 10.12.2010.
- OECD (2010) International Migration of Health Workers. Improving International Co-operation to address the Global Health Workforce Crisis. OECD Policy Brief, February 2010 [<http://www.oecd.org/dataoecd/8/1/44783473.pdf>] Zugriff 10.12.2010.
- Timonen, V., Doyle, M. (2010) Migrant Care Workers' Relationships with Care Recipients, Colleagues and Employers. In: European Journal of Women's Studies, Nr. 1, 25–41.
- Xu, Y. (2007) Strangers in Strange Lands: A Metasynthesis of Lived Experiences of Immigrant Asian Nurses Working in Western Countries. In: Advances in Nursing Science, Nr. 3, 246–265.