

**Migrationsspezifisches Diversitätsmanagement als neue
Herausforderung für Gesundheitsorganisationen.
Faktisch klar. Was sagt die Praxis?**

**Where Evidence meets Reality: Views on Ethno-cultural
Diversity Management for Health Care Organisations**

Mag. Dr. Ursula Karl-Trummer
Masterlehrgang Supervision, Coaching, Organisationsentwicklung
ARGE Bildungsmanagement Wien

2010

Danksagung

Der Ausbildungsgruppe ARGE 21 und ihren TrainerInnen

Der ARGE Bildungsmanagement Wien

Dem Begleiter der Master Thesis, Georg Zepke

Meinen Kolleginnen Sonja Novak-Zezula, Birgit Metzler, Elisabeth Dober und Astrid Glatz (in der Reihenfolge ihres Auftretens in meinem Leben)

Susanne Seper

Den InterviewpartnerInnen

Meinen Eltern, die mich im Jahr 2009 zur steirischen Grundbesitzerin gemacht haben

Meinem Mann, der während meiner Ausbildung viele Abende und Wochenenden allein verbringen musste

Reinhard P. Gruber für das „Steirische Umgangsgespräch“, mir erste Inspirationsquelle für die Verbindung der Themen Migration und Gesundheit.

gesprächen wird in einem wirtshaus in köflach, im tiefen westen der steiermark.

köflacher bauer: „wouhea beistn tou?“

obersteirischer bauer: „neit fa to“

k.b.: „sou schaut a aus, tou bleita trout!“

o.b. „hoiti papm, du westschtairische oaschsau!“

10 köflacher springen von ihren tischen auf.

die steirischen krankenkassen bleiben weiterhin defizitär.

Dankeschön!

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich meine Master Thesis mit dem Titel „Migrationsspezifisches Diversitätsmanagement als neue Herausforderung für Gesundheitsorganisationen. Faktisch klar. Was sagt die Praxis?“ eigenständig verfasst habe. Ich bin damit einverstanden, dass die Master Thesis auf der Website der ARGE Bildungsmanagement Wien veröffentlicht wird.

1 Abstracts

Europa ist aus demografischen und ökonomischen Gründen für seine weitere nachhaltige Entwicklung auf erfolgreiche Migrationsprozesse angewiesen (Padilla & Pereira Miguel 2007). Am Arbeitsmarkt werden sowohl hoch qualifizierte als auch unqualifizierte Arbeitskräfte in spezifischen Sektoren benötigt; der Gesundheitssektor ist dabei einer der wichtigsten Bereiche (Fotakis 2008).

Für diesen Sektor wird ethnokulturell sensible Organisationsentwicklung und Beratung auf zwei Ebenen zunehmend relevant:

- 1) Die Globalisierung des Gesundheitsarbeitsmarktes führt zu steigenden Anteilen von MigrantInnen unter ArbeitnehmerInnen in Organisationen (interne Diversität)
- 2) Gesundheitsorganisationen müssen ihre Dienstleistungen zunehmend auf ethnokulturell heterogene PatientInnen bzw. KlientInnengruppen einstellen (Kundendiversität)

Gleichzeitig ist Migration und die Integration von MigrantInnen ein politisch besetztes, von Emotionen, Mythen und Fragezeichen bestimmtes Thema. Die vorliegende Arbeit eröffnet eine erste Bestandsaufnahme darüber, welches Bild in der Praxis der österreichischen Gesundheitsversorgung zu Bedarf, Möglichkeit und Umsetzung von migrationsspezifischem Diversitätsmanagement gesehen wird. Perspektiven von Entscheidungsträgern und Basis - MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund - wurden durch qualitative Interviews erhoben und werden zur Diskussion gestellt.

Migration in the EU is needed for demographic and economic reasons (Padilla & Pereira Miguel 2007). Labour force is needed for highly qualified and for low skilled jobs in specific sectors among which healthcare is one of the most important (Fotakis 2008). Migrants are not a homogenous group; they represent diverse people in terms of ethnicity, gender, age, religion, migration background, socioeconomic background etc.

For organisations within the health care sector, organisational development and counselling to implement ethno-cultural diversity management gains increasing importance in a twofold way:

- 1) The globalisation of the health care labour market leads to increasing proportions of migrants among health care professionals and makes the health care sector an important workplace setting (internal diversity)
- 2) Health care organisations have to provide adequate services for an increasingly culturally diverse group of patients (client diversity)

At the same time the discussion of migration and processes of integration are issues that are high on a political agenda, often characterised by emotions, myths and question marks without evidence.

This paper draws a first picture on how needs, possibilities and ways of implementation of ethno-cultural diversity management for and in Austrian health care organisations are seen by stakeholders both from a strategic as from an operative position.

Inhaltsverzeichnis

1	Abstracts	3
2	Einleitung	6
3	Diversity Management und Migration: Begriffsklärung und Eingrenzung der Thematik	7
4	Gesellschaftliche Relevanz des Themas	8
4.1	Migration und Gesundheit	8
4.2	Migration und Gesundheitspersonal	11
4.3	MigrantInnen und Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich	13
4.4	Gesundheitliche Probleme von MigrantInnen und Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich	14
4.5	MigrantInnen und Menschen mit Migrationshintergrund als MitarbeiterInnen in österreichischen Gesundheitsorganisationen	16
5	Migrationsspezifisches Diversity Management im Gesundheitsbereich	17
6	Empirische Fragestellung	18
7	Methodischer Zugang	19
7.1	Auswertung	23
8	Ergebnisse	25
8.1	Sichtweisen von Entscheidungsträgern	25
8.2	Sichtweisen von Pflegekräften mit Migrationshintergrund	31
8.2.1	Migrationsgründe	35
8.2.2	Ausbildung im Herkunftsland und Arbeit in Österreich	44
8.2.3	Arbeitsbeziehungen	55
8.2.4	Ausblick	75
8.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	89
9	Fazit und Ausblick: „Augen zu und durch“?	92
10	Literatur	93
11	Appendix	99
11.1	Interviewleitfaden 1: Entscheidungsträger	99
11.2	Interviewleitfaden 2: Pflegekräfte	100
11.3	Transkripte	104

2 Einleitung

Diversitätsmanagement im Gesundheitswesen wird zunehmend als notwendige Maßnahme zur Qualitätssicherung von Leistungen der Gesundheitsversorgung und zur Organisationsentwicklung gesehen. Das eröffnet ein neues Feld der Supervision und Beratung auf persönlicher Ebene, z.B. in Bezug auf den Umgang in interkulturell besetzten Arbeitsgruppen und mit heterogenen KundInnen bzw. PatientInnen, ebenso wie auf Ebene der Organisationsberatung. Europäische Projektinitiativen wie das „Migrant Friendly Hospital“¹ zeigen Bedarf und Machbarkeit von Organisationsentwicklungsprozessen auf, ebenso aber auch aktuelle Grenzen. Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, wie Stakeholder aus Politik und Gesundheitsorganisationen Bedarf, Bedingung und Möglichkeit von Diversitätsmanagement einschätzen. Dazu wurden im Zeitraum von Mai 2009 bis August 2009 Stakeholderinterviews auf zwei Ebenen durchgeführt: Auf Ebene von Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen und auf Ebene von MitarbeiterInnen im Krankenhaus, die ihrerseits Migrationshintergrund haben.

Grenzen der Arbeit

Vorliegende Arbeit zeichnet kein repräsentatives Bild, sondern bietet eine erste Bestandsaufnahme zu Sichtweisen auf migrationspezifische Diversität² im Gesundheitswesen aus Sicht von Personen, die einen „Gestaltungsauftrag“ im Gesundheitssystem innehaben und von Personen, die Diversität als Personen mit Migrationshintergrund im Arbeitsalltag erleben. Die Arbeit erhebt damit keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit sondern hofft im Gegenteil, als Anstoß zu einer breiteren Debatte und weiteren Arbeiten zum Thema tauglich zu sein.

¹ <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>, Zugriff 21.08.2009

² Dieser Begriff wird in weiterer Folge in dieser Arbeit als deutsches Äquivalent für den englischen Ausdruck ethno-cultural diversity management verwendet.

3 Diversity Management und Migration: Begriffsklärung und Eingrenzung der Thematik

Diversitätsmanagement bzw. Diversity Management lässt sich breit gefasst als die systematische Beachtung und Nutzung von Unterschieden bezeichnen. Die Österreichische Gesellschaft für Diversity Management, die „Austrian Society for Diversity“, definiert: „Diversity Management ist ein multidimensionaler Ansatz zur gezielten Wahrnehmung, Nutzung und Förderung von Vielfalt in sozialen Systemen wie Profit- und Nonprofit-Unternehmen, öffentlichen Organisationen sowie Gruppen und Teams.“³

Der Begriff „Diversity Management“ schließt dabei allgemein verschiedenste Unterschiede wie Alter, Herkunft, physische/psychische Beeinträchtigung, Gender und sexuelle Orientierung, mit ein. So definiert die Universität Salzburg Diversity Management als „eine personalwirtschaftliche und organisatorische Strategie der Führung eines Unternehmens oder einer Organisation [...], die Vielfalt von MitarbeiterInnen wahrzunehmen, zu fördern und zu nutzen. Diese Vielfalt besteht etwa im unterschiedlichen Alter, Geschlecht, der sozialen Herkunft, Lebensstile oder Kultur der MitarbeiterInnen. Wertevielfalt und Pluralismus sind die grundlegenden Prinzipien.“⁴

Die Universität Wien bietet einen Überblick über rechtliche Grundlagen und Europäische Initiativen zur Förderung von Diversity (Management)⁵.

Und es lassen sich noch viele andere, sehr ähnliche Definitionen von verschiedenen Universitäten, Stakeholdern aus der Wirtschaft und Beratungsunternehmen finden.

In der gegenständlichen Arbeit meint Diversity Management das Management von aus Migrationsprozessen resultierender kultureller, ethnischer, staatsbürgerschaftlicher Heterogenität und damit migrationsspezifische Diversität. Das gewählte gesellschaftliche Feld ist das Gesundheitssystem und damit die Konzentration auf

³ http://www.societyfordiversity.at/show_content.php?hid=1, Zugriff 21.08.2009

⁴ http://www.uni-salzburg.at/portal/page?_pageid=161,230831&_dad=portal&_schema=PORTAL, Zugriff 27.07.2009

⁵ <http://www.univie.ac.at/diversity/diversesuniversitaer.html>, Zugriff 21.08.2009

migrationspezifische Heterogenität von Gesundheitspersonal und PatientInnen/KlientInnen von Gesundheitsorganisationen.

Vielleicht unerwartet ist auch der Begriff „Migration“ und „MigrantIn“ vielschichtig. Die International Organisation for Migration (IOM) hat dazu ein eigenes Glossary herausgegeben, dessen Vorwort die Schwierigkeit feststellt: „There is an absence of universally accepted definitions, which stems partially from the fact that migration is something which has traditionally only been addressed at the national level; the result is that the usage of migration terms varies from country to country”. (IOM 2004: 3) Unter dem Begriff „migrant“ heißt es: “At the international level, no universally accepted definition of migrant exists. The term migrant is usually understood to cover all cases where the decision to migrate is taken freely by the individual concerned for reasons of ‘personal convenience’ and without intervention of an external compelling factor. This term therefore applies to persons, and family members, moving to another country or region to better their material or social conditions and improve the prospect for themselves or their family.” (ebd.: 40)

Diese Definition wird in gegenständlicher Arbeit übernommen. Damit sind spezifische und besonders vulnerable MigrantInnengruppen wie Flüchtlinge, Asylsuchende oder verschleppte Personen nicht berücksichtigt. Es ist dabei zu betonen, dass gerade solche MigrantInnengruppen wohl die größten Herausforderungen für Gesundheitssysteme darstellen. Ihre Nicht-Berücksichtigung in gegenständlicher Arbeit ist eine notwendige Komplexitätsreduktion, und keine Negation ihrer Relevanz und Bedeutung.

4 Gesellschaftliche Relevanz des Themas

4.1 Migration und Gesundheit

Europa braucht für seine nachhaltige Weiterentwicklung erfolgreiche Migration. Zunehmende Migrationsprozesse und daraus resultierende ethnische/kulturelle Heterogenität sind eine sozial notwendige und irreversible Realität.

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 bis 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 Netto-Migration ist bei dieser Prognose der einzige Faktor für Bevölkerungswachstum. Bereits seit den 1990er Jahren stellte die positive Netto-Migration (d.i. mehr Zu- als Abwanderung) den größten Anteil von Populationsveränderung in den meisten EU-Mitgliedsstaaten⁶ dar.

Migration kann als Ressource und Potenzial für Innovation und ein ökonomisch erfolgreiches und sozial stabiles Europa betrachtet werden. Gesundheit ist dafür sowohl eine Voraussetzung als auch ein Ergebnis erfolgreicher Migrationsprozesse. Die zunehmende Relevanz des Themas zeigt sich zum einen in den beobachtbaren demografischen und arbeitsmarktspezifischen Entwicklungen, zum anderen in der öffentlichen Diskussion, die sich zunehmend auf verschiedenste Weise mit Migration auseinandersetzt.

Noch ist die Wissenslage über Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit dürftig und eine Verbreiterung dieser Wissenslage gefordert (Mladovsky 2007). Bekannt ist, dass Gesundheit ungleich verteilt ist: Es besteht ein sozialer Gradient von Gesundheit, wobei sozio-ökonomische Determinanten, von denen MigrantInnen besonders betroffen sind, eine wesentliche Rolle spielen (Wilkinson & Marmot 2003). Europäische Politik bezeichnet in wesentlichen Dokumenten sozial gemachte Ungleichheit von Gesundheit als unfair und postuliert die Notwendigkeit von Veränderung von Rahmenbedingungen und wesentlichen Gesundheitsdeterminanten wie Arbeitsbedingungen und soziale Unterstützung und Eingebundenheit. So zum Beispiel in der „Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU“ vom Oktober 2009⁷. Darin heißt es: „Die Kommission betrachtet das Ausmaß der

⁶ In diesem Zeitraum noch nicht die EU 27.

⁷ in verschiedenen Sprachen als pdf unter

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/cons_inequalities_en.htm Zugriff 22.12.2009

gesundheitlichen Ungleichheit zwischen Menschen, die in verschiedenen Teilen der EU leben, sowie zwischen den sozial benachteiligten und den bessergestellten EU-Bürgerinnen und -Bürgern als eine Herausforderung an ihr Engagement für Solidarität, sozialen und wirtschaftlichen Zusammenhalt, Menschenrechte und Chancengleichheit.“ (EC 2009: 2)

Präzise Daten zum Gesundheitszustand von MigrantInnengruppen in Europa zu generieren wird als ebenso wichtig wie schwierig bezeichnet. Genannte Hinderungsgründe sind medizinische Forschungslogik, die homogene Samplings favorisiert, die Problematik der Erhebung eines ethnischen Status, was als diskriminierend abgelehnt werden kann. Weiter zeigt sich, dass MigrantInnen weniger oft an Untersuchungen teilnehmen bzw. niedrige Antwortraten bei Befragungen aufweisen (Mladovsky 2007).

Ein von der Europäischen Kommission beauftragter Review zum Gesundheitsstatus von MigrantInnen und Gesundheitsdeterminanten zeigt demnach zunächst einmal auf, dass die Datenlage dürftig ist (Mladovsky 2007). Bekannt ist der “healthy migrant effect” – MigrantInnen der ersten Generation sind gesünder als die Durchschnittspopulation des Aufnahmelandes - der auf eine migrationsspezifische Selektion zurückgeführt wird: Man begibt sich jung und gesund auf die Reise in ein anderes Land, um dort zu arbeiten, und man wird dort in diesem Zustand auch eher aufgenommen. Dieser Effekt verschwindet mit der Zeit, d.h. mit zunehmender Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland schrumpft dieser „Gesundheitsvorteil“ dramatisch (Mackenbach et. al. 2005).

Ein weiterer Review zu mentaler Gesundheit von MigrantInnen in Europa warnt vor der Zunahme des „Ulysses syndrome“, einer chronischen mentalen Belastungssituation, von depressiven Symptomen gemischt mit Angstzuständen, psychosomatischen und dissoziativen Symptomen (Carta et al. 2005).

Im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung scheinen MigrantInnen öfter von Infektionskrankheiten, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Gewalt, Drogenmissbrauch, Unfällen und Verletzungen betroffen zu sein (Mladovsky 2007).

Dabei wird vor Generalisierung gewarnt. MigrantInnen in Europa sind eine heterogene Gruppe mit einer großen Varianz von Determinanten, die als einflussreich auf Gesundheit betrachtet werden. Genannt sind hier ethnische, kulturelle, sozio-ökonomische, spezifische Migrationsgeschichte, und genetische Faktoren (Ingleby et al. 2005), sowie auch Lebens- und Arbeitsbedingungen, soziale Netzwerke und individuelle Lebensstile (Portuguese Presidency Report 2007).

Nutzung des Gesundheitssystems

Generell wird aufgezeigt, dass MigrantInnen dazu tendieren, spät in die Gesundheitsversorgung einzutreten, was insbesondere in der Mutter-Kind-Betreuung und Schwangerschaftsbetreuung als hoch problematisch gesehen wird (Mladovsky 2007). Der Zugang zu Gesundheitsleistungen wird erschwert durch kulturelle Differenzen, Unkenntnis des Gesundheitssystems, Sprachschwierigkeiten, aber auch durch das Fehlen zielgruppenspezifischer Angebote und Einrichtungen (Fernandes et al. 2007, European Union Agency for Fundamental Rights 2008, IOM 2007).

Krankenhäuser werden damit zu besonders wichtigen Organisationen, da Krankenhausambulanzen die niederschwelligsten Anlaufstellen sind. Das wird auch für Österreich festgestellt: „Den Migrant/innen fehlt meistens jegliche Information über das österreichische Gesundheitssystem und somit über die Leistungsangebote im extra- und intramuralen Bereich. Daher genießen die Ambulanzen von Krankenanstalten einen unverhältnismäßig hohen Zulauf, da MigrantInnen in ihrem Heimatland meist schon zur Primärversorgung Krankenanstalten aufsuchen. Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass jedoch ein verzögerter Zugang zum ambulanten Bereich erfolgt. Erst wenn der Leidensdruck sehr hoch ist, wird eine Ambulanz aufgesucht.“ (BMGF 2005: 6)

4.2 Migration und Gesundheitspersonal

Prognosen weisen eine zunehmende Alterung für die Bevölkerung der EU 27 aus. Der Anteil der Bevölkerung mit 65 und mehr Jahren wird von 17,1% im Jahr 2008 auf 30,0% im Jahr 2060 steigen. Für jene mit 80 und mehr Jahren wird für denselben Zeitraum ein Wachstum von 4,4% auf 12,1% vorausgesagt (Eurostat newsrelease 2008).

Das bedeutet auch zunehmenden Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen, der von ebenfalls alternden 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 fünf Pflegekräften älter als 50 Jahre 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, 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 im Ruhestand befindlich (Dubois et al. 2008: 19f).

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 wohlhabenderen 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 (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. Dazu kommt die Bedrohung jener Länder, die Gesundheitspersonal durch Migration verlieren. „The primary dilemma facing any proposal for regulation is how to balance the rights and the needs of the main actors involved - healthcare professionals, developed countries and developing countries. Most observers of globalisation agree that freedom of movement to improve one's professional and personal circumstances is a basic human right. Denial of this right by source countries is not a tenable strategy for dealing with the problem of migration. However, unfair terms of trade and the legacy of colonialism have created

market conditions in which a wholesale reliance on free markets will devastate healthcare provision in developing countries.” (Clark et.al 2007: 5)

Eine der fünf politischen Grundausrichtungen der Europäischen Union ist es daher, 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 (EC 2006). Das EU Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities stellt klar fest, dass Europa Migration braucht, um sozial und ökonomisch erfolgreich zu sein und zu bleiben. Europäische Arbeitsmärkte brauchen insbesondere hoch qualifizierte Arbeitskräfte und Arbeitskräfte mit wenig Qualifikation für Arbeitsplätze, die als „3D-Jobs“ (Dirty, Demanding, Degrading) bezeichnet werden (Fotakis 2008).

4.3 MigrantInnen und Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich

Laut Statistik Austria lebten Anfang 2008 in Österreich insgesamt etwa 8,3 Millionen Personen. Die Anzahl der Ausländerinnen und Ausländer beträgt 855.000, was einem Anteil von 10,3% der Gesamtbevölkerung entspricht. 17,4% der Gesamtbevölkerung bzw. 1,427 Millionen Menschen haben einen Migrationshintergrund. Diese Bezeichnung bezieht sich auf Menschen, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden (Statistik Austria 2008) und ist damit ein ungenaues Maß für den Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund, da er Kinder aus Beziehungen, in denen ein Elternteil österreichische Staatsbürgerschaft besitzt, nicht mit einschließt.

Die Verteilung der 855.000 AusländerInnen nach Herkunftsland zeigt 35,3% Angehörige anderer EU-Staaten mit Deutschland als gruppenstärkstes Land (125.000), danach kommen Polen (36.800), Rumänien (28.700), Ungarn (19.900), Slowakei (16.300) und Italien (14.200). MigrantInnen aus Nicht-EU Staaten kommen größtenteils aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei.

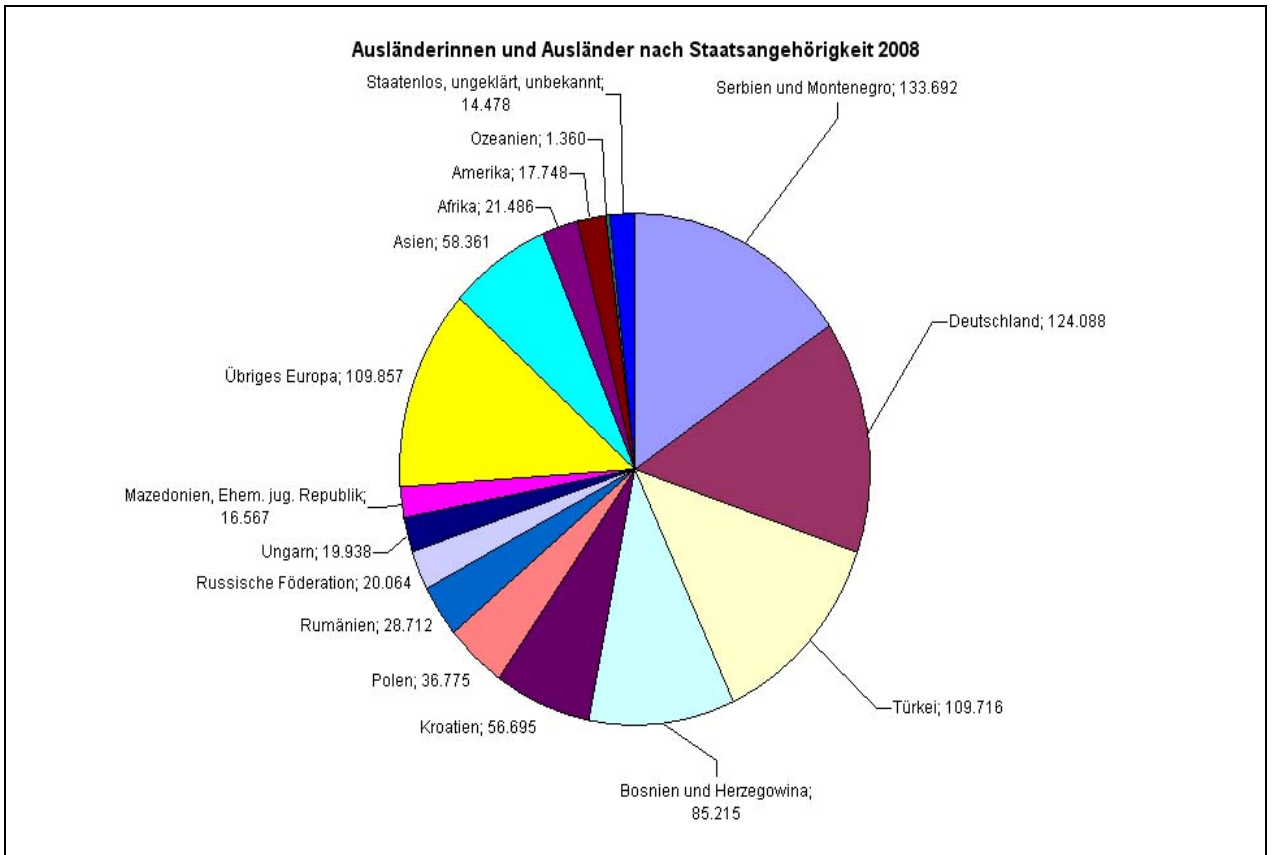


Abbildung 1: Verteilung AusländerInnen nach Staatsangehörigkeit 2008

In der Verteilung der Wohngebiete zeigt sich eine eindeutige Priorisierung des urbanen Raums: Wien hat mit 36% den höchsten Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, danach kommt Vorarlberg mit 21 %. Das Burgenland hat mit 8% den geringsten Anteil, ähnlich wie die Steiermark und Kärnten mit jeweils 9%.

4.4 Gesundheitliche Probleme von MigrantInnen und Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich

Daten aus der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007“ (Statistik Austria 2008) zeigen wesentliche Punkte zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten für Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich auf:

Subjektiver Gesundheitszustand: Die Wahrscheinlichkeit für einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand ist im Vergleich zu Migranten aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei bei Männern ohne Migrationshintergrund über alle Altersgruppen hinweg mehr als doppelt so groß. Bei Frauen ohne Migrationshintergrund, ist die Wahrscheinlichkeit, sich gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen, beinahe drei Mal so hoch wie bei Migrantinnen aus diesen Herkunftsländern.

Lebensqualität wird von MigrantInnen aus Jugoslawien und der Türkei generell schlechter beurteilt, das betrifft v.a. Umwelt, Vitalität, sowie psychisches Wohlbefinden. Eine Ausnahme bildet die Beurteilung sozialer Beziehungen.

Chronische Erkrankungen sind höher bei MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei (Männer: 66% bzw. 59%; Frauen 69% bzw. 63%). Das gilt bei Männern mit Migrationshintergrund für Migräne/häufige Kopfschmerzen, chronische Angstzustände und Depression sowie Wirbelsäulenbeschwerden. Frauen mit Migrationshintergrund leiden deutlich häufiger unter Diabetes (3,4-fach erhöhtes Risiko), Bluthochdruck, Depression und chronischen Angstzuständen, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus.

Schmerzprävalenz: Männer und Frauen mit Migrationshintergrund haben deutlich häufiger Schmerzen (Männer: 41% bzw. 34%; Frauen: 44% bzw. 39%), signifikant häufiger in den Regionen Oberschenkel, Knie, Unterschenkel, Schultern/Rücken. Frauen haben ein doppelt so hohes Risiko an Migräne und Kopfschmerzen oder an Schmerzen in der Schulter zu leiden.

Im Gesundheitsverhalten zeigen sich signifikante Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung bezüglich Ernährung, Bewegung und Tabakkonsum: Adipositasraten sind bei Frauen mit Migrationshintergrund mit 23% deutlich höher als bei 11% Allgemeinbevölkerung, bei Männern beträgt das Verhältnis 17% mit Migrationshintergrund zu 11% ohne Migrationshintergrund.

Männer und Frauen aus Ex-Jugoslawien und Türkei rauchen signifikant öfter täglich (Männer: 41% zu 26%; Frauen: 29% zu 21%). Ähnliches gilt für körperliche

Aktivitäten, wo mit Ausnahme der jungen männlichen Bevölkerung (15 bis 34 Jahre) mit einer Aktivitätsquote in beiden Gruppen von 40% Männer (Männer: 28% zu 32%) und Frauen (15% zu 24%) mit Migrationshintergrund weniger Sport treiben.

Sehr vereinfacht ausgedrückt treffen hier erhöhter Bedarf und ungenügende Angebote aufeinander. Im Bericht des österreichischen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zur „Interkulturelle[n] Kompetenz im Gesundheitswesen“ (BMGF 2005) wird klar festgestellt, dass Einrichtungen des österreichischen Gesundheitssystems zur adäquaten Betreuung von Personen mit Migrationshintergrund Entwicklungsbedarf auf struktureller und kultureller Ebene haben:

„Großteils fehlt in den Führungsebenen der Krankenanstaltenträger und in der Verwaltung von Krankenanstalten die Akzeptanz der Notwendigkeit einer interkulturellen Integration. Es fehlen in dieser Hinsicht für Österreich jegliche Daten oder Erhebungen. Es fehlt insbesondere beim medizinischen Personal sowohl in der Aus-, Fort- und Weiterbildung das Wissen um das individuelle und zwischenmenschliche Verhalten von medizinischem Personal und PatientInnen in anderen Kulturkreisen, sowie das zwischenmenschliche Verhalten von Patient/innen und Angehörigen. Im Vordergrund stehen die Sprachprobleme, da die gesamte Kommunikation und Information zwischen medizinischem Personal und Migrant/innen schlecht und ungenügend abläuft. Es fehlen Dolmetscher.“ (BMGF 2005: 5)

4.5 MigrantInnen und Menschen mit Migrationshintergrund als MitarbeiterInnen in österreichischen Gesundheitsorganisationen

Das österreichische Gesundheitswesen sucht seit spätestens 50 Jahren nach Arbeitskräften mit Migrationshintergrund: Bereits in den 1960er Jahren migrierten Pflegekräfte aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Österreich, 1974 wurden rund 700 Krankenschwestern von den Philippinen angeworben (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 (OECD 2007, Buchan 2008) mit Anteilen aller Pflegekräfte von 10,5% in österreichischen Alten- und Pflegeheimen und 8,2% in Krankenanstalten mit nicht-

österreichischem Ausbildungshintergrund. Rund 61% haben ihre Ausbildung in einem anderen EU- Land, 39% in einem Drittstaat absolviert, als wichtigste Herkunftsländer werden in der Europäischen Union Deutschland, Polen, die Slowakei und die Tschechische Republik, in den Drittstaaten Bosnien-Herzegowina, Kroatien, die Philippinen und Indien genannt (Lenhart & Österle 2007).

5 Migrationsspezifisches Diversity Management im Gesundheitsbereich

Migrationsspezifisches Diversity Management wird für Gesundheitsorganisationen im Licht der geschilderten Grundbedingungen in zweifacher Hinsicht relevant:

- 1) Gesundheitsorganisationen sollten zunehmend die Bedürfnisse von PatientInnen bzw. KlientInnen mit Migrationshintergrund berücksichtigen und diesen nach Möglichkeit entsprechen.
- 2) Gesundheitsorganisationen haben mit einer migrationsspezifischen Heterogenität des Gesundheitspersonals umzugehen.

Daran anschließende Initiativen in Österreich sind z.B. das im Rahmen des Europäischen Sozialfonds (EQUAL) durchgeführte, aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit der Republik Österreich finanzierte und inhaltlich von der Volkshilfe koordinierte Projekt „diversity@care - MigrantInnen in der mobilen Pflege und Betreuung“⁸.

Eine Studie des Ludwig Boltzmann Instituts für Menschenrechte ⁹ nennt ein Projekt des Krankenanstaltenverbundes „Vielfalt als Stärke – ausgewählte Aktivitäten integrationsorientierten Diversitätsmanagements des Wiener Krankenanstaltenverbundes“. Laut Projektbeschreibung soll „Mittels integrationsorientiertem Diversitätsmanagement [...] die Heterogenität der Beschäftigten des Wiener Krankenanstaltenverbundes mit Wertschätzung beachtet, als enorme Ressource erkannt und zum Vorteil aller Beteiligten integriert und genutzt werden.

⁸ <http://www.volkshilfe.at/diversitycare>, Zugriff 28.12.2009

⁹ <http://bim.lbg.ac.at/files/sites/bim/Positive%20Massnahmen/kapitel5.html>, Zugriff 28.12.2009

Zudem soll den unterschiedlichen Bedürfnissen der PatientInnen und BewohnerInnen des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) unter Einsatz dieser Unternehmensstrategie besser Rechnung getragen werden.“ (Wladasch et.al. 2009: Kap.5¹⁰)

Das in Österreich koordinierte Europäische Projekt „Migrant Friendly Hospitals“ arbeitete mit 12 Europäischen Krankenhäusern an einer Implementierung von Maßnahmen des Diversity Management und formulierte in der “Amsterdam Declaration” Empfehlungen für Spitalsbetreiber/Management und Qualitätsmanagement, KrankenhausmitarbeiterInnen/Gesundheitsberufe, BenutzerInnen (aktuelle und potentielle PatientInnen, Angehörige)/RepräsentantInnen von MigrantInnengruppen bzw. ethnischen Minderheitsgruppen, Gesundheitspolitik und Administration sowie Gesundheitswissenschaften.

Ein zentrales Ergebnis dieses Projekts ist die Einsicht der Notwendigkeit der Einbettung von solchen Maßnahmen in einen umfassenderen Prozess der Organisationsentwicklung hin zu einer erhöhten „difference sensitivity“ (Karl-Trummer & Krajic 2007).

Man kann sagen, dass diese Projektaktivitäten eines gemeinsam haben: Ihr Befund, dass viel zu tun und die Implementierung von Diversity Management in Österreich in seinen Anfängen ist.

6 Empirische Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit werden folgende Fragestellungen behandelt:

1. Wie schätzen Personen in leitenden Funktionen der Gestaltung des österreichischen Gesundheitswesens die Notwendigkeit und Umsetzbarkeit von migrationsspezifischem Diversity Management ein?
2. Wie erleben MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund in Krankenhäusern bzw. Pflegeheimen als maßgeblichen Organisationen des Gesundheitswesens den Umgang mit Diversität in der eigenen Organisation und im täglichen

¹⁰ Online-Publikation ohne Seitennummerierungen

Handeln? Was sind ihre Migrationserfahrungen und welchen Unterstützungsbedarf sehen sie?

7 Methodischer Zugang

Es wurde der qualitative Zugang von explorativen, leitfadengestützten Interviews gewählt. Diese sind auf zwei Ebenen angesiedelt.

1) Die Ebene von Entscheidungsträgern in Politik/Policyentwicklung¹¹ und Praxis

Die Anfrage der InterviewpartnerInnen erfolgte nach dem Kriterium der Repräsentanz der wesentlichen politischen Verantwortung und des politischen Gestaltungsauftrags sowie der Repräsentanz eines wesentlichen Praxisakteurs in der intramuralen Gesundheitsversorgung.

Drei Interviewpartner wurden erfolgreich angefragt:

Hon.Prof. Dr. Robert Schlögel, Leiter der Sektion II, Verbrauchergesundheit und Gesundheitsprävention des Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) und Mag. Christoph Hörhan, Leiter des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) als Leitungspersonen auf der Ebene gesundheitspolitischer Strategieentwicklung und Steuerung, sowie Herr Reinhard Faber, Abteilungsleiter Dienststelle Personal des Krankenanstaltenverbund Wien (KAV). Der KAV zählt laut eigener Aussage auf seiner Homepage „zu den größten Gesundheitseinrichtungen Europas“¹². Er betreibt 12 Spitäler und 11 Geriatriezentren der Stadt Wien mit jährlich 400.000 stationär aufgenommenen PatientInnen. Der KAV ist Arbeitgeber für insgesamt 32.000 MitarbeiterInnen. Weiters betreibt er als größter Ausbilder für Gesundheitsberufe in Österreich diverse Schulen und Akademien für Gesundheits- und Krankenpflege und medizinisch-technische Dienste.

¹¹ Der englische Begriff „policy“, der stärker die inhaltliche Dimension von Politik (Ziele und Strategien zur Zielerreichung) betont, hat im Deutschen keine Entsprechung.

¹² http://www.wienkav.at/kav/texte_anzeigen.asp?id=24619, Zugriff 01.09.2009

Nachstehende Abbildung gibt einen Überblick über die ausgewählten Interviewpartner:

Bereich	Organisation	Person/Funktion
Politik, Policy	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ)	Hon.Prof. Dr. Robert Schlögel, Leiter der Sektion II, Verbrauchergesundheit und Gesundheitsprävention http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/service.html?channel=CH0519&doc=CMS1201615201973 (Zugriff 18.08.2009)
Politik, Policy	Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)	Mag. Christoph Hörhan, Leiter FGÖ http://www.fgoe.org/der-fonds/organisation/geschaeftsstelle/geschaeftsfuhrung/christoph-hoerhan (Zugriff 20.05.2009)
Praxis- Anbieter Gesundheits- leistungen kurativ/intra- mural, öffentlicher Bereich	Krankenanstaltenverbund Wien (KAV)	Reinhard Faber, Abteilungsleiter Dienststelle Personal http://www.wienkav.at/kav/fanz/personen_anzeigen.asp?ID=1586 (Zugriff 20.05.2009)

Abbildung 2: Interviewpartner Ebene Entscheidungsträger

Technische Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden jeweils in den Büroräumlichkeiten der Interviewten durchgeführt. Ziel war das Entstehen einer informellen, entspannten Gesprächsatmosphäre, in der diese Entscheidungsträger auch eine Verbindung zu ihren kreativen Quellen aufbauen und ins Fantasieren einer wünschenswerten Zukunft kommen können. Auf Tonbandaufnahmen wurde hier verzichtet.

Inhaltlicher Aufbau und Fokus der Interviews

(vgl. auch Interviewleitfaden im Anhang)

Der Aufbau der Interviews orientiert sich nach Dialog-Interviews nach Claus Otto Scharmer (2009) mit einer Zielrichtung der kreativen und reflektierenden Entwicklung von Inhalten: „Dialogue interviews are intended to engage the interviewee in a reflective and generative conversation. [...] [Purpose is] to create a generative conversation that allows for reflection, thinking together and some sparks of collective creativity to happen.“¹³

Im inhaltlichen Aufbau wurden fünf einander überschneidende¹⁴ Leitfragen behandelt:

- 1) Was verbinden Sie mit dem Begriff „Diversity Management“ in Bezug auf Gesundheit und Migration – was sind für Sie die wichtigsten Themenfelder?
- 2) Welche Probleme sehen Sie in Bezug auf Diversität im Gesundheitswesen – intern und extern (in Bezug auf Fachkräfte und auf KlientInnen/PatientInnen) im Gesundheitswesen?
- 3) Was sind aus Ihrer Perspektive die wesentlichen Herausforderungen?
- 4) Wer sind für Sie die wichtigsten Stakeholder und Akteure?
- 5) Was würden Sie tun/beauftragen, wenn Sie freien Zugriff auf Ressourcen hätten und frei entscheiden könnten?

Die Dauer der Interviews betrug zwischen 1 und 2,5 Stunden.

2) Die Ebene von Arbeitskräften in Gesundheitsorganisationen

Insgesamt wurden 10 Interviews mit Pflegekräften mit Migrationshintergrund geführt. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte über eine Einladung im Rahmen einer Lehrveranstaltung der Universität Wien¹⁵ und im Weiteren über Schneeballtechnik.

¹³ zitiert nach <http://www.presencing.com/tools/dialogueint.shtml>, Zugriff 28.12.2009

¹⁴ Überschneidend insofern, als dass die Frage nach Problemen und Herausforderungen, prioritären Handlungsfeldern, wesentlichen Akteuren/Stakeholdern und individuell präferierten Aktionen Fragestellungen sind, die verschiedene Zugänge zu zwei zentralen Fragen anbieten: was steht an und wer soll es tun?

Technische Durchführung der Interviews

Die Interviews fanden teilweise in der Wohnung der Interviewten, teilweise in Seminarräumlichkeiten statt. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Mit Ausnahme eines Interviews, in dem Mutter und Tochter (beschäftigt in derselben Gesundheitsorganisation) gemeinsam interviewt wurden, wurden Einzelinterviews durchgeführt.

Inhaltlicher Aufbau und Fokus der Interviews

(vgl. auch Interviewleitfaden im Anhang)

Die Interviews sind als biografische Interviews konzipiert, in denen die Interviewten eingeladen werden, ihre Migrations- und Integrationserfahrungen zu schildern. Insgesamt folgen diese Interviews einem lebensgeschichtlichen Hintergrund, der folgende inhaltliche Hauptstränge thematisiert:

1. Migrationshintergrund
2. Arbeit
3. Ausbildung
4. Lebenswelt
5. Beruflicher und privater Ausblick

¹⁵ Soziologische Praxisfelder: Migration und Gesundheit, Sommersemester 2009, LV-LeiterInnen Mag. Dr. Ursula Karl-Trummer und Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula.

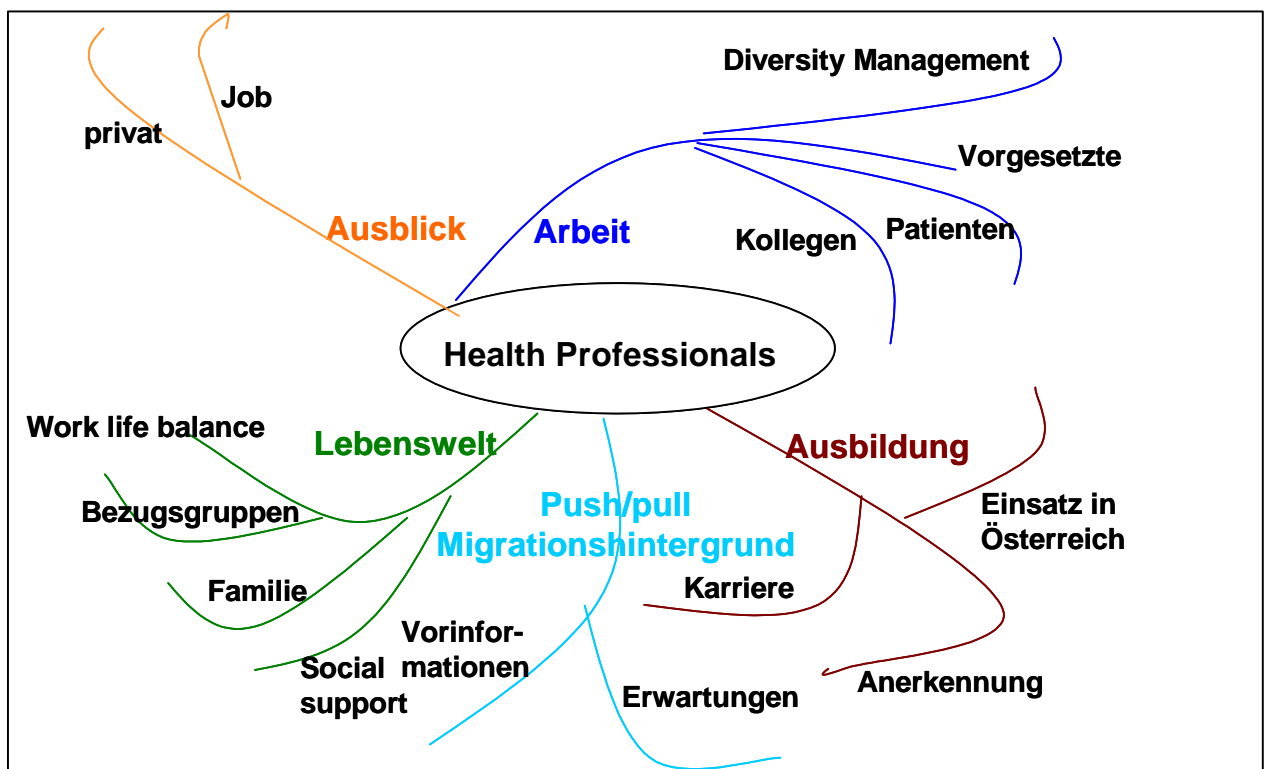


Abbildung 3: Cognitive Map biografische Interviews

Die Dauer der Interviews betrug im Durchschnitt 55 Minuten, wobei das längste Interview 76:49 min, das kürzeste 42:21 min. dauerte.

Für die vorliegende Arbeit wurden v.a. die Stränge Migrationshintergrund, Arbeit, Ausbildung und beruflicher Ausblick bearbeitet.

7.1 Auswertung

Die Auswertung folgt der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring. Allgemein gefasst ist die qualitative Inhaltsanalyse eine Methode, die darauf abzielt, den Inhalt von „fixierter Kommunikation“ (Mayring 2000a: 2) - also z.B. Transkripte, Dokumente, Filme - zu analysieren. Darüber hinaus geht es auch darum den „latenten Inhalt“ (ebd.: 2), den im Material verborgenen, erst zu erschließenden Inhalt, herauszuholen.

Die Inhaltsanalyse wird durch systematische Bearbeitung des Materials durchgeführt. Die Bearbeitung unterliegt also einer schrittweisen und regelgeleiteten Analyse. Dabei ist es wesentlich, Kategorien zu bilden und mit Hilfe derer das Datenmaterial zu bearbeiten (ebd.: 3).

Für die vorliegende Arbeit wurde eine deduktive Kategorienbildung angewendet, d.h. es wurden aus vorhandenen Theoriekonzepten Kategorien gebildet (vgl. Cognitive Map) und das Material diesen Kategorien zugeordnet.

Im Gegensatz dazu würden bei einer induktiven Kategorienbildung die Kategorien möglichst „aus dem Material heraus“ (Mayring 2000a: 3) entwickelt. Diese Zugangsweise wurde für die Erstellung von Unterkategorien gewählt.

Neben der Zusammenfassung des Materials sind auch die Explikation und Strukturierung Bestandteil der qualitativen Inhaltsanalyse. Explikation bedeutet zu unklaren oder fragwürdigen Textstellen zusätzliches Material als Kontextwissen heranzuziehen, um das Verständnis über die Textstelle zu erweitern (Mayring 2000b: 77). Strukturierung bedeutet „eine Struktur aus dem Material herauszufiltern“ (ebd.: 82). Dazu wird ein Kategoriensystem auf den Text angewendet. Textteile werden bestimmten Kategorien zugeordnet. Dadurch ist es möglich, Material zu bestimmten Themen und Unterthemen zusammenzufassen und somit zu strukturieren (ebd.: 83).

Diese Schritte erfolgten in gegenständlicher Arbeit mit den Aufzeichnungen aus den Interviews mit Entscheidungsträgern und mit den Transkripten der Interviews mit Arbeitskräften mit Migrationshintergrund.

Es wurde für Textauszüge aus den Interviewtranskripten eine ausführliche Wiedergabe gewählt, um dem Leser/der Leserin einen persönlichen explorativen Zugang zu ermöglichen.

8 Ergebnisse

8.1 Sichtweisen von Entscheidungsträgern

Die Interviews wurden im Zeitraum Mai – August 2009 durchgeführt.

Interviewpartner	Datum	Dauer
Reinhard Faber, KAV	18.05.2009	2,5 h
Mag. Christoph Hörhan, FGÖ	20.05.2009	1 h
Prof. Dr. Robert Schlögel, BMG	17.08.2009	1,5 h

Abbildung 4: Datum und Dauer der Interviews mit Entscheidungsträgern

Reinhard Faber, Krankenanstaltenverbund Wien:

„Den Menschen erkennen in Beziehung und Wertschätzung“

Themenfelder, Probleme, Herausforderungen

Reinhard Faber sieht als zentrales Thema die *Gestaltung von Beziehungen*. Dazu bedarf es seiner Meinung nach zuerst eines Top-Down-Ansatzes: Führungskräfte müssen von der Wichtigkeit des Themas überzeugt sein bzw. werden. Parallel dazu muss eine Sensibilisierung des Personals erfolgen. Das betrifft v.a. deren Arbeit mit PatientInnen, deren Konzepte von Krankheit und Versorgungsbedarf kulturell unterschiedlich sind: „Krankheit ist für jeden gleich, aber Sprache und Bilder sind verschieden“.

Als wesentliches Element sieht Faber dabei die Fähigkeit zur wertschätzenden Gestaltung von Beziehungen, die auch darauf beruht, zuerst beobachten zu können, und erst in einem zweiten Schritt das Beobachtete zu bewerten. Dies sei ein wichtiger Schlüssel, um die eigenen Vorurteile zu überwinden und die eigenen Muster von Bewertung erst erkennen zu können.

Faber sieht dabei die Gestaltung des Kernprozesses der medizinisch/pflegerischen Leistung als zentrale Aufgabe. Hier soll eine Haltung aufgebaut werden, die von Wertschätzung und positiver Neugier geprägt ist. Das Beziehungsdreieck Arzt/Ärztin – PatientIn – Pflegeperson bekommt dabei besonderen Stellenwert.

Eine weitere wichtige Herausforderung sieht er im Aufbau von Health Literacy in der Community von Menschen mit Migrationshintergrund.

Für ihn ist Diversity sehr klar viel weiter gefasst als im Interview angesprochen.

Gender, Behinderung, Alter und sexuelle Orientierung müssen für ihn ebenso berücksichtigt werden wie kulturelle Unterschiede.

Diversity am Punkt: „Wenn der schwule Türke mit Behinderung als Fall ansteht, dann wird's interessant.“

Als jetzt schon laufende Arbeiten im Krankenanstaltenverbund nennt Reinhard Faber folgende wesentliche Initiativen:

- Erstellung und Distribuierung eines Kalenders mit Festtagen der verschiedenen Ethnien
- Distribuierung eines Buches über verschiedene Images zu wichtigen Lebensthemen: Kinderkriegen, Heiraten, Aufwachsen, Sterben, Grüßen („Das soll auf jeder Station im Bücherregal stehen“)
- Projekt „Wertschätzende Kommunikation im Krankenhaus“
- Erarbeitung eines Grundsatzpapier für integratives Diversity Management (definiert in Komponenten Gender, Transkulturalität, Generationen, Lebensweisen) inklusive Strukturvorschlag zur Schaffung von zwei Dienstposten, Personalentwicklung und Diversitätsmanagement als Geschäftsstelle und Kompetenzzentrum

Zusammengefasst lassen sich damit drei **zentrale Herausforderungen** formulieren:

1. Gegenseitige Wertschätzung und Sensibilisierung für „das Andere“, durch gegenseitigen Wissenszuwachs (Wissen über das Fremde auf beiden Seiten)
2. Strukturelle Verankerung: „das muss man im Organigramm sehen“ und Widmung von Ressourcen – „Konzepte sind da, aber die brauchen Strukturen für ihre Umsetzung. Und ein ‚das macht eh der xy hilft da nicht‘“
3. Aufbau in der und einer Community von „migrant patients“

Die **wesentliche Stakeholder/Akteure** sieht Faber wiederum auf drei Ebenen:

- Trägerorganisation/Führung
- MitarbeiterInnen an der Basis
- Community selbst

Als **wesentlichste Maßnahmen** sieht Faber folgende Schritte:

- Das Überzeugen der Entscheidungsträger
- Coachings für MitarbeiterInnen an der Basis mit Lernschleifen für Teams und Individuen
- Coachings und Trainings für Führungskräfte, mit dem Ziel, „ihnen die Last von den Schultern zu nehmen – ihnen klar zu machen, dass sie sich Fehler und Nicht-Wissen erlauben und Unterstützung bekommen können“
- Eine gemeinsame Entwicklung von Führung und Basis durch gemeinsame Lernformate
- „Community Development“ für MigrantInnen anstoßen durch a) Aufbau von Health Literacy und b) Aufbau der Wertschätzung sich selbst gegenüber

Mag. Christoph Hörhan, Fonds Gesundes Österreich:

„Entwicklung von kommunalen Settings als Raum für Gesundheit und Wertschätzung - Die Jugend gewinnen“

Themenfelder, Probleme, Herausforderungen

Christoph Hörhan sieht das Thema migrationsspezifisches Diversity Management im Gesundheitswesen für sich wenig behandelt. Ein Ansatzpunkt, an dem Relevanz erzeugt werden kann, ist für ihn Qualitätsmanagement und Fehlermanagement in Gesundheitsorganisationen. Hier „kann Diversity als zusätzliche Fehlerquelle interessant werden“ und so über den Umweg etablierter Qualitätsmanagementsysteme an Bedeutung gewinnen. Einen Grund für diese Notwendigkeit eines Umwegs sieht Hörhan in dem Umstand, dass im Krankenhaus vor allem die „Kleinen im System“ – die MitarbeiterInnen an der Basis wie z.B. TurnusärztInnen und Pflegekräfte – das

Problem hautnah und am stärksten erleben. Diese Problemeinsicht kommt aber „oben“ – bei den Entscheidungsträgern – nicht an. Es wird dort gelernt, wo nichts geändert werden kann.

Als **wesentlichste Herausforderung** sieht Hörhan die Entwicklung einer *wertschätzenden Grundhaltung und den Aufbau von Sozialkompetenz* – insbesondere in Zeiten der Finanz- und Wirtschaftskrise keine leichte Aufgabe. Haltungen sind der Schlüssel: Respekt voreinander, Aufmerksamkeit und die Frage „Wie gehen wir miteinander um?“

Dabei ist ihm wichtig zu betonen, dass Wissen einen Schlüssel für den Aufbau von Sozialkompetenz darstellt. Zwar erzeugt Wissen noch keine Haltung, kann aber die Herausbildung einer offenen sozial kompetenten Haltung begünstigen. Hörhan sieht die derzeitige Situation von Unwissenheit geprägt. Und diese Unwissenheit erzeugt Angst, die wiederum dem Aufbau von Offenheit und sozialer Verantwortung entgegenwirkt.

Als **wesentliche Stakeholder/Akteure** nennt Hörhan

- Ein kommunales Setting mit MigrantInnen als spezifisch vulnerable Gruppen
- Die Jugend: zweite Generation in Zuwandererfamilien gemeinsam mit österreichischen Jugendlichen
- Politische Arbeitsgruppen mit Schwerpunkt der „Health in All - Policy“, zum Beispiel wie eine zur Zeit im österreichischen Innenministerium etablierte Arbeitsgruppe
- Gesundheitsorganisationen/Spitäler im Rahmen von Initiativen zu Qualitätsmanagement und Fehlermanagement

Die **wesentlichsten Maßnahmen** sieht Hörhan in Investitionen in Ausbildungen auf den Ebenen von Können/Kompetenzen zum Umgang mit anderen und von Ausbildung von Haltung, d.h. der Wertschätzung von anderen Menschen ungeachtet ihrer Herkunft. Das umfasst:

- Den Aufbau eines kommunalen Settings als wesentlicher Kontext für die Entstehung von Kompetenzen aber auch für die Entstehung von Gesundheit

- Ausbildung und Trainings für Gesundheitsberufe
- Aufbau von Wissen und Diskussion unter Jugendlichen der zweiten MigrantInnengeneration und österreichstämmigen Jugendlichen, die gemeinsam ein wertschätzendes Miteinander gestalten können

Prof. Dr. Robert Schlögel, Bundesministerium für Gesundheit:

„Top Down zur Equity in Health“

Themenfelder, Probleme, Herausforderungen

Robert Schlögel stellt klar fest: das Problem wird in seiner Tragweite nicht erkannt. Führungskräfte sind nicht dementsprechend sensibilisiert bzw. ausgebildet und sehen keine Priorität für migrationsspezifisches Diversity Management. Diese „Ignoranz“ wird von der Führung nach unten weitergegeben, MitarbeiterInnen im operativen Bereich fehlt damit der Rückhalt.

Schlögel weist darauf hin, dass insbesondere bezüglich der mentalen Gesundheit von MigrantInnen klare Hinweise auf vergleichsweise schlechtere Gesundheitsdaten bestehen: man weiß, dass bei MigrantInnen psychovegetative Symptome wie Bluthochdruck, Magenschmerzen, Kopfschmerzen häufiger vorkommen: Die Vermutung liegt nahe, dass MigrantInnen mehr Stress haben oder Stress weniger gut aushalten.

Schlögel sieht insbesondere die Betreuung älterer MigrantInnen und dabei die Hauskrankenpflege als besonders brisant, weil es ein verborgenes Problem ist: „Wenn jemand allein zuhause dahinvegetiert mit einer Hauskrankenpflege, die er nicht versteht bzw. sie ihn nicht, dann fällt das niemandem auf, eventuell bringt er sich irgendwann um und nicht einmal das fällt auf, weil dann ist er halt an Altersschwäche gestorben.“

Als **größte Herausforderungen** sieht Schlögel:

- Einen Top-Down-Ansatz: Führungskräfte müssen von der Priorität überzeugt sein bzw. werden. Gleichbehandlung ist ein politischer Grundsatz in Österreich, damit haben auch Menschen mit Migrationshintergrund ein Anrecht auf

qualitativ hochwertige Behandlung und Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse.
Auch das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen
(Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG 2005¹⁶) stellt PatientInnenorientierung in
den Vordergrund

- Die Sensibilisierung von MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen für den Umgang mit ArbeitskollegInnen und PatientInnen mit Migrationshintergrund
- Mehr Aufmerksamkeit für Hauskrankenpflege für MigrantInnen und mentale Gesundheit von MigrantInnen
- Beiderseitige Information: Gesundheitsdienstleister müssen MigrantInnen besser verstehen, aber auch umgekehrt – MigrantInnen müssen über das System in Österreich besser Bescheid wissen
- Maßnahmen zur Verbesserung von Health Literacy bei MigrantInnen
- Integration von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund in Gesundheitseinrichtungen: Akzeptanz der Gleichwertigkeit von Kompetenzen, aber auch Nutzung der Zusatzkompetenzen (Sprache, Kenntnis von Gebräuchen)

Als **wichtige Stakeholder/Akteure** sieht Schlögel:

- Die Ebene der Länder und Gemeinden: Nach der gültigen Gesetzgebung liegt hier die Ausführungsgesetzgebung sowie deren Vollziehung, ebenso wie die Finanzierung und Sicherung der Spitalsversorgung. Der Bund kann lediglich Vorschläge machen und Lobbying betreiben
- Auf Bundesebene sollte Lobbying, und Awareness-Raising betrieben werden, Bundesinitiativen können als Ideen-Bringer fungieren
- Die Community: Angehörige von MigrantInnengruppen, die Aufklärungsarbeit leisten können

Als **wesentlichste Maßnahmen** sieht Robert Schlögel:

- Den zwingenden Nachweis einer spezifischen Ausbildung bezüglich Diversity Management für Führungskräfte (ohne Nachweis kein Führungsposten)

¹⁶ Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG). Auszug aus dem Gesundheitsreformgesetz 2005, BGBl. I Nr. 179/2004, <http://www.goeg.at/media/download/Gesundheitsqualitaetsgesetz2005.pdf>, Zugriff 02.01.2010

- Aufklärungsblätter besonders für Operationen und schwerwiegendere Eingriffe in mehreren Sprachen als Standard
- Implementierung von Dolmetschdiensten
- Aufklärungs-/Informationskampagnen für MigrantInnen, wie das österreichische Gesundheitssystem gebaut ist
- Lobbying bei der Ärzteschaft für das Thema
- Lobbying insgesamt, um Verständnis für das Thema und seine Relevanz zu erzeugen

8.2 Sichtweisen von Pflegekräften mit Migrationshintergrund

Stichprobenbeschreibung

Mit insgesamt 10 Pflegekräften wurden leitfadengestützte Interviews geführt. (Durchschnittliche Interviewdauer 55 Minuten.)

Auswahlkriterium waren die Absolvierung der Ausbildung zur Pflegekraft im Herkunftsland bzw. außerhalb von Österreich und die Beschäftigung in einer österreichischen Gesundheitseinrichtung (Krankenhaus oder Pflegeheim).

Die Befragten sind ausschließlich weiblich und befinden sich im Alter zwischen 25 und 58 Jahren. Über die Hälfte der Befragten (sechs Personen) sind verheiratet, etwa ein Drittel (drei Personen) lebt in Partnerschaft, und eine der Befragten ist geschieden.

Sechs der Interviewpartnerinnen haben Kinder, vier sind kinderlos.

Drei der interviewten Frauen kommen aus der Slowakei, wobei eine davon der ungarischen Minderheit in der Slowakei angehört, die restlichen Befragten stammen jeweils aus Polen, Weißrussland, Bosnien, Ungarn, Slowakei, China und Brasilien. Die Befragten aus Weißrussland, Bosnien und China haben die österreichische Staatsbürgerschaft angenommen, die übrigen Befragten haben die Staatsbürgerschaft ihres Herkunftslandes behalten.

Die Aufenthaltsdauer der Befragten in Österreich liegt zwischen drei und 17 Jahren.

Vier Personen leben seit weniger als 10 Jahren in Österreich, sechs Personen leben seit 10 Jahren oder länger in Österreich.

Alle Befragten haben die Ausbildung zur Diplomierte Krankenschwester absolviert, eine Befragte gibt eine Spezialisierung zur OP-Schwester an. Fast alle arbeiten auch in dem ausgebildeten Beruf, zwei der Interviewpartnerinnen sind zum Zeitpunkt des Interviews als Pflegehelferinnen tätig.

Sieben Personen arbeiten in einem Pflegeheim, drei Personen in einem Krankenhaus.

Abbildung 5: Stichprobe Pflegekräfte

	Geschlecht	Alter	Familienstand	Anzahl Kinder	Herkunftsland
B1	weiblich	38	Geschieden	2	Polen
B2	weiblich	34	Partnerschaft	keine	Slowakei
B3	weiblich	47	Verheiratet	3	Slowakei
B4	weiblich	25	Verheiratet	keine	Slowakei
B5	weiblich	58	Verheiratet	3	Weißrussland
B6	weiblich	45	Verheiratet	2	Bosnien
B7	weiblich	40	Verheiratet	3	China
B8	weiblich	36	Partnerschaft	keine	Ungarn
B9	weiblich	28	Partnerschaft	keine	Slowakei
B10	weiblich	34	Verheiratet	1	Brasilien
	Staatsbürger-schaft	Ankunft in Ö	Aufenthalts-dauer in Ö	Ausbildung	Derzeitiger Beruf
B1	Polnisch	1994	15	DKS	DKS
B2	Slowakisch	1996	13	DKS	DKS
B3	Slowakisch	2004	5	DKS	DKS
B4	Slowakisch	2006	3	DKS	DKS
B5	Österreichisch	1993	16	DKS	Pflegehelferin
B6	Österreichisch	1992	17	DKS	DKS
B7	Österreichisch	1992	17	DKS	DKS
B8	Ungarisch	1999	10	DKS	DKS
B9	Slowakisch	2003	6	DKS	DKS
B10	Brasilianisch	2001	8	DKS, OP-Schwester	Pflegehelferin

DKS = Diplomierte Krankenschwester, B1-10: Befragte

Grafische Darstellung der soziodemografischen Daten

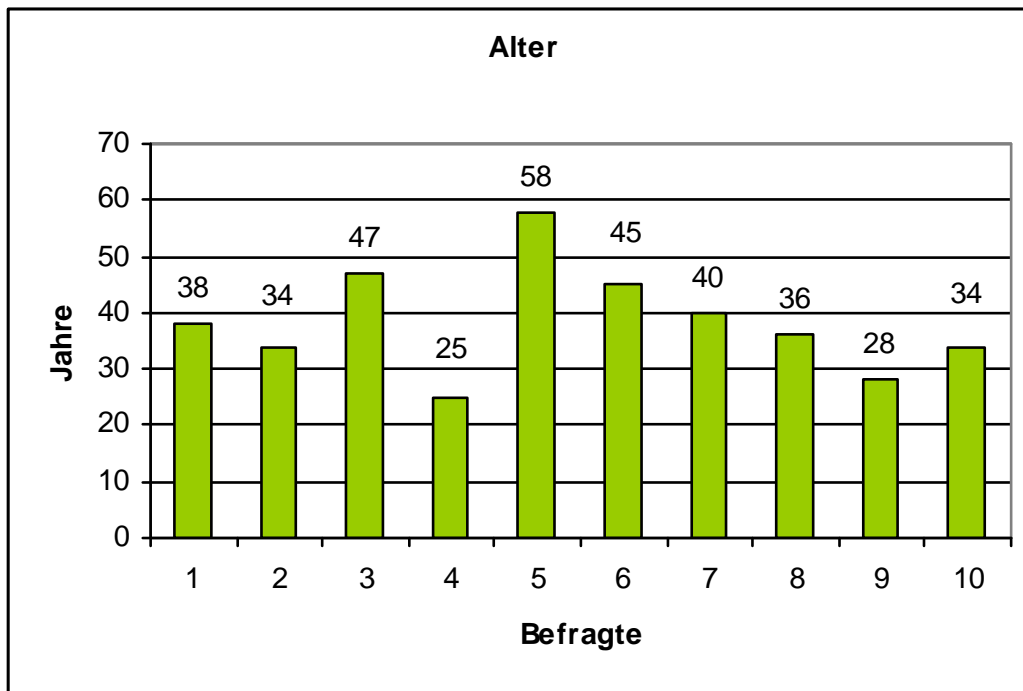


Abbildung 6: Alter

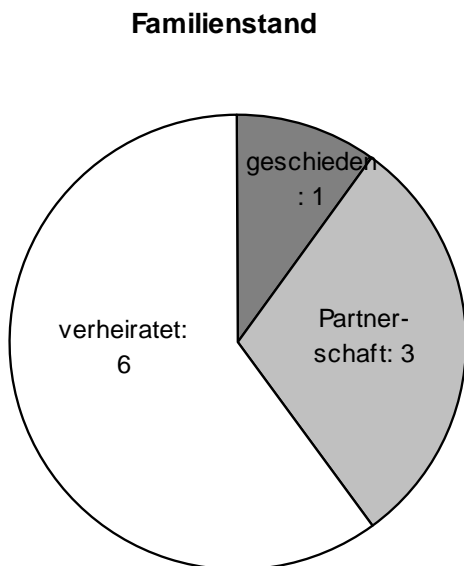


Abbildung 7: Familienstand

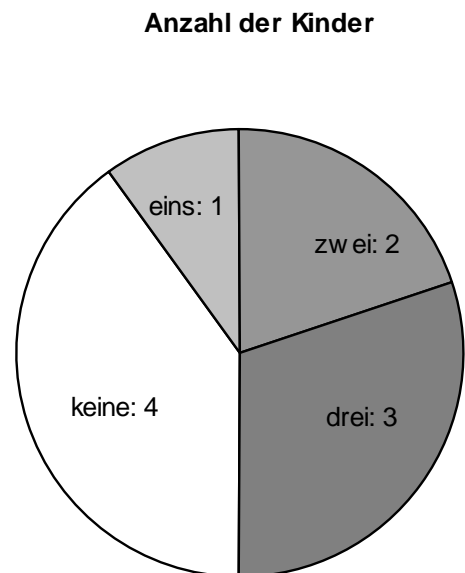
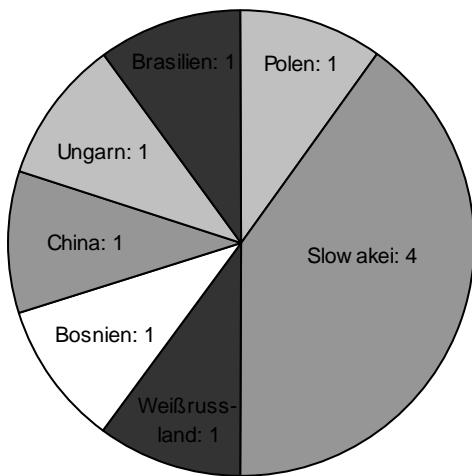


Abbildung 8: Anzahl der Kinder

Herkunftsland



Staatsbürgerschaft

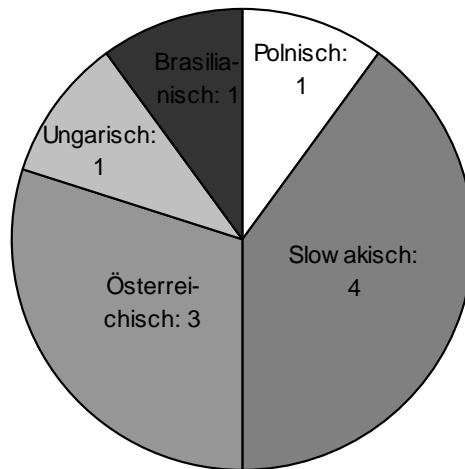


Abbildung 9: Herkunftsland

Abbildung 10: Staatsbürgerschaft

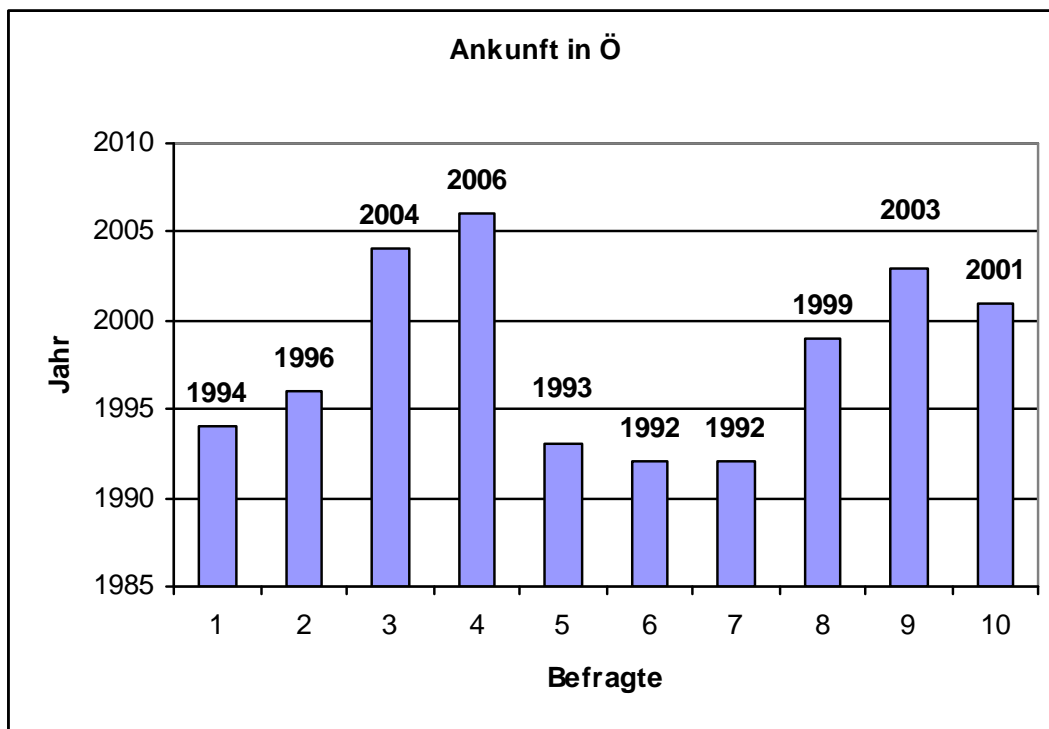


Abbildung 11: Ankunft in Österreich

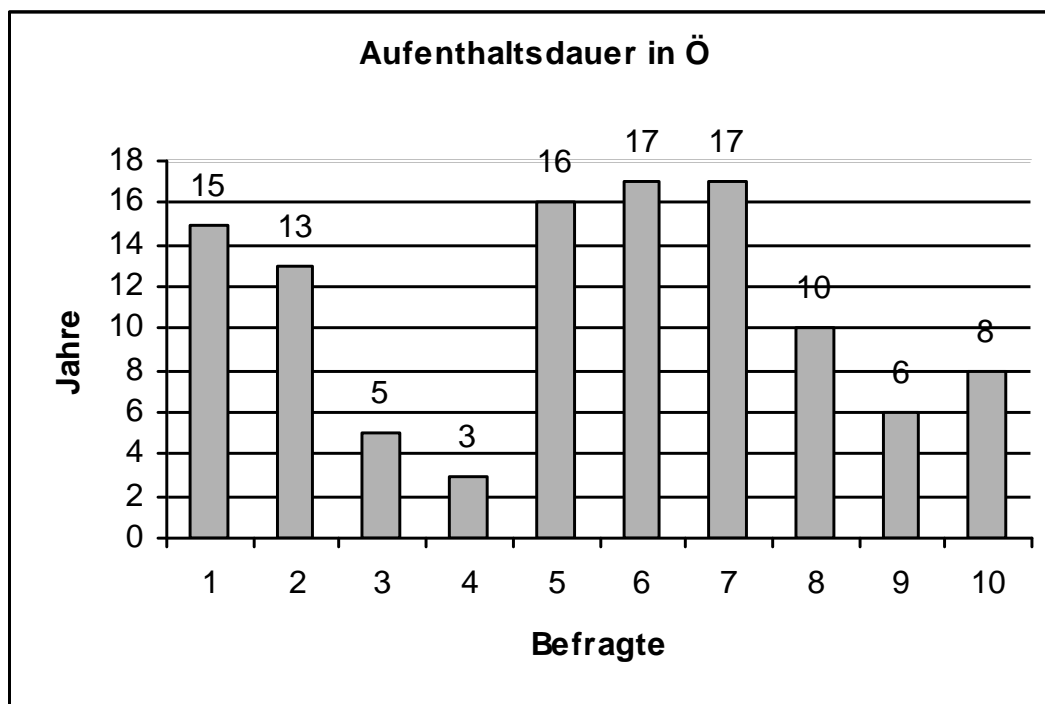


Abbildung 12: Aufenthaltsdauer in Österreich

8.2.1 Migrationsgründe

Allgemein wird bei der Beschreibung von Migrationsgründen zwischen Push- und Pull-Faktoren unterschieden. Push-Faktoren beschreiben dabei Gründe, um aus einem Land wegzugehen, Pull-Faktoren die Gründe, welche ein Land zum attraktiven Ziel machen. Fokussiert auf Migration von Gesundheitspersonal werden allgemein folgende Push- und Pull-Faktoren genannt (Buchan 2006):

- Einkommen
- Arbeitsbedingungen
- Ausstattung im Gesundheitssystem (Arbeitsmittel, Arbeitsstrukturen)
- Aufstiegsmöglichkeiten
- Ausbildungsmöglichkeiten
- In-/Stabilität auf wirtschaftlicher und politischer Ebene
- Gesundheitliche Faktoren: Auswirkungen von HIV/AIDS

In den Interviews werden Push-Faktoren im Wesentlichen aus drei Dimensionen genannt:

- Der Ökonomie: niedrige Gehälter, hohe Lebenshaltungskosten
- Der Liebe – bekanntlich eine Himmelsmacht – die als Fernbeziehung nicht aufrechtzuerhalten ist
- Dem Chaos: Unsichere Umbruchssituationen, ungenügende Strukturen, Krieg

Diese Dimensionen tauchen auf der Seite der genannten Pull-Faktoren ebenfalls auf. Hier werden sie ausdifferenzierter und in ihrer positiven Ausprägung geschildert:

- Auf ökonomischer Ebene sind es Arbeit, Existenzsicherung, Gehalt und eine damit verbundene Verbesserung der finanziellen Situation, die das Zielland Österreich attraktiv machen.
- Auch als Pull-Faktor werden private Beziehungen genannt.
- Ausbildungsmöglichkeiten, spezielle Fortbildungen und auch Ausbildungsmöglichkeiten für Kinder sind ebenso genannt wie
- spezifische Krankenbehandlungsmöglichkeiten im Zielland und insgesamt eine
- höhere Lebensqualität und eine Erleichterung des Alltags.
- Weiter werden die Nähe zum Herkunftsland, die Neugier auf ein neues Land und Werbung durch Abgesandte als Pull-Faktoren angegeben.

Österreich wird als attraktives Land gesehen, wo es insgesamt besser ist und bessere Jobs zu bekommen sind:

B1: Also dass das Österreich ist das hat sich also man hat gewusst allgemein dass im Westen besser ist das Leben und und mit der Arbeit dass es besser bezahlt ist und man bekommt auch leichter einen Job. Ah dass das Österreich war das war meine Ex Schwiegermutter ah hat da gelebt und einfach über sie bin ich gekommen. (B1, S 4, Z 55-58)

B3: Ja sicher, wegen dem Job. Und ja, bei uns war schlechte Situation mit Arbeit und [3 sec. Pause] ich musste was suchen was anderes, was ist für meine Familie

besser. [2 sec. Pause] Wir sind zufrieden da. [2 sec. Pause] Und ja, wir sind geblieben. (B3, S 34, Z 35-37)

Eine slowakische Interviewpartnerin berichtet von der Notwendigkeit zu besserem Verdienst als ausschlaggebenden Grund zur Migration nach Österreich:

B9: Eigentlich ich habe schon ah auch in Irland gearbeitet aber als Au Pair Mädchen und in Spanien, in Malaga auch als Au Pair Mädchen und hab ich gedacht, na jetzt möcht ich zuhause gehen und nachhause gehen und dann meine eigene Arbeit ein bisschen machen. Hab ich zwei Jahre lang gearbeitet zuhause. Aber meine Eltern sind ah entschieden, dass die ziehen ins Garten raus, in ein Dorf und ich bin eigentlich alleine geblieben in große Haus. Und dann habe ich gedacht, ok, von meine Gehalt ich schaffe diese Haus alleine nicht. Was soll ich jetzt machen. Und dann hab ich angefangen zu recherchieren, was kann man tun. Damals hab ich noch kein Deutsch gekannt. Das war, ich habe spanisch gesprochen, englisch, ungarisch, slowakisch, aber kein deutsch [lacht]. Dann hab ich gedacht, ok jetzt muss ich aber dann deutsch lernen, weil das ist die einzige Chance für Krankenschwestern, weil hier braucht man viele Krankenschwestern, hab ich nachgelesen und dann bin ich hier gekommen. Früher hab ich gearbeitet ahm na zuerst als Au Pair auch als ah Sprache zu lernen [...] Ich habe ah normale Diplom und alles gemacht noch in der Slowakei, aber irgendwie ich wollte noch fahren und Welt sehen und so und deswegen bin ich dann rumgereist und so. Und so bin ich eigentlich nach ah nach sechsmonatige Intensivdeutschkurs endlich bin ich hier gekommen zu eine Familie und dann ah die wollten eigentlich ah ihr Kind Ungarisch beibringen. Aber ich habe mir mehr Deutsch gelernt als ich dem Kind Ungarisch [lacht]. Aber das hat, ich habe sehr gute Erfahrungen damit gehabt eigentlich. (B9, S 107, Z 3-25)

Ausschlaggebend für die Wahl Österreichs als Zielland ist auch die geografische Nähe, die ein Verbundenbleiben mit dem Herkunftsland ermöglicht:

B2: *[lacht] Warum Österreich? Erstens weil es das Nachbarland, ist das ganz in der Nähe von Bratislava, ist das nur 70 Kilometer hierher. Und da ich bin ein Mensch, der hängt auf meiner Heimat, ja. Meine Heimat ist für mich alles. Ich muss einfach einmal pro Monat mindestens nach Slowakei fahren, meine Mutter besuchen und meine Freunde und so. (B2, S 20, Z 87-91)*

Für eine Interviewpartnerin aus Weißrussland ist die Erkrankung ihrer Tochter und Österreich als Ort spezifischer medizinischer Behandlung der Beginn ihrer österreichischen Migrationsgeschichte, bei der schlussendlich die gesamte Familie nach Wien migriert:

B5: *[...] und das war nicht geplant irgendwo, dass war nie irgendwo in Kopf eine Tage nach Wien kommen. Aber um achtundsechzig diese Tschernobyl, diese Katastrophe und dann wir haben übersiedelt von Weißrussland nach Russland, wo ist mein Mann geboren, aber das war auch großer Fehler von unserer Regierung, weil hat man nicht gesagt, weil dort ist auch Schmutz und dort war noch Chemiefabrik große und vielleicht das ist auch zufällig, aber in 91. Jahr meine Kind war leukämiekrank dann wir waren 8 Monate in Moskau zum Behandeln und dann ist gekommen eine Möglichkeit nach Wien zu ins Sankt Anna. Und dann wir waren 6 Monate bei Sankt Anna ah behandelt, aber Svetlana war auch allergisch und schlecht in Moskau bekommen [...] Hepatitis B, Hepatitis diese Leber, B und C, sehr starke Krankheit, Leberkrankheit, aber Chemotherapie geht auch durch Leber all diese und dann und dann langsam Behandlung war für uns sehr schwierig keine Geld in diese Zeit, wann diese ahm erste Behandlungen waren eine [nicht verständlich]. Und dann muss irgendwelche Entscheidungen gekommen und ahm natürlich sprichst du mit jemand dort und hier Krankenschwester und in dieser man lernt das war 93igste Jahr, hier war in Wien auch, braucht viel Krankenschwester. Nun mit viele Problem wir sind dann zu Arbeit gekommen und dann bin geblieben noch ein Jahr mit Svetlana. Und mit Behandlung ist nicht gegangen, also muss Knochentransplantation machen und dann braucht Familien Untersuchung und dann war mein Mann und zwei Söhne eingeladen nach Wien zum Blutprobe zum Spenden und meine jüngste Sohn war*

gepasst und dann so geblieben nur mit Familienvisum, wenn das war auch wenn geht gut, wir fahren nachhause. Aber wissen Sie, wenn bist du schon beginnen arbeiten, dann ahm Svetlana sehr gefallen da, die wollte da bleiben und war meine Söhne gekommen 6 Monate war nur mit touristische Visum, weil normalerweise musst du zurück nachhause fahren. Mh ah Svetlana brauchte weitere Behandlung und dann wir insgesamt war schon einhalb Jahre oder wir fahren alle, weil ahm Innenministerium hat gesagt mein Mann muss zurück nachhause fahren nach Moskau dort waren und dann dort schicken diese Familiezusammenvisum. Und der muss dort warten. Aber das dauert ein Jahr, eineinhalb Jahre, das ist. Und ahm wir haben entschieden oder wir bleiben da zusammen oder wir fahren zurück alle zusammen. Aber wie überall gibt es gute Menschen, welche hat Herz und geholfen und mit dem Visum und so und so und langsam Schritt nach Schritt wir sind da geblieben. Und so arbeite ich weiter. (B5, S 55f, Z 42-74)

Die bessere medizinische Versorgung wird auch als Grund genannt, im Land zu bleiben:

B5: Und ahm meine Meinung ich finde mit Medizin, hier ist perfekt. Ich wohne eine Station von Donauspital, zu Fuß fünf Minuten. Ich kann jederzeit, wann mir geht schlecht und wann etwas und ich griege qualifizierte ah Hilfe, wann dort kann nicht helfen, können mich schicken in andere Spital, wann dort diese momentan. Und wann in meine Land zum Beispiel mit meine Krankheiten und ich habe nicht nur eine Diagnose, ich habe mehrere Diagnose, und wo wir waren in letzter Zeit mit meinem Mann, wo Mann geboren, dort in diese, mit meine Probleme, ich muss 200 Kilometer weit in Hauptstadt fahren. Und du ahm und noch nicht sicher, wann du kommst, sofort griegst du Hilfe. Nein. Dort auch Warteliste und so, hier ich finde das ist perfekt. Und bei uns was, was noch schlimm ist, zum Beispiel, wo ich bin angemeldet, ich gehöre noch zum diese Spital. Gefällt mir dort oder gefällt nicht, ich kann nix anderes auswählen, wann ich bin da angemeldet und diese angemeldete Leute Gruppe gehört zum das. Aber hier mir gefällt nicht, gehe fahre ich in Donauspital, gehe in Franz Josef ah Franz Josef Spital, ich kann überall,

ja. Und ah mit Krankenkasse, ohne privat. Ich finde das ist ah hier ist perfekt. Vielleicht spricht jeder, dass es jetzt Krankenkasse ein bisschen finanzielle Situation fehlen, aber sowieso ist, zum Beispiel jetzt mein Chefarzt ah praktischer Arzt in Urlaub und ich brauche dringend Medikament, ich habe gestern bei Apotheke gekauft, am Samstag, nicht gestern, Einsatz bezahlt, nach zwei Wochen mein Arzt kommt von Urlaub, ich bringe Rezept, gehe und ohne Problem. Ich sage, gut vielleicht das ist, wann ich höre ab und zu von österreichische Leute, welche da geboren „ah das passt nicht und das ist so nicht“ naja, kommen Sie in meine Land, versuchen Sie halbes Jahr und dann wissen Sie diese Lebenspreis, ja, wie das. (B5, S 59, Z 214-234)

Dieselbe Interviewpartnerin berichtet auch über die großen wirtschaftlichen Unterschiede zwischen dem Herkunftsland Russland/Weißrussland und Österreich:

B5: Ich war schockiert, wenn bei uns in diese Moment bei uns war keine Lebensmittel, wir haben nur bekommen diese 200 Gramm Butter zum Beispiel, ein Kilo Zucker und musst du, Schlange zwei Stunde, drei Stunde warten, wann kommt Milch, Brot kaufen und ah das war so Situation, wo mein Sohn nach Schule geht sofort in Geschäft, zwei, drei Stunde steht zum Brot kaufen und Brot kaufen, alle wer ist erste schnell schnell schnell, dann bleibst du ohne Brot, ja. Und wann nach Wien gekommen ah erster Blick, das war Schock. Mein Sohn, älterer Sohn schon, er war 14 in diese Moment und der konnte nicht verstehen, wie das kann in ein Geschäft, weil bei uns war Milchprodukte in eine Geschäft, Brot in andere Geschäft, ja oder oder ahm und überall musst du warten, stehen und warten, war keine Selbstbedienung ja, musst du dann Verkäufer gibt dir zwei Kilo Brot oder eine Packung Milch, du musst bestellen und gibt und zahlst du. Und hier so die ahm das war ein Schock. Wir er konnte als erstes nicht verstehen wie das ganze Milch und Brot und ah Käse und Wurst und alles und wie viel willst du. Weil dort 200 Gramm pro Person und wirklich ja. Und in dieser Situation für uns war und diese Sauberkeit Straße war ah für mich das war so, jetzt bin schon gewohnt und jetzt ich glaube jetzt ein bisschen schmutzig geworden ist das. Nur war meine

Meinung schon. Weil da war so sauber, mein Gott ich habe gesagt man kann so von diese Straße eine Butterbrot machen und dann essen. (B5, S 56f, Z 91-107)

Österreich ist nicht immer primäres Zielland. Im Fall einer bosnischen Interviewpartnerin sind es die Kriegswirren, die sie nach Österreich bringen und hier bleiben lassen:

B6: Ja ich bin gekommen, das war nicht so absichtlich, ich hab überhaupt nicht gedacht, dass ich in Wien komme. Ich habe mein Wunsch war Deutschland. Das hab ich schon ausgemacht und ahm unsere Land hat mit Deutschland so so einen Vertrag vielleicht, weiß ich nicht genau, [räuspert sich] tschuldigung, und das war, dass die Oberschwestern oder Stationsschwestern sind gekommen in eine Stadt, so Hauptstadt zum Beispiel Sarajevo oder [nennt andere Stadt] und die haben ausgesucht die Schwestern. Und ich hab mich auch gemeldet für Frankfurt, das waren verschieden Städte und wir haben so einfach Visum gegriegt, die haben uns gewartet, haben uns gezeigt, Stadt, Station, Wohnungen, Personalwohnungen und so war diese Entscheidung für mich auch nach Deutschland. Dann war so, dass ich ahm meine Schwester war schon in Schweiz gelebt, hat versucht gelebt zum Leben und hab ich gedacht, ich muss zuerst sie sehen und dann weiter nach ahm Deutschland. Sie war inzwischen dann in Österreich, weil hat ihr Leben nicht gefällt in Schweiz und kommt sie in Österreich, weil ihre Mann hat Firma gehabt hier, keine Ahnung was, alles mögliche. Und dann komm ich zu ihr [nach Österreich] und dann hat angefangen schon Krieg. [...]

Dann war ich da bei meiner Schwester, meine Diplom und alles war in Deutschland. Na gut, hab ich gesagt, zuerst geh ich hol ich meine Kinder und dann geh ich nach Deutschland. Das war eine Weg, das möchte ich mich überhaupt nicht erinnern, diese Weg und hin und her und irgendwie bin ich gekommen, mit zwei kleine Kinder in eine fremde Land, wo ich habe überhaupt kein gewusst, was machst du jetzt weiter. Meine Papiere habe ich nicht, hab ich Diplom, aber alles hab ich schon abgegeben für die für Deutschland. Dann hab ich dann bei meiner Schwester kurze Zeit gewesen mit zwei Kinder in eine Zwei-Zimmerwohnung [lacht], das war also lustig. Na gut, was mach ich weiter, muss

ich Arbeit suchen. Deutschland hat Grenze zugemacht wegen die ah Ausländer, dass die nicht, wegen Flüchtlinge, dass die nicht viele reinkommen und ich bin da geblieben. Ohne Arbeit, ohne Wohnung, ohne nix. Dann hab ich angefangen ein Kampf zum Überleben [lacht]. (B6, S 73, Z 4-41)

Eine chinesische Interviewpartnerin berichtet vom Pull-Faktor einer aktiven Anwerbung:

B7: Das ist so, im Jahr Anfang 90, ah Wien und meine Stadt hat eine Freundschaft so Städte beschlossen, freundschaftliche Beziehung geschlossen und dann der Zilk, kennen Sie vielleicht [...] Zilk war in in meine Stadt und hat gesagt Wien brauchen Krankenschwestern. Dann China, damals ich war gerade in der Ausbildung in englisch ah in englischer Kurs also Schule ah Sprache. Und ja [3 sec. Pause] ja die beide Städte haben Vertrag gemacht, dass die, dass sie, meine Stadt Krankenschwestern nach Wien schicken, für zwei Jahre, zweijährige Ausbildung hat so heißen [lacht].(B7, S 86, Z 16-26)

Nicht nur die Ökonomie und bessere Versorgung, auch die Liebe wird als Migrationsgrund genannt. So im Fall einer ungarischen Interviewpartnerin:

B8: Ah meine ehemalige, also meine Ex-Freund ist ah hier gekommen und ich nach ihm nach zwei Jahre zirka, also so eine Beziehungsgeschichte. (B8, S 96, Z 3-4)

Die Liebe ist in diesem Fall nicht von Dauer, was das Leben nicht einfacher macht, insbesondere wenn man dann ganz allein ist:

I: Das heißt aus Ihrer Familie ist niemand nach Österreich nachgekommen?

B8: Nein.

I: Und es war auch niemand da?

B8: Naja eigentlich mein Ex-Freund, also jetzt natürlich die damalige Freund, ahm wo ich nachgekommen bin, schon Ex, ja zu zweit war ok, weil wir kommen in gleiche Stadt und natürlich die Liebe und alles war nicht so schwer zu zweit. Nachher war schwer, also da war schon, ganz andere Umstellungen, Schwierigkeitsstufen [lacht].(B8, S 8, Z 141-150)

Ebenfalls die Liebe ist ausschlaggebend für die Migration einer brasilianischen Interviewpartnerin. Ob Austria oder Australien ist da gar nicht so ausschlaggebend:

B10: Meine Ehemann ist ein Österreicher, wir haben uns kennen gelernt in in Brasilien, ich war in Urlaub, er war in Urlaub und nach drei Jahr hin und her, zu teure Spiel [lacht]. (B10, S 121, Z 7-8)

I: Hast du bevor du deinen Mann kennen gelernt hast in Brasilien, wolltest du da auch schon nach Europa?

B10: Nein, nein, nein, nein [lacht][...] Nein, ich habe meine Mann kennen gelernt, war ein Zufall in der Strand haben wir zusammen und ich hab gedacht, ich werde ihn nie wieder sehen sowas ähnlich und dann Anfang mit schreiben und telefonieren und ich habe ein bisschen Englisch gesprochen und so in diese Richtung. Aber mehr, mehr, mehr und so, aha [lacht] das ich gesagt ich habe früher Österreich Austria, meine Güte, wo ist das [lacht]? Ich hab keine Ahnung. [2 sec. Pause] Ich habe immer in Brasilien so diese Verwechslung gehabt, bis heute noch, gesagt ah ich wohne in Austria, „Austria? Australien“, „Nein no kangaroo [lacht] no kangaroo, Austria, Deutschland, Allemange, German und Austria [zeigt mit Händen wie auf einer Landkarte]“, „Aha nein, nein, weiß nicht, wo ist.“ (B10, S 130, Z 466-481)

8.2.2 Ausbildung im Herkunftsland und Arbeit in Österreich

Nostrifizierung und Zugang zum Arbeitsmarkt

Die berichteten Erfahrungen über den Zugang zum österreichischen Arbeitsmarkt und der dafür notwendigen Nostrifizierung sind durchaus unterschiedlich. Das Ausmaß von Prüfungen und finanzielle Regelungen dazu variieren stark: Angeworbenen Fachkräften werden Nostrifizierungs-Prozesse vereinfacht, in einem Fall löst der EU-Betritt des Herkunftslandes das Problem. Nostrifikation wird teilweise als weitere Lernmöglichkeit des österreichischen Systems und als Raum für Spracherwerb durchaus positiv betrachtet. Teilweise löst der Umstand, dass die Qualität der Ausbildung im Herkunftsland nochmals nachgewiesen werden muss, aber auch Unverständnis und Abwehr aus.

Nicht in jedem Fall wird die gesamte Grundqualifikation in Österreich anerkannt. Zwei der zehn Interviewpartnerinnen arbeiten in Positionen unterhalb ihrer im Heimatland erworbenen Qualifikation, haben also in Österreich nicht zur Diplomkrankpflege nostrifiziert. Beide beschreiben Ihre Nostrifizierung zur Pflegehilfe als schwierigen, mit sprachlichen, finanziellen und bürokratischen Hürden gepflasterten Weg:

B5: Nun gut, nicht anerkannt, weil zu Diplomschwester musst du nostrifizieren. Und erste drei Jahre ist nicht zum Frage gekommen, weil keine Deutsch. Und ich habe nicht gewusst ah wann das ist ah das fahre ich zurück nachhause oder bleibe ich da. Und wann ich kann schon nostrifizieren, dann war erstens schon ich habe in Ministerium in medizinische in 15. Bezirk ah Gesundheitsministerium meine Papiere abgegeben und ich brauchte diesen Lehrstundenplan Lehrplanstunden diese, wie viel hab ich Psychologie, Kinderkrankheit diese und ich habe diese Papiere gegeben. Und dann sie hat gesagt ich muss zuerst den Pflegehelfer nostrifizieren und ich habe Pflegehelfer nostrifiziert und dann später kam Diplomschwester, aber später ich war selber krank, schwer krank auch und dann

einhalb Jahre ich war ich Krankenstand und dann später war ich ahm wozu noch einmal Stress und ahm Prüfungen und so und da bin ich geblieben und jetzt ist eh bald Pension [lacht]. (B5, S 57, Z 112-122)

Auch die brasilianische Interviewpartnerin, die in ihrer Heimat eine Spezialausbildung zur OP-Schwester gemacht hat, arbeitet in Österreich als Pflegehelferin. Ihr Zugang zum österreichischen Arbeitsmarkt führte über ausbildungsfremde Tätigkeiten. Sie schildert als große Herausforderung auch den parallel zu leistenden Spracherwerb:

B10: In gesamt ich war sechs Monat da, hab ich Deutschkurs gemacht ähnlich viel weniger. Da hab ich angefangen in Gasthaus zu arbeit, zuerst war ich so ungefähr sechs Monat in Gasthaus, in spanische in erste Bezirk und dann war ich in eine Fabrik, Austria Frost, eineinhalb Jahr und dann konnte ich ein bisschen besser deutsch reden, schreiben, konnte ich die Aufnahmeprüfung machen zur Nostrifizierung und da habe ich neun Monat nostrifizieren lassen. Schule gegangen, Praktikum, alles möglich. Und dann bin ich schon seit ja in die Richtung Pflegehelferin fünf Jahr. (B10, S 122, Z 76-82)

Eine ungarische Interviewpartnerin berichtet von einer schrittweisen Nostrifizierung, die ihr einen entspannteren Spracherwerb ermöglicht:

B8: Also meine Ausbildung ist schon anerkannt worden trotz so, dass ich ah die Nostrifikation machen musste. Also ganz sicher nicht und ah ich habe zuerst die Pflegehelferin Nostrifikation gemacht aus meinem Grund die Sprache, klein bissl, was ich damals gehabt habe und weil ich die Verantwortung einfach nicht übernehmen wollte wie eine Diplomierte. Und das hab ich in WIFI gemacht und die Diplomierte ah Nostrifikation nachgemacht. (B8, S 96f, Z 50-55)

Auch von einer slowakischen Interviewpartnerin wird von der Nostrifizierung als positive Lernerfahrung berichtet:

B9: *Ja, ja. Ich habe zwei Jahre und neun Monate Praktikum gehabt zuhause und da sind mir genau drei Monate gefehlt, ich musste nostrifizieren [lacht]. Ja, Pech gehabt. Aber es war nicht schlecht eigentlich ich bereue nix, weil das hat mir sehr viel gegeben, weil dann bin ich mehr ah konnt ich mehr ah in der österreichische mh Schule und was, wie Krankenschwestern so lernen eigentlich. (B9, S 108, Z 65-69)*

Nicht jeder ist zum Einstieg in den Arbeitsmarkt unter der eigentlichen Qualifikation bereit:

B2: *Ich hab mir gesagt, wenn ich schon Diplomierte bin, warum muss ich als Pflegehelferin arbeiten gehen. Hab ich gesagt dann mach ich die Nostrifikation fertig und dann gehe ich als diplomierte Krankenschwester arbeiten. (B2, S 19, Z 40-43)*

B2: *Ja, Prüfungen und Praktikums musste ich nachmachen, ja. Das waren vier Prüfungen. Na zuerst möchte ich überhaupt sagen, wie ist dazu gekommen. Ich musste zuerst einen Deutshtest machen. Ich habe gedacht na was ist das Deutshtest, das schaff ich eh. [lacht] So so so gut Deutsch wie ahm wie ich brauche, kann ich, habe ich mir gedacht. Aber das war nicht das das, was die wollten. Das war nicht richtige nur ein Diktat oder sich verständigen, du musstest auch mh dein Wissen haben und zeigen, dass du wirklich als Krankenschwester fähig bist diese Arbeit auszuüben. Zum Beispiel ist es so die Fragen vorgekommen, wie werde ich jemanden Kathetrisieren oder muss ich das ganz genau beschreiben, was werde ich benötigen oder wie werde ich ein Cholestoma versorgen und da musste ich schon, das waren fachliche Sachen ja, da musste ich schon genau die deutsche Wörter nützen, musste ich auch nachdenken, wirklich wie macht man das, das ich nichts vergesse. Und das war das war schon schwierig denke ich, weil ich habe nie in Österreich vorher habe ich nie als diplomierte Krankenschwester in gearbeitet und deswegen waren diese Wörter für mich ganz schwer [lacht] 64 und ich hab das halt ahm beschrieben so ahm ganz einfach, ich hab nicht solche Fachwörter benützt noch, weil ich die nicht gekannt*

habe. Aber trotzdem habe ich den Test bestanden und konnte ich die Nostrifikation natürlich weiter ah fertig machen. (B2, S 20, Z 66-82)

Glücklicher sind diejenigen, wo akuter Bedarf an Pflegekräften zu Sonderregelungen und vereinfachten Zugängen führt:

B1: Ah ja ich musste nostrifizieren ja. Ich habe dann vier Prüfungen machen müssen. Also ich hab das war so eine ich bin in irgendein Loch mit Sonderregelung gefallen wo ich ah in einem Pflegeheim anfangen durfte. Im Krankenhaus haben sie mich nicht genommen. Sie haben gemeint, wenn ich nostrifiziert habe und im Geriatriezentrum am Wienerwald da haben sie Leute gebraucht und da durfte ich arbeiten mit einem Sonderstatus und ich habe arbeiten können und daneben habe ich ah nostrifizieren müssen. (B1, S 4f, Z 99-104)

B1: Ich durfte schon als Diplomiertere anfangen, das war irgendwie eine kurze Regelung, wo ich als ich habe gehört, dass die vor mir mussten als Pflegehelfer anfangen und dann nostrifizieren und dann konnten sie als Diplomschwestern arbeiten. Bei mir war anders. Da war irgendeine Regelung Sonderregelung. (B1, S 5, Z 146-149)

Auch die chinesische Interviewpartnerin berichtet von einem einfachen Nostrifizierungs-Prozess:

I: Und wie war das mit der Ausbildung mit dieser Nostrifizierung. Haben Sie das machen müssen??

B7: Das war ganz leicht. Ich habe einfach vom Spital geschickt, ich wurde von Spital geschickt in Schule in diese, welche Schule hab ich vergessen, aber ich habe Nostrifizierung gemacht. Na das war nicht schwer, ich habe lauter Einsen bekommen. [4 sec. Pause] Hab nur fünf, vier oder fünf Fächer [...] Röntgen und sowas. (B7, S 87, Z 77-83)

Mutter und Tochter aus der Slowakei, die im selben Pflegeheim arbeiten, mussten durch den EU-Beitritt in Österreich nicht mehr nostrifizieren:

B3/M: Ja. Um diese Zeit ah das war 2004 wir sind in EU gekommen und ich musste keine Prüfungen machen und nix -

B4/T: - keine Nostrifikation -

B3/M: - keine Nostrifikation.

B4/T: Weil das war schon gültig. (B3/B4, S 34, Z 24-31)

Im Fall der bosnischen Interviewpartnerin, die ihre Migration nach Deutschland geplant hatte, stellt sich in Österreich die Anforderung der Nostrifikation – im Unterschied zu Deutschland – als schwierig heraus, und die dann endlich gefundene Arbeit wird als unsicher und leicht zu verlieren erlebt:

B6: Ich brauch [in Deutschland] nicht nostrifizieren, wie zum Beispiel in Österreich. In Österreich hab ich nicht gewusst, was ich brauche und dann erste Kontakt war, dass ich ah in Gonzagagasse mit meine Dokumente dann gegangen und dann haben gesagt, ich habe ah meine Diplom ist anerkannt, aber ich habe 13 Prüfungen, was habe war ich schockiert, weil ich habe vier Jahre Mittelschule mit Diplom plus Matura hab ich gemacht und ich war schockiert, dass ich noch einmal ganze Diplom muss machen mit 13 Prüfungen. Das ist nicht wenig. Na gut, ich habe dann gesucht Arbeit, das war irgendwie schwierig, weil die haben immer gesagt, ich muss Nostrifizierung haben. Wie kann ich das haben, wenn ich muss zuerst arbeiten und dann Nostrifizierung kann ich ah machen, aber so kann nicht. Das hat ungefähr gedauert zwei Jahre bis ich habe richtige Arbeit gekriegt. Sechs Monate habe ich dann alle Prüfungen geschafft und musste ich noch sechs Monate, drei Monate auf Gynäkologie und drei Monate Interne in Chirurgie, das insgesamt sechs Monate die Praktikum machen. Hab ich auch gemacht, gut, Lohn

hat sich nicht geändert und ich habe das alles geschafft von kurzer Zeit ah hab ich ganze Geld wieder zurückgekriegt, was ich habe gearbeitet wie Pflegehelferin und nicht Diplomierte und das war ah dann für mich super, weil hab ich dann gesehen, aha, jetzt kann ich für mir meine Kinder leisten, kann eine Wohnung haben, kann ich kann ich leben, anfangen zu leben. Ah ich habe das viele Glück, dass meine Schwester war da, weil sonst weiß ich nicht, wie mach ich das oder muss ich ins Flüchtlingslager gehen oder irgendwo muss ich mich unter ein Dach, weil so konnte ich nicht auf die Straße gehen. Na gut, hab ich immer gedacht, vielleicht war nicht schlecht, dass ich nach Deutschland gegangen, gut, das war meine Schicksal, jetzt bin ich da geblieben und habe angefangen mit meine Arbeit hier. Und ich habe immer Angst, dass ich wenn ich krank oder im Urlaub bin, im ersten Jahr bin ich nicht in Urlaub gegangen, weil ich wollte aufpassen auf meine Arbeit [lacht]. (B6, S 74, Z 78-101)

Die Arbeit in Österreich als Dequalifizierung

Interviewpartnerinnen berichten durchgängig von einer Dequalifizierung bei ihren Tätigkeiten in Österreich. Das hat zum Teil mit der nur teilweisen Nostrifizierung zu tun, wie im Fall der als Pflegehelferin arbeitenden OP-Schwester:

I: Und wenn du an deine Ausbildung zurückdenkst, hast du da die Tätigkeiten gelernt, die du jetzt in Österreich machst?

B10: 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, ich übernehme einen Patienten in OP-Bereich oder vor den OP oder nach den OP. Ich habe meine [4 sec. Pause], jede vier Woche wir wechseln die Platz vor den OP, OP, nach den OP, Überwachung. Und alle Tätigkeit möglich, wie setze, wir arbeit zusammen mit dem Narkose-Team und Arzt. Katheter setzen, Infusion, Blut abnehmen, alles ist alles von uns gemacht, der Arzt schreiben nur und hier ist ganz andere [lacht].

I: *Und wie ist das für dich?*

B10: *Jetzt ich ich habe gelernt runterschlucken und aus. Kann man nix machen, das ist gesetzlich hier und für mich [4 sec. Pause] kann ich nix ändern. (B10, S 122, Z 84-99)*

Dieser Einsatz weit unter den eigentlichen Fähigkeiten und Qualifikationen wird als belastend und entwertend geschildert:

B10: *Das ist nicht meine Traumjob. Ich hätte gerne wieder zurück nachhause und dort wirklich ich war wichtig dort, weil wirklich was gemacht und hier [4 sec. Pause] naja. Ich und eine Abteilungshelferin ist nicht so großer Unterschied. Trotzdem habe ich viel gelernt und und kann ich viel mehr machen und [4 sec. Pause] das ist so.*

I: *Das heißt in Brasilien warst du mit der Arbeitssituation zufriedener.*

B10: *Schon, ja. [2 sec. Pause] Lernt man viel mehr. (B10, S 128, Z 389-396)*

Ähnliches berichtet die russische Interviewpartnerin:

B5: *Nun gut von Tätigkeit, ich habe ganz anderes gearbeitet. Ahm, wann habe gearbeitet hier in OP das Tätigkeiten gleiche, ja, das war nur überall OP gleiche. Nur hier mehr modern, waren viele fertige Sachen, weil dort damals, obwohl 30 Jahren hier war auch ahm muss viel selbst machen, sterilisieren und so. Aber jetzt bin ganz anders ahm Pflegeheim, ich arbeite in Pflegeheim mit alte Leute, das ist ganz andere Tätigkeit. Und ahm nun ja, mit meine Arbeit, was habe ich damals gemacht, kannst du überhaupt nicht vergleichen. Aber entschieden ich kann nicht, musst du noch einmal, ich habe als Schwester in Weißrussland gearbeitet wie Oberschwester. (B5, S 57f, Z 147-154)*

Sie allerdings nimmt es lockerer als ihre brasilianische Kollegin und wiegt die dequalifizierende Tätigkeit mit den anderen Vorzügen der Migration nach Österreich auf:

B5: [...] wann du kommst in fremde Lande, wo ist ahm seine Personal genug zum bessere Stelle da musst du zufrieden was du hast, ja. Wann später, wann bin ich noch jung oder nicht krank und ich kann noch mehr lernen und nostrifizieren, dann ist das besserer Platz. Aber wann ich bin so, wie ich bin jetzt, ich muss zufrieden was ich habe. Meine Meinung so. Und wenn es mir gefällt nicht da, bitte fährst du nachhause [lacht]. Ja, meine Meinung so. Dass ist wann ich bin gekommen, ahm in Land, du musst aufnehmen diese Land, wie sie ist. Und das ist ahm. (B5, S 58, Z 158-164)

Dequalifizierung entsteht auch durch die Sozialisierung in andere Arbeitslogik, die sich aus den Bestimmungen der österreichischen Gesetze ergeben. Alle

Interviewpartnerinnen berichten von einem stärker an medizinischen Tätigkeiten orientierten Arbeitsprofil im Herkunftsland:

I: Das heißt die Tätigkeiten, die du gelernt hast, waren dann andere als die, die du hier gemacht hast.

B9: Ja. Zum Beispiel ich habe nie gewusst, das hier ah hier ah ist verboten für eine Krankenschwester Blut abzunehmen. Das ist in irgendeine Gesetz drinnen, dass du das nicht so alleine machen darfst, nur dann, wenn Arzt erlaubt hat und er weiß und du weißt auch, dass du das kannst. Naja, ok, das war für mich ein bisschen komisch, weil wir haben, das war unsere tagtägliche Leben.

I: Und wie hast du dich da gefühlt, wenn du das hier nicht mehr durftest?

B9: Naja, ein bisschen, naja, ein bisschen dumm genommen [lacht]. Na aber ist ok, passt schon, mach ich, aber ich mache bis jetzt ahm ich Gott sei Dank dieses altes ah dieses Institut, wo ich arbeite, die sind nicht so streng und wenn etwas ist, dann

ich mache schon auch Blut abnehmen und auch diese Inje- diese ah Butterfly setzen und solche Sachen, aber ich rufe vorher der Doktor an und er weiß, ich kann das schon, weil ich habe schon mehrmals gemacht und er ist einverstanden. (B9, S 108, Z 87-100)

Das gilt für die Slowakei:

B2: Muss ich schon sagen, dass das ein Unterschied war. Wenn man das zum Beispiel mit Schweiz vergleicht. Wir [Slowakei] sind eigentlich auf der Ebene wie Schweiz. Die Schulen sind halt so, ja. In der Schweiz kann man auch mehr machen als in Österreich, in Österreich ist das nicht erlaubt, so viel zu tun. Und zum Beispiel bei uns hängen die Infusionen Schwestern an, ja. Gute Schwestern machen aus Transfusion, das macht der Arzt nicht. Offiziell ist das nicht erlaubt, aber machen die das, ja. Bei uns kannst du intramuskuläre Infusionen durchführen, hier ist das verboten, da kannst du nur subkutane. Oder so viel Kleinigkeiten vom Gesetz her, ich musste die ahm Vorschriften kennen und lernen, ja, die sind ganz anders wie bei uns. Was hier verboten ist, ist zum Beispiel bei uns erlaubt. Und denk ich, dass hier in Österreich die Schwestern der Schwerpunkt liegt eher auf der Pflege, dass sie sich mit Pflege ahm einfach pflegen von Menschen, ja. Bei uns liegt der Schwerpunkt eher medizinisch, ist eher medizinisch. Das halt die Pflege gehört natürlich dazu, aber bei uns wir wollen, dass der Patient viel, viel selber macht. Wenn wirklich wenn er wirklich nimmer kann, dann kommt die Schwester und macht das für ihn. Aber die Schwester machen eher mehr medizinische Dinge als pflegerische, denk ich, ja. So habe ich das gelernt. (B2, S 21, Z 125-140)

Ebenso wie für China:

B7: Die Ausbildung, ich glaube wir haben von den Stunden her, wir haben viel mehr, in China hat man viel mehr gelernt als in Österreich, weil ich habe das verglichen und ahm wir, in China hat man viel medizinische ah gelernt. Und von Tätigkeiten hat, ja es gibt auch einen große Unterschied und die Krankenschwestern in China dürfen viel mehr als da, ja, zum Beispiel ich habe ich kann Venflon einsetzen, ich kann männl- ich kann für Katheter und das ist ream- reanimieren oder so, das ist und ja ja Blutablauf von Ader und Vene und so und so verschieden Sachen, also

viel mehr als da hier. Ähnlich wie eine Turnusarzt glaub ich, das was man machen, außer zum Schreiben und so, Rezept schreiben und ja. Und es gibt auch die Gemeinsamkeit, zum Beispiel, ah dass die, dass um die Patienten kümmern [lacht], das war das gleiche. Medikamente vorbereiten und ah ja. Und in China hat auch Angehörige, die die Patienten haben Angehörige zum zum ah in der Nähe haben dürfen und ja. (B7, S 88, Z 103-115)

Auch für Ungarn:

B8: Nein, das, damals in Ungarn war mehr erlaubt, derzeit ich kennen natürlich auch nicht die Gesetze ah und durften wir mehr machen und weniger pflegerische Sachen, ja. Ahm hier konnte ich am Anfang eigentlich nicht so sehen, weil einfach von den Praktikum her, das ist irrsinnig kurz war für mich, trotzdem ich Pflegehelfer, das war nur ein Monat und im Pflegeheim ist Pflege, also im Spitalbereich habe ich ganz wenig gesehen, was dürfen sie und das ist auch unterschiedlich, weiß ich nur bis jetzt, das ist von Station und von Krankenhaus ist unterschiedlich, was die Schwestern noch dazu dürfen oder nicht dürfen, also, damals wir durften natürlich alle Handlungen machen, die darf nur mehr einfache Sachen, wie zum Beispiel Magensonde und so weiter zum Setzen und da ist, oder ZVK zum Bedienen, da ist schon Oberarzt oder Primar erlaubt oder nicht, die Krankenhaus erlaubt oder nicht, also das ist so von unterschiedlich. Ich hab mehr mehr gewusst, also wie ich durfte machen.

I: Und wie sind Sie sich da vorgekommen?

B8: Das war blöd, das war blöd, weil die Umstellung darf ich das nicht machen, das muss ich melden, ich hab keine Arzt in in Pflegeheim, was muss ich machen, das ist ganz andere, das ist sicher ah war nicht einfach [lacht]. (B8, S 97, Z 67-84)

Für Bosnien bzw. Ex-Jugoslawien:

B6: Das war nicht so leicht für mich, weil ich komme von Land, wo ich zum Beispiel wenn ich so vergleiche, wie ist hier, habe ich gedacht wie eine Turnusärztin gewesen, weil ich habe alles gemacht, was hier Turnusärzte machen. Ich hab das

gemacht unten in Bosnien. Und für mich war die Anfang sehr schwierig, weil meine Hände ungefähr waren wie gebunden. Ich darf das nicht machen, ich darf das nicht machen, wo ich habe alles selbstständig gemacht, alles entscheiden, Auskunft gegeben für Patient oder alles, was betrifft, alles hat die Schwester, das war ihre Arbeit. Und hier war ganz anderes, aber gut, hab ich, ich bin von Person, dass ich kann mich immer wie läuft kann ich mich auf diese ah anpassen und ah aber manchmal kommt mir so in Hirn, ich möchte schon, ich habe ich habe schon Wunsch, eine Blutabnahme oder irgendwas ah zu machen und ich weiß, das darf ich nicht, gut, jetzt ist ganz anders, jetzt hat sich geändert, jetzt kann man auch Blut abnehmen oder so Kleinigkeiten machen und aber mit Zeit habe ich mich auch so schön mit das auch recht gefunden. (B6, S 75, Z 121-133)

Und auch für Polen:

B1: 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 also ich würde das auch nicht zulassen dass bei mir sticht einer [lacht]. (B1, S 5, Z 135-141)

Diese Dequalifizierung wird von einer Interviewpartnerin auch als Grund angegeben, nicht mehr in die Heimat zurückkehren zu wollen bzw. zu können:

B1: Ich könnte [4 sec. Pause] also ich glaube das ah ich würde niemanden mich mehr in die Vene stechen können [lacht], aber auch es ist doch die Mentalität ist anders. (B1, S 11, Z 442-443)

8.2.3 Arbeitsbeziehungen

Insgesamt werden die Arbeit mit PatientInnen und die Kooperation sowohl mit KollegInnen wie auch mit Vorgesetzten als positiv beschrieben.

Keine der Interviewpartnerinnen berichtet direkt von problematischen Situationen. Zwar wird eine allgemeine Ausländerfeindlichkeit als etwas genannt, was unvermeidlich vorkommt, aber für die eigene Person werden – mit wenigen Ausnahmen – keine diskriminierenden Erfahrungen berichtet.

Diskriminierungserfahrungen werden von der eigenen Person bzw. vom Status der Migrantin abgespalten berichtet. Sie werden an anderen, v.a. asiatischen und/oder dunkelhäutigen Pflegepersonen beobachtet oder sie betreffen (ausübende) Personen, die allgemein als unfreundlich, unzugänglich und ungerecht beschrieben werden.

Durchgängig wird berichtet, dass asiatische und dunkelhäutige KollegInnen öfter mit ausländerfeindlichen Tendenzen zu kämpfen haben:

B1: Ich mit mir hat eine eine Kollegin angefangen, die war aus Philippinen, die hat irgendwie schwerer gehabt. Ahm wir haben relativ ahm gleichzeitig angefangen, da war ein, zwei Wochen Unterschied. Die hat irgendwie schwerer gehabt sich zu integrieren. [...] Also ich glaub schon, dass die die dunkelhäutig sind schon schwerer ein bisschen haben. Da ist einfach weil sie schon vom Aussehen anders sind und zweitens von Mentalität auch weiter entfernt sind. Und auf dieser Station wo ich am Anfang war waren relativ viele Österreicher. (B1, S 13, Z 541- 552)

B9: Und dann, so ich habe leider, ich habe nicht leider, sondern Gott sei Dank, nicht erlebt, dass jemand, weil ich Ausländerin bin, zu mir nicht nett wäre. Mh ich denke, das ist eher an Asiatinnen möglich mehr ist. Ich weiß es nicht warum, habe ich schon bemerkt, dass die Patienten auch und die Familien auch nicht so gerne die Asiatinnen mögen. Weiß ich nicht warum, weil die für mich als Mensch total lieb sind. Vielleicht die Stimme ist anders oder dass sie ganz von andere Kulturen

her kommen und manchmal find ich auch von Indien die Leute, welche kommen, haben dann Schwierigkeiten mehr. (B9, S 115, Z 425-432)

B2: [...] manche Bewohner oder Patienten mögen nicht zum Beispiel Schwarze oder von Indien die Mitarbeiter. Oder manche wollen überhaupt nicht Ausländer. Damit ah ich war damit eigentlich nicht so direkt konfrontiert. Aber was ich gehört habe, in Hauskrankenpflege ist das sehr arg, ja, dass manche wollen nicht dass Ausländer überhaupt kommen oder die Schwarzen kommen, ja. Mh, ich weiß nicht, da muss man sich schon überlegen, warum ist das so, warum will das der Mensch nicht. Aber auf anderer Seite wieder habe ich auch positive etwas Positives gehört und das war zum Beispiel, manche Menschen sind sehr zufrieden mit diese Leute, Ausländer, weil die zum Beispiel mehr empathisch sind oder mehr mehr tun für die Leute. (B2, S 22, Z 189-197)

B4: Aber zum Beispiel bei uns wir haben neue Bewohnerin bekommen und sie ist nicht dement und zum Beispiel ah ich habe Kollega gehabt und er ist er kommt aus Afrika, er ist schwarz. Und sie ah hat ihm gesagt in Gesicht, weil er weißt nicht mit pflegen, weil er ist er ist schwarz, er kommt aus andere Land. Sie hat ihm das gegeb- gesagt. Zum Beispiel ich habe solche Erfahrungen. (B4, S 39, Z 263-267)

Die brasilianische Interviewpartnerin berichtet von Vor- und Nachteilen ihres – sichtbaren – „Andersseins“:

B10: Ich finde interessant, die Leute immer fragt: „Woher kommen Sie?“ - „Aus Brasilien.“ - „Samba!“ und Gesichtsausdruck ist immer, weißt du, fröhlich und so. Ich glaube die Leute hat diese wirklich, wir sind, weil offene Menschen, Samba und so und fängt an zu lachen und tanzen und ich will sehen Bewegung und sowas ähnlich. [2 sec. Pause] Ich kann nicht klagen. Natürlich hat die viele Leute redet mit dir nicht oder so. [3 sec. Pause] Runterschlucken, Augen zu und durch. (B10, S 132, Z 600-605)

Sie berichtet auch als einzige in der Stichprobe über “blöde Witze”, die gemacht werden, und benutzt den Ausdruck Rassist. Gleichzeitig drängt sie im Interviewverlauf darauf, das Thema abzuschließen und über andere Dinge zu reden:

I: Und hast du Probleme mit Patienten?

B10: Ah so mit die Sprache. Viele Leute es ist [2 sec. Pause] Rassist [lacht].

I: Kannst du da irgendein Beispiel nennen?

B10: Oja, viele, was du redest, der tut dich immer korrigieren oder ah [4 sec. Pause] naja, immer wieder kommt was vor, ist die die mehr mit Sprachen oder Kultur oder weißt du, ah blod Witz, diese Richtung.

I: Bitte?

B10: Blode Witze, machen immer Witze -

I: - aso -

B10: - über Ausländer oder sowas ähnliches.

I: Direkt zu dir?

B10: Ja. Wie ist überall, wir sind eh fast 90 Prozent in meine Station alles Ausländer. Ich bin einzige aus Brasilien, aber wir haben Ungarn, Slowakei, Rumänien und [3 sec. Pause] ab und zu es stört, ab und zu es stört nicht, schau nicht, geh ma weiter [lacht und deutet auf Interviewleitfaden]. (B10, S 124, Z 169-190)

Die chinesische Interviewpartnerin lässt schlechte Erfahrungen mit PatientInnen anklingen, bezieht sich dabei aber vorrangig auf die Sprachproblematik, und lässt „ein bissi“ im Raum stehen:

B7: Die Patienten [3 sec. Pause] für mich sind ah am Anfang, wenn sie wienerisch ah sprechen, war für mich schon ein Problem und ah die Patienten sind sehr unterschiedlich für mich eigentlich. Sind manche sehr, sehr freundlich, ah manche manche spüre ich schon bissi, dass sie bisschen, in seltene Fall, ah dass sie [4 sec. Pause] mh, na kann man nicht genau sagen eigentlich. (B7, S 88, Z 132-136)

Ausländerfeindlichkeit wird unter Umständen als notwendige Begleiterscheinung von Migrationserfahrungen gesehen, der man nirgendwo entkommen kann: Sie ist überall, sogar zuhause:

B9: Das gibt es, leider, das gibt es schon, aber da kannst du nicht sagen, ok, deswegen ist a schlechte Platz oder die Leute sind schlecht, nein. Das ist egal wo du gehst, so Ausländerfeindlichkeit wird überall geben, denk ich, das ist überall so. Weil jetzt da Leute fahren rundherum. Wer zuhause ist, dann will diese Status behalten und die alle andere sind halt alle andere, welche nicht da [lacht] passen oder ich würde das so nennen, weil zum Beispiel ich bin ich bin in der Slowakei aufgewachsen, aber ich bin a ungarische Minderheit, so ich leben eigentlich in diese Ausländerfeindlichkeit auch zuhause, weil slowakische Leute mögen keine ungarische Leute, ja. Und ad eins, ich habe totale ungarische Name, da ist nix slowakisch dran. So, wenn du nur meine Name aussprichst oder schaust, das ist hundert pro, dass die wissen, ich bin nicht slowakische Frau [lacht], so das ist schon klar [lacht]. (B9, S 116, Z 463-473)

Kooperation mit KollegInnen

Die Kooperation mit KollegInnen wird von den Interviewpartnerinnen mit wenigen Ausnahmen als positiv geschildert. Das betrifft insbesondere multikulturell zusammengesetzte Teams.

Davon berichtet die brasilianische Pflegekraft:

I: Und wie ist die Arbeit mit den Kollegen?

B10: Das passt, wir sind eben fast 90 Prozent Ausländer. Wir verstehen uns gut [lacht].

I: Aber gibt's keine Probleme aufgrund der verschiedenen Kulturen?

B10: Nein, nicht wirklich, nein. [4 sec. Pause] Hab ich gesagt, ich bin offene Mensch, ich habe kein Problem damit, ich respektiere, willst du nicht reden, wir reden nicht dafür willst du reden, brauchst du was, geh ma was trinken, bin ich auch dabei und. (B10, S 124, Z 192-200)

Das slowakische Mutter-Tochter-Gespann berichtet ebenfalls vom Vorteil, mit „vielen Ausländern“ zu arbeiten, wobei die Kooperation mit ebenfalls ausländischen KollegInnen als entspannter als mit österreichischen Pflegekräften berichtet wird:

I: Aha. Und wie ist die Zusammenarbeit mit den anderen Kolleginnen?

B3/M: Wir sind viele Ausländer, aber bin ich zufrieden, ja.

B4/T: Und ich habe bemerkt ah, dass oder bis jetzt habe ich solche Erfahrung mit ah mit ah Ausländer versteh ich besser, habe ich gute Beziehung, nur irgendwie von ah wenn kommt jemand aus Österreich ja, dann ich spüre irgendwelche ahm Druck oder etwas ah einfach ich spüre Unterschied. Vielleicht das muss nicht immer sein, aber ich habe bis jetzt solche Erfahrungen, da spüre ich Unterschied.

I: Von den Schwestern?

B4/T: Von den Schwestern, ja. Von ah die was kommen aus Österreich. Aber das muss nicht überall so sein, aber ich habe bisher solche Erfahrung.

B3/M: Und was ich habe Erfahrung, was kann ich sagen, was habe ich gemerkt, dass wir Ausländer müssen mehr verantwortlich zu dieser Arbeit und [2 sec. Pause] wie soll ich sagen. In Österreich, dass die die möchten nicht so viel arbeiten. Beispiel wir arbeiten viele 40 Stunde ja, Vollzeit und die [...] (B3/B4, S 35, Z 54-72)

Die Tochter berichtet auch – als einzige in der Stichprobe - offen über schlechte Erfahrungen mit österreichischen Kolleginnen:

B4: Und ja meine Meinung ist, dass habe ich nur bis jetzt so [lacht] so bemerkt, dass wenn habe ich Kollege aus Österreich ich sage immer, dass ah die was von Österreich, die haben andere die sind andere wie wie wir. Ich weiß nicht warum, vielleicht das ist keine Wahrheit, aber ich habe solche Gefühl, dass die die sind anders, die denken bisschen anders wie wir und ich weiß nicht, dass ist nur so meine Gefühl und ich habe auch Probleme bis jetzt mit Leute von Österreich gehabt, mit Kollegen, weil [3 sec. Pause], aber vielleicht das ist keine Wahrheit, nur bis jetzt, weißt du, ich habe solche schlechte Erfahrungen. (B4, S 40, Z 307-313)

Und sie berichtet weiter von Kolleginnen, die trotz ihrer untergeordneten Position in der fachlichen Hierarchie Anweisungen erteilen:

B4: Also ich weiß nicht, sie hat immer befiehlt, sie hat mir befiehlt, was soll ich machen und dann hat mich kontrolliert und sie war zum Beispiel Pflegehelferin und ich war Krankenschwester, aber also sie hat mir immer befiehlt oder wenn wollte ich etwas machen, dann hat sie mir gesagt, „Na das machst du später!“ und solche Sachen. Das waren Kleinigkeiten, aber trotzdem. Und ich habe immer zum Beispiel ich habe mit ihr Nachtdienst gehabt und ich habe immer so schlechte Gefühl gehabt, Stress habe ich gehabt und vor Nachtdienst und so, also. (B3, S 40, Z 323-329)

Eine Interviewpartnerin berichtet über Mobbing-Erfahrungen, die sie ihrem Anfängerstatus zuschreibt:

B7: Mit Kollegen das, da da ich überall gearbeitet habe und kann ich vergleichen, es gibt schon Unterschied im Team. Es ist, es, es, ich habe schon Mobbing gespürt als am Anfang und ich habe auch ganz Team gehabt, das am von Anfang an ganz freundlich aufgenommen worden, also das ist verschieden, ja.

I: Und glaubst du, das Mobbing war aufgrund, weil du nicht in Österreich geboren warst oder waren das andere Gründe?

B7: Nein, Anfängerin, ja wie aufgrund, Anfängerin, egal. Ich habe danach, ich habe auf dieser Abteilung viele Jahre gearbeitet und danach habe ich beobachtet, dass egal wer zuerst kommt, wird gemobbt. Das habe ich nicht gerne gehabt. Aber und natürlich ich versuche, dass ich nicht in diese Team, in diese Gruppe anzuschließen. Ich ich habe nicht die Kollegen gemobbt, sondern geholfen. Und aber ich habe, ich weiß, dass nicht schön ist gemobbt, das ist schlecht, Mobbing, ja, unangenehm. (B7, S 89, Z 164-177)

Eine slowakische Interviewpartnerin berichtet über Konflikte, die aus der multikulturellen Teamzusammensetzung entstehen, und beschreibt diese als auf einer internen Teamebene lösbar, sodass sie nicht an die Stationsleitung herangetragen werden müssen:

B2: Und da natürlich jede Mentalität, jede Kultur ist anders. Jede hat eigene Mentalität und für jede ist etwas anderes wichtiger. Aber deswegen ich denke, es waren auch Probleme natürlich, wo gibt, wo sind die Probleme nicht, aber man muss über die Probleme diskutieren. Ich war immer überall Stationsvertretung, auf der Geriatrie, wo ich gearbeitet habe und die Leute sind oft zu mir gekommen und haben gesagt, ich kann nicht mit dem oder ich kann nicht mit dem, was soll ich tun? Ich sage, na da setz ma uns zusammen und diskutier ma das. Weil ich glaube jedes Problem kann man lösen, es ist nicht gut, dass man, dass man lass

ma das, lass ma das und denk ma nicht darüber nach und ein Problem ist nicht gelöst. Da kommen nur größere Schwierigkeiten raus [5 sec. Pause] Deswegen habe ich versucht, als Vertretung das die nicht diese Leute nicht belästigen unsere Stationschwester, aber ich hab's versucht, dass wir das untereinander klären. (B2, S 23f, Z 249-260)

Die russische Interviewpartnerin dagegen berichtet von ungetrübten Kooperationsbeziehungen:

B5: - es geht gut. Perfekt ich finde. Gut vielleicht in anderes Platz, wenn ich höre ab und zu gibt Problem, aber bei uns Gott sei Dank alles ok. Oder vielleicht alle Ausländer und [lacht] und Österreicher welche sind geboren gute Menschen und so. (B5, S 58, Z 197-199)

Kooperation mit Vorgesetzten

Kooperation mit Vorgesetzten wird konfliktreicher geschildert als mit KollegInnen. Dabei werden zwei Konfliktebenen genannt: die Sprache und der Dienstplan.

Zwei Interviewpartnerinnen berichten vom Dienstplan als Instrument, das von Vorgesetzten verwendet wird, um die Verbindung zum Herkunftsland und ihr Privatleben zu verkomplizieren:

B1: Also am Anfang war meine Tochter in Polen noch und da habe ich versucht immer so Dienstplan zu schreiben, dass ich mindestens a einmal im im Monat, so alle drei Wochen für vier Tage nach Polen fahren kann. Und das hat ihr nicht gepasst, obwohl ich meine Stunden sowieso bringen erbringen musste. Ahm das ist soweit gegangen, dass ich eine Kollegin, ich wusste, dass sie Probleme immer hat ah macht, wenn ich eben zu viel frei habe, nicht zu viel, eh im Rahmen was erlaubt wurde, vier Tage. Habe ich dann einen Nachdienst tauschen wollen, damit ich dann eben so für ein vier Tage freu habe und ich habe eine Kollegin gebeten, dass sie sagt, der Franziska, der Stationschwester, dass sie braucht frei und ahm dass

sie mit mir tauschen möchte. Und sie hat sich das angeschaut das Dienstplan und hat gesehen, dass ich dadurch vier Tage frei bekomme und hat Dienstplan studiert und hat gesagt, sie soll nicht mit mir tauschen, sondern mit jemanden anderen. Und [3 sec. Pause] ich hab dann trotzdem haben wir das getauscht. Aber einmal war auch irgendwie hat sie ahm ich hab 40 Stunden gemacht in der Woche, die anderen haben, die meisten, die älteren Schwestern haben noch 46 Stunden in der Woche gemacht und ahm die haben sich immer zuerst am Dienstplan eingetragen und wir waren zu dritt, die dann nur 40 Stunden gearbeitet haben und wir haben immer zum Schluss die Löcher stopfen müssen. Und einmal war es so, dass ich habe gesagt, ist mir egal, ich habe mir eingetragen nur zwei Wochenenden und da hat sie auch irgendwie gemeckert, die Stationsschwester, na wie kommt das, wie soll da gut sein, wenn die junge Schwester trägt sich am Wochenende nur ein und ahm will nicht arbeiten. Es war eh schwachsinnig, weil zwei Wochenende, zwei Sonntage habe ich geschrieben und ich musste sowieso 170 Stunden noch, also weniger, als 150 Stunden irgendwo eintragen. Und da habe ich versucht ihr das zu erklären. Ah aber sie wollte mit mir nicht reden. Da habe ich Dienstplan genommen, sie ist mir immer davon gelaufen. Als sie sich gesetzt hat in in Sozialraum bei Dienstübergabe habe ich Dienstplan genommen und bin ich zu ihr gegangen, habe ich mich hingesetzt und habe ich angefangen ihr das zu erklären. Und da ist sie wirklich aufgestanden und weggegangen. Das hat mich fertig gemacht. Da habe ich geheult. Und dann bin ich zur Gewerkschaft gegangen, weil ich habe das sehr ungerecht also em also gefunden, weil sie hat mir schon so so Schwierigkeiten gemacht mit dem Wegfahren mit dem, als wenn sie wusste, dass ich wegfahren will, ahm hat sie mir kein frei geben wollen, obwohl es möglich wäre.

I: Und warum glaubst du war sie so?

B1: [5 sec. Pause] Weil ich jung war, weil ich Ausländer war. [2 sec. Pause] Ich glaub schon, weil sie hat schon bisschen so die Tendenz, sie war schon ein bisschen ausländerfeindlich. [3 sec. Pause] Das hat sie bei den Inder besonders stark gezeigt.

I: Wie hat sich das geäußert?

B1: Ahm vor allem, wenn es um Dienstplan gegangen ist, weil sie selber war ziemlich ahm keine Leistungsträger und keine kompetente Stationschwester und das war das wo sie am leichtesten jemanden was eine auswischen konnte, wenn sie Dienstplan im Dienstplan irgendwelche Dienste eingetragen hat, die einem nicht gepasst haben. (B1, S 14f, Z 570-614)

Von Schikanen im Dienstplan berichtet eine zweite Interviewpartnerin. Sie muss zwar nicht pendeln, um private Bezugspersonen treffen zu können, lebt aber mit einem Partner, der seinerseits beruflich stark gefordert ist:

B4/T: - also ich habe mit dem Probleme, weil darum, dass meine Stationschwester ah gibt mir macht für uns schlechte Dienstplan, zum Beispiel wenn ich brauche frei, wenn mein Mann hat und sie sie sagt es geht nicht, obwohl geht es, weil vorher ist gegangen, wenn war alte Stationschwester. Also ich sehe nicht oft mit meinem Mann, also ich habe dann keine Zeit für meine Interesse oder ich weiß nicht was.

B3/M: Sie sehen sehr ah sehr wenig, weil er arbeitet -

B4/T: - er arbeitet fast jeden Tag. Nur zwei Tage, heute hat er frei und morgen. Am Dienstag am Dienstag er geht schon in die Arbeit. Und sie ah gibt mir nicht immer frei, wann ich brauche, obwohl geht ja, weil auch andere Kollegen haben nichts dagegen, dass ich bekomme diese Tage frei. Aber sie will nicht das akzeptieren und darum ist Problem. (B3/B4, S 41, Z 388-399)

Eine Interviewpartnerin berichtet von einem schlechten Erlebnis mit einer Führungskraft, die ihrerseits Migrationshintergrund hat:

B2: Ich denke, dass eher die Österreicherinnen oder Österreicher helfen mehr als eigene Landsmänner, als eigene Slowaken oder Slowakinnen. Ich hab jetzt ahm

ich hab mich beworben als Stationsschwester und ich hatte so eine schlechte ah wie sagt man das ah schlechte Erlebnis hinter mir, weil ich habe Schnuppertag gehabt in Korneuburg in eine Pflegeheim und da war eine Slowakin und sie hat so schlecht über mir über mich erzählt zu den Direktors, nur schlechte Sachen. Und ich hab dann gedacht wozu bin ich da, brauch ich das überhaupt? Warum warum macht sie mir das, was hab ich ihr angetan. Ich weiß nicht, ich glaube manchmal, das ist nur Neid, weil ich habe ihr erzählt, dass ich Pflegewissenschaften studiere und dass was ich alles gemacht habe und trotzdem trotzdem hat sie statt mir helfen zu können, hat sie mir nur geschadet. Und da habe ich gesagt na jetzt mach ich Mund nicht auf, dass ich Slowakin bin. Ich brauch nie keine Hilfe, aber ich brauch nicht, dass mir jemand noch das Leben noch schwieriger macht, ja. Und deswegen sag ich, dann hab ich wieder eine Vorstellungstermin gehabt. Das war eine Österreicherin und die hat war so nett zu mir, sie hat mir sehr geholfen, sie hat nur das beste über mir über mich erzählt der Direktorin und die haben mich auch aufgenommen. Und deswegen habe ich ihr gesagt, ich bin dir wirklich dankbar, weil ich verlange ich verlange nur die Gerechtigkeit. Ich brauch nicht dass jemand wirklich für mich irgendwelche wahnsinnig Sachen macht. Das brauch ich nicht. Aber das die Leute wirklich dazu stehen, was wahr ist. Und nicht erzählen noch schlecht über mich. Und eigene Leute eigentlich, das tut mir wirklich weh, dass das so ist. (B2, S 26f, Z 405-425)

Ein zweites genanntes Problem mit Vorgesetzten ist die Sprache bzw. der Sprachgebrauch. Die chinesische Interviewpartnerin berichtet von einer Chefin, die nur „Wienerisch“ spricht:

B7: Vorgesetzte ich habe [2 sec. Pause] na am Anfang in diese Gemeindekrankenhaus hab ich eine ganz alte ah die halb halbe Jahr vor der Pension ah gehabt diese Chefin, diese Stationsschwester die spricht nur wienerisch [lacht], die hat uns nicht gerne gehabt, mit ihr die hama keine Freunde gehabt und und, aber wir haben, aber die die anderen Kollegen waren ok und dann hab ich in private Spital gehabt ah gearbeitet und die Chefin, die leider früh an Krebs gestorben ist, die war ganz nett, die war sehr nett ja. Und ja und mit Chefen bis jetzt hab ich kein,

kann man sagen, hab ich kein Problem gehabt, nicht persönlich so mit ihr hab ich kein Problem gehabt. Ich weiß nur, diese früher Chefin, die mögen die mag alle ah Schwestern nicht, die sie nicht verstehen. Aber das ist [lacht], sie weiß, dass wenn sie wienerisch spricht, das man, das ist so, das ist so ah dass die ausländische Schwestern sie nicht, schwer verstehen können. (B7, S 88, Z 142-152)

Sprache

Ein wichtiger Stellenwert wird der Sprache zugemessen. Schneller Spracherwerb der Landessprache wird vorausgesetzt, und Vermeiden der Verwendung der Muttersprache mit gleichsprachigen KollegInnen wird vor PatientInnen und vor dem Pflorgeteam eingefordert.

B2: Es gibt sicherlich überall ein interdisziplinäre Team ah interdisziplinär, interkulturelle Team, interkulturelle Team, gibt sicher Pfleger oder Schwestern von viele Länder, zum Beispiel bei uns waren von Ungarn, von Slowakei, von Serbien, von was hama noch, von Indien hama Leute gehabt und natürlich wir mussten immer deutsch reden miteinander, nicht zum Beispiel zwei Slowakinnen nicht slowakisch, vor allem nicht vor dem Patienten. (B2, S 23, 244-249)

PatientInnen sollen durch den Gebrauch einer fremder Sprache nicht verunsichert werden:

B2: Es waren auch solche Situationen, dass zum Beispiel eine Schwester, da war eine Serbin, die hat zum Beispiel im Zimmer telefoniert auf serbisch und natürlich ist im Bett ist eine Patientin gelegen, ja. Und natürlich hat sie alles mitgekriegt. Das ist auch nicht schön, weil was kann sie sich denken? Warum, worüber erzählt sie. Sie weiß nicht dass Sie redet jetzt mit einer Freundin oder ich weiß nicht mit jemanden über Probl- über private Leben. Sie hat das nicht verstanden und natürlich konnte sie irgendwas ausdenken. Es ist nicht richtig so. Wenn man telefoniert will, geht man irgendwo, wo man allein ist. (B2, S 24, Z 265-272)

Und auch im Team wird es als unhöflich und ausgrenzend empfunden, wenn sich gleichsprachige KollegInnen in ihren Sprachraum zurückziehen:

B7: Ja, habe ich kurz, habe ich kurz mit chinesische Kolleginnen gehabt, aber ich mag nicht ah das ah Integration das wollte ich sagen eigentlich. Ich mag nicht, dass die Kolleginnen ah vor anderen Kollegen, die vor vor andere Kolleginnen, die aus andere Länder kommen, so eigene Muttersprache sprechen. Da störe ich mich ah es stört mich schon. Und ja das weiß ich, deshalb wir wir sprechen, ich spreche mit einer Kollegin chinesisch nur, wenn wir zu zweit sind, zum Essen gehen wir nur bisschen oder, 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. Anderer weiß nicht, was du redest, über Arbeit oder über privat oder so und ah auf der Station. Und ah ahm was kann man noch. (B7, S 93, Z 380-388)

B9: [4 sec. Pause] könnte, naja, weiß nicht. Manchmal ist es so, die ah wenn die ah Ex Jugoslawien Leute zwischeneinander jugoslawisch oder was auch immer Sprache sprechen und du kommst und die die machen, die switchen nicht zurück auf deutsch und dann verstehst du, dann versteh ich auch nix. So da steh ich genauso wie alle andere rausge- ausgeschlossen und das ist halt auch nicht schön. Aber aber an und für da sind so Kleinigkeiten da in diese Team. Man oder später, das ist, denkst du nicht mehr dran. Halt jeder benützt eigene Sprache auch a bissl, weil wenn a Möglichkeit ist, dann benützt man halt eigene Sprache auch. (B9, S 110, Z 194-201)

Deutsch als gemeinsame Sprache wird auch von Vorgesetzten eingefordert:

B1: Ja. Es ist nur so, was ich auch verstehe, ahm 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.

I: Und hält ihr das ein? Weil ich denk mir, wenn man jetzt nicht direkt am Patientenbett steht.

B1: Naja es ist so, meistens schon, weil das also wenn man alleine ist dann sprechen wir schon in eigener Sprache also zu zweit nur, aber wenn man im Sozialraum kurz ist. Es ist auch von Station zu Station unterschiedlich. Bei manchen ist das strenger, bei anderen. (B1, S 7, Z 218-229)

Allerdings ist es nicht immer leicht, auf den Gebrauch der Muttersprache zu verzichten, wenn doch mehrere Gesprächspartner vorhanden sind:

B3: 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. Aber Beispiel wir müssen aufpassen, weil Stationsschwester will nicht, dass reden deutsch, deutsch, dann wir müssen aufpassen oder wir reden so [wird leiser] so leise, dass aber ja. Vor die Bewohner wir müssen auch deutsch reden [...] (B3, S 47, Z 677-683)

Manchmal tut es PatientInnen aber auch gut, in einer anderen Sprache zu sprechen:

B3: [...] alte Leute ah will auch bisschen, weißt du, wir haben eine neue Bewohnerin bekommen und sie ist geboren hier in Wien und gewachsen ah in Wien in Österreich und aber ah aber die Mutter ist ah aus der Slowakei, weißt, sie war, sie ist schon gestorben, aber sie war so weißt du, begeistert, dass sie kann bissl ah wiederholen ah slowakische Sprache und ja. Ich verstehe so, weißt du, sie hat angefangen, dass war so so, dass die manche Leute will ein bissl.

I: Und da sagt die Vorgesetzte nichts?

B3: Na, na. (B3, S 47, Z 683-696)

Unterstützung durch die und in der Organisation

Abgesehen von Sprachkursen während des Nostrifizierungs-Prozesses nennt keine der Interviewpartnerinnen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung von Sprach- und Verständnisproblemen bei der Arbeit, weder mit PatientInnen noch mit KollegInnen und Vorgesetzten. Keine der Interviewpartnerinnen gibt an, solche Unterstützung selbst zu brauchen. Es wird aber Bedarf für andere Personen mit Migrationshintergrund angenommen, d.h. wenn über Bedarf gesprochen wird, dann bei anderen.

Zwei Interviewpartnerinnen berichten von ihrer Suche nach Unterstützung zur Bearbeitung schwieriger Kooperationsbeziehungen mit einer österreichischen Vorgesetzten bzw. Kollegin:

Eine Interviewpartnerin berichtet über eine aktive Suche nach organisationaler Unterstützung bei der Gewerkschaft im Konflikt mit ihrer Stationsleitung:

B1: Also die von Gewerkschaft haben irgendwie dann keine Zeit gehabt zu reagieren. Der hat er hat gemeint er redet noch mit ihr irgendwann. Und da habe ich mich bedankt, habe ich gesagt ich erledige das selber. (B1, S 15, Z 619-621)

Und eine zweite berichtet über die Suche nach Unterstützung im Konflikt mit einer österreichischen Pflegehelferin, von der sie sich gemobbt fühlt:

B4: Ich habe das gelöst, dass habe ich Kündigung [lacht] gewählt, weil ich war mit diese Problem auch zuerst mit Stationsschwester habe ich geredet, nur die sind [eine österreichische Pflegehelferin, von der sich B4 gemobbt fühlt] beide Freundinnen, also die hat ihr nicht gesagt und dann habe ich zum ah Pflegedirektorin bin ich gegangen und die war auf ihrer Seite. Also das war keine Lösung, nur – (B4, S 40, Z 333-336)

Insbesondere die Anfangsphase der Arbeit in einem österreichischen Pflegeheim/einem österreichischen Krankenhaus wird als schwierig geschildert.

Unterstützung bezüglich Sprache und Einarbeitung in gängige Arbeitsroutinen wird als vereinzelt und über informelle Unterstützung durch KollegInnen berichtet.

Unterstützungsleistungen sind dabei strukturell nicht abgesichert, sie erfolgen punktuell und über Einzelpersonen.

Im Fall der russischen Interviewpartnerin ist es eine jugoslawische Schwester, die sie unterstützt und ihr Dinge erklärt:

I: Und wie war das zu Beginn, wie Sie in Österreich angefangen haben zu arbeiten?

B5: Oh wie das war. Wann kommst du in ahm Station, 34 Patienten, wird 5, 6, 4 Schwestern und so wie das geht mit Personal. Und du bist keine einzige Deutschworte. Nur warst du mit Wörterbuch und selbst habe ich aber gearbeitet mit einem ahm [3 sec. Pause] von ahm jugoslawische Schwester. Sie kann nicht gut russisch lernen, aber sie versteht und sie hat mir überall geholfen. Dann gesagt was das bedeutet und wann ich weiß nicht, was hast du, was ist das Handtuch, was ist das Polster. Und am Tag alles schreibst du schön, schreibst du in mein Wörterbuch zuhause und dann ich weiß oder sie vorbereitet mir eine Liste, das das das das und dann schauen, was ist meine Übersetzung und damit ich weiß es. (B5, S 57, Z 124-133)

Sie berichtet auch von Hilfe durch eine Patientin:

B5: Und dann langsam und Gott sei Dank war auch gute Patienten, waren geistige Patienten, die waren ein bisschen und so, weißt du nicht, kann ich dir helfen. Und dann Wort zum Wort, heute drei Worte, morgen noch drei Worte und langsam, langsam. Jetzt ist meine deutsch ich schäme um meine deutsch auch. [3 sec. Pause] Nun gut am Anfang ich habe damals auch eine gute Frau getroffen, ich ahm habe geschämt, wann ich sage nicht richtig oder so. Sie hat gesagt, nein, sie hat auch ein bisschen russisch gesprochen, sagt sie wann ich spreche russisch ich spreche auch nicht richtig, aber du verstehst du mich. Dann andere Leute man versteht dich. Weil gibt es überall, ob in Österreich, oder irgendwo in Moskau

oder in Deutschland, gibt es Leute, welche zum Ausländer ein bisschen Abstand, nun gut, dann ahm. (B5, S 57, Z 133-142)

Die brasilianische Interviewpartnerin berichtet vom Glück, einer Hausleiterin zu begegnen, die ebenfalls aus Brasilien stammt. Den Erwerb der deutschen Sprache und geschichtlicher Kenntnisse pflegt sie in Gesprächen mit PatientInnen:

B10: Schwierig ah ich habe meine erste in diese Richtung von mit Patienten Bewohner war in Pflegeheim Caritas. Ich wollte immer ich bin eine Mensch, ich brauch Kommunikation, ist egal, ist Mimik oder ist Sprache oder [lacht] und ich hab immer versucht ah mehrmal zu fragen, was ist das und so ich habe kein Problem damit, ich hab das nicht verstanden, noch einmal, können Sie mir das noch einmal wiederholen oder mit die Arbeitskollegen ich hab Glück gehabt, weil die Hausleiterin von Caritas ist auch aus Brasilien. Und dann wir haben viele gesprochen, hat sie auch mir mehr oder weniger geholfen und die Arbeitskollegen hat sie mir in meine Team mir das so Gefühl, dass das super war und ich ich habe alles, wann hab ich frei gehabt oder dazwischen Mittagessen, Pause, ich habe immer mit die Patienten gesessen, eher mit Ältere und nicht Ausländerfeind [lacht] und immer gefragt über die Kriegezeit, weil ich habe wirklich fast nix gewusst und sowas ähnlich und dadurch hab ich viel Wort gelernt und viele Sache gleichzeitig gesprochen und unterhalten mit Patienten, mit meine Bewohner und gleichzeitig auch gelernt. Das war mit [3 sec. Pause] ah die besser, keine Ahnung [3 sec. Pause] hatte ich viel Schwierigkeit, weiß ich nicht jetzt, kann ich dir nicht genau sagen, weißt du, schwere Zeit war schon. Oder hab ich mir notieren Wort, Wort konnte ich wieder nicht nachfragen weißt du notieren wie ist das oder wer hat Bauchweh immer dabei, zum Schreiben, Wahnsinn, aber langsam ist gegangen. (B10, S 127, Z 318-335)

Die bosnische Interviewpartnerin meistert ihre Anfänge im Pflegeheim, indem sie sich abschaut, wie die Kollegin arbeitet. Das funktioniert auch, solange es sich nicht um anspruchsvollere Tätigkeiten handelt:

B6: - *ich war zuerst hab ich angefangen in eine Pflegeheim, weil ich habe so schwer bekommen wegen die Nostrifizierung und ich war ich hab nicht gewusst Pflegeheim was heißt das überhaupt, ich hab keine Ahnung. Na gut mir war ist wurscht gewesen, hab ich gedacht, ich kann auch mh Putzfrau oder Abteilungshelferin, ich hab gedacht, nur dass ich anfangen irgendwo, dann kann i weiter steigen. Na gut dann hab ich gekriegt, erste Tag im Dienst, hab ich geschaut, die Schwester, die hat mir nicht gesagt, das geht so oder so, hab ich gesehen, was sie macht, hab ich sofort angefangen zum Arbeiten. Hab ich gesehen, was sie macht bei Patientin oder anziehen ein Socke, hab ich sofort zweite Socken angezogen, weil ich über das brauch ich brauch nicht zum Lernen, ich glaube. Das was habe ich gelert in meine Land das war wirklich anderes. Und gut, hatten wir wirklich so gut gewesen und ich habe mich immer weiter immer mehr ah gelernt, was war Problem: Sprache. Ich habe so gelernt auch Sprachen, habe Kolleginnen gesagt, bitte, wenn ich falsch rede, ich kann nicht so super deutsch, jetzt noch immer, aber ich kämpfe, das mir zu lernen, weil Grammatik brauch ich [lacht] und ich bin so schnelle schneller Typ, schnell reden, dass ich auch dann die Fehler machen beim Reden oder bei Schreiben überhaupt. (B6, S 75f, Z 145-159)*

Kulturelle Unterschiede und die Unsicherheit, wie man sich verhalten soll, werden neben dem Sprachproblem als weiteres Kommunikationsproblem angesprochen:

B7: *Ahm einerseits ist interessant und andere Seite ahm wie kann man sagen [3 sec. Pause] einerseits ist vielleicht die Beginnerseite ist faszinierend, das ist die Modernisierung, ich bin ich bin doch im Jahr 92 gekommen, das ist ah gewisse Abstand zwischen ah China und Österreich. Aber ich habe schon Sprachprobleme gehabt. Wegen Sprachbarriere hab ich schon ah schwierig gehabt und noch ah der Heimweh, Kultur, ja, dieser Kulturunterschied diese Ungewissenheit hat mich schon, das war unangenehm, dass wie man sich verhält verhalten soll und mit Kollegen und Patienten und man hat zwar theoretisch etwas gehört, aber ah in in Wahrheit besonders gib's noch in Realität gibt's noch viele ah Probleme oder Schwierigkeiten, das man noch nicht erlebt hat und weiß weiß*

nicht, wie man machen soll und solche Sache, Kulturunterschied und Sprache, die zwei am Anfang. (B7, S 87, Z 87-97)

Bedarf nach systematischer Unterstützungsleistung durch organisational verankerte Angebote wird dabei nicht artikuliert sondern im Gegenteil auf Nachfrage als unnötig erachtet:

I: Und gibt's in der Arbeit irgendwelche Maßnahmen, wie Seminare, dass diese kulturellen ahm Unterschiede thematisiert werden.

B9: Eigentlich sowas habe ich noch nicht, eigentlich sowas nicht, dass ich wusste. Und so ah kulturelle Unterschiede, ich würde sagen, mit kulturellen Unterschiede bemühen uns fast, das nehmen wir als tagtäglich, eigentlich, das sind die kleinste Probleme, ehrlich, damit musst du, das ist immer so face-to-face besprichst du mit der Kollegin, wenn etwas hat nicht gepasst oder hast du nicht verstanden oder hat oder hast du oder sie dich beleidigt oder hast du sie beleidigt, das besprech ma immer miteinander, so a große Seminar oder was auch immer mach ma davon nicht.

I: Das heißt, findest du wäre das notwendig, dass es da ein Angebot gibt?

B9: Eig- von meiner Persönlichkeit oder was auch ich ah denke oder ah erlebt habe, ich denke, ich würde das nicht brauchen. [3 sec. Pause] Aber vielleicht manche haben, manche haben so, wie sagt man, so, so ah bisschen eine strengere Persönlichkeit und die können damit nicht so locker umgehen als ich, könnte schon sein. (B9, S 111, Z 194-201)

Verantwortung für konfliktfreie Kooperationsbeziehungen wird auf einer individuellen Ebene artikuliert:

B2: - ich selber, ich denke ich habe eher positive etwas Positives erlebt, weil mh überall wohin ich komme ich versuche immer nett zu sein, lachen, einfach ah diese

*gute Ausstrahlung vermitteln und irgendwie, dass die Bewohner oder die Patienten sich gut fühlen, dass ich versuche die verstehen und empathisch wirken auf die Bewohner. Und deswegen habe ich wirklich, die waren wirklich immer nett zu mir und wenn hama uns ein Ziel gesetzt, wir haben immer diese Ziele geschafft.
(B2, S 22f, Z 201-206)*

8.2.4 Ausblick

Gehen oder bleiben?

Die Mehrzahl der Interviewpartnerinnen, nämlich sechs von zehn Personen, geben an, in Österreich bleiben zu wollen. Drei Pflegekräfte, die eine mögliche Zukunft in ihrem Herkunftsland sehen, stammen aus der Slowakei und damit dem geografisch am nächsten liegenden Land. Zwei sind sich unschlüssig, eine Interviewpartnerin plant eine berufliche Zukunft in der Slowakei. Die vierte Pflegekraft, die an eine Rückkehr in ihre Heimat denkt, stammt aus Brasilien.

Für die sechs Pflegekräfte sind genannte Gründe dafür, in Österreich zu bleiben, die Familie, das Gefühl sich in Österreich etwas aufgebaut zu haben, dass man jetzt nicht mehr aufgeben will, die Entfremdung vom Ursprungsland, und die medizinischen, ökonomischen und strukturellen Vorteile Österreichs. Damit sind wiederum die klassischen Pull-Faktoren Ökonomie, Liebe und Sicherheit genannt.

Die polnische Interviewpartnerin beschreibt ein zwiespältiges Zugehörigkeitsgefühl zu Polen und Österreich. Sie benutzt das Beispiel von in Österreich und Polen üblichen Umgangsformen, um die Veränderung ihrer eigenen Wahrnehmung zu beschreiben. Sie hat vor in Österreich zu bleiben, aber in der Pension möchte sie zwischen zwei Wohnsitzen in Österreich und Polen pendeln:

I: Also in der Pension planst du zumindest nicht zurückzugehen?

B1: - naja so nicht. Ich denke, dass ich halb halb machen möchte. Dass ich im Sommer vielleicht in Polen leben werde und im Winter da. (B1, S 12, Z 479-482)

B1: Aber ich glaube ganz weg von Polen möchte ich auch nicht. Also [2 sec. Pause] manchmal denke, dass ich so bin hier noch nicht und dort nicht mehr. Also irgendwo dazwischen denke ich. Ich fühle mich nicht mehr mit den Leuten in Polen von Mentalität her. Ich würde mich nicht mehr als eine Polin bezeichnen, aber auch nicht ganz wie eine Österreicherin. Ich hänge irgendwo dazwischen.

Das war ich als ich am Anfang nach Österreich gekommen bin habe ich mir gedacht, die Österreicher sind so ahm so überfreundlich, so irgendwie übertrieben, so so so denken vielleicht gar nicht so, diese bitte, danke und so und dann nach so weiß ich nicht nach einer Weile, vielleicht zwei Jahren als ich nach Polen wieder gefahren bin, ist mir vorgekommen, dass die Polen [beginnt zu lachen] so irgendwie unfreundlich sind. Mein Mann, mein zweiter Mann, wenn der mit mir in Polen war und mit meiner Mutter ich mich unterhalten habe irgendwie oder diskutiert habe, er hat immer geglaubt, dass wir streiten. (B1, S 12, Z 487-499)

Die bosnische Interviewpartnerin mit österreichischer Staatsbürgerschaft berichtet ähnlich wie ihre polnische Kollegin, dass sie sich ein ständiges Leben im Herkunftsland nicht mehr vorstellen kann, die Brücken dorthin aber aufrecht halten möchte:

B6: Ich möchte bleiben in Österreich, wenn in Pension hab ich gedacht, bissl gehe ich unten, je nachdem wie ist unten, weil weiß man nicht, kann schlimmer sein, kann besser sein, das weiß man nie. Ich hab unten ein Haus, ich kann über Sommer zum Beispiel gehen, was ich will ni- ah immer will ich nicht unten bleiben, wegen ahm Versicherungen, weil unten ist extrem schlecht mit diese, musst du alles selber kaufen, ist nicht wegen kaufen sonst wegen die Leistungen von die ah von die ah Personal und so ist nicht wie hier, nicht so ah auf diese Land gerichtet, diese Person, diese Krankenkassa, diese ah Menschen, Umgebung, diese Höflichkeit und das unten kann ich überhaupt nicht mehr vorstellen, ich weiß nicht, nur wenn irgendwas Notfall ist, ist was anderes, aber so möcht ich nicht. (B6, S 83, Z 514-522)

Auch Mutter und Tochter aus der Slowakei beschreiben das Gefühl, sich dort und da nicht richtig am Platz zu fühlen oder, positiv formuliert, sowohl in Österreich als auch in der Slowakei positive Seiten zu erleben:

B4/T: Schau, ich sage, wenn wenn wäre gute Situation bei uns dann ich gehe gleich zurück, nicht. Aber wenn wenn so ist, dann -

B3/M: – ich glaube -

B4/T: - aber weißt du, wir sind schon hier gewöhnt -

B3/M: - ich weiß nicht, wir denken nicht so wie, weil wir sind, das freut uns, dass wir sind zusammen ganze Familie, weißt und das ist wichtig, ja. Wir können helfen uns und und wir treffen uns und so weißt, ok. Ich denke ah so dass ah einmal ich will zurückgehen, weil das ist, ja zuhause ist zuhause, ganze Familie wirklich. Aber dann ich denke die Junge, wie Tochter und Sohn, die ist egal wo sind und wenn die genau wissen, wie ist wenn wir gehen auf Urlaub Beispiel mein Sohn sagt ah Mami, was was soll ich hier machen oder so, ist besser in Wien -

B4/T: - aber wir sind auch schon hier gewöhnt, weil -

B3/M: - ja, mehrere Möglichkeiten und weißt du, Leben ist ganz anders wie dort. Dort, weiß nicht -

B4/T: - ja das ist auch recht, aber -

B3/M: - aber wenn ich komme dort und bleibe für Arbeit alleine mit mein Mann und die Kinder bleibt hier, ich weiß nicht, aber ich will nicht so ah so -

B4/T: - denken -

B3/M: - so denken, das ist noch Zeit, ja, so denken, weil ich habe noch Zeit -

B4/T: - aber hier ist auch gut. Aber wie gesagt, ich weiß nicht.

B3/M: Junge Leute, die können so schneller -

B4/T: - aber wenn zum Beispiel ich gehe nach Slowakei auf paar Tage, dann ich will schon erste Tag nachhause hier kommen, weil also jetzt weiß ich nicht, aber -

B3/M: - sie hat eigene Wohnung, und weißt, Familie und die kommen zu uns immer, wir gehen auf Ausflüge immer und so zusammen -

B4/T: - wer weiß, was wird in Zukunft. (B3/B4, S 45f, Z 575-613)

Eine slowakische Interviewpartnerin hat dagegen sehr konkrete Pläne eines Aufbaus ihres eigenen kleinen Pflegeheimes in der Slowakei:

B2: In fünf Jahren. Mein Gott, mein größter Wunsch wäre, dass ich wirklich irgendwo als Pflegedirektorin arbeite oder Heimleiterin oder nach spätestens zehn Jahre möchte ich einmal nachhause gehen, weil ich komme von einem Land und meine Mutter hat so viele Grundstücke, ja dort. Ich möchte dort einmal ein Heim bauen, von EU Subventionen ich möchte selber ein Projekt. (B2, S 28, Z 459-463)

Sie erklärt diesen Wunsch u.a. mit der positiven Erfahrung in österreichischen Pflegeheimen, die es in dieser Qualität in der Slowakei nicht gibt:

B2: Dass die Ältere, weil es gibt so wenig Heime bei uns in der Slowakei. Es gibt staatliche Heime, aber die sind überfüllt und die haben nicht gute Qualität. Deswegen möchte ich etwas anderes bieten. Etwas was kommt wirklich vom Westen. Wie die, das die Leute bei uns auch sehen, wie die Leute hier leben und das möchte ich wirklich bei uns anwenden. (B2, S 28, Z 477-481)

Für die russische Interviewpartnerin, mittlerweile österreichische Staatsbürgerin ist klar, dass sie nicht mehr nach Russland zurückkehren wird. Sie geht in eineinhalb Jahren in Pension, und wird dann in Österreich, dem Land, das sie als „göttliches Geschenk“ bezeichnet, bleiben.

B5: [...] entschuldigen bitte, ich habe schon für meine Kollegin gesagt, bleibst du hier, wann bist du nicht zufrieden, gehst du nachhause, dort ist besser. Für mich, für mich ich bedanke Gott, ich bedanke, ich will noch, ich plane noch etwas gute Sache zum Organisieren und so und ich sage, ich muss Gott bedanken, wann ich bin da geblieben. (B5, S 64, Z 450-454)

B5: Österreich [3 sec. Pause] für mich Österreich das ist eine göttliche Geschenk [...] (B5, S 64, Z 463-464)

Auch die chinesische Interviewpartnerin, ebenfalls österreichische Staatsbürgerin, plant ihre Zukunft mit ihrer Familie in Österreich zu verbringen. China wird in ihrer Zukunftsvorstellung dabei zu einem Urlaubs-Reiseland:

B7: Ich weiß nicht, dadurch, dass ich so lange schon in Wien bin und ich weiß nicht, wie ich anfangen soll. Wie was was mach ich in China? Und in Pension, na ich glaube, ich weiß nicht, in China herumreisen kann mach ich sicher und ich hab noch viele, ich möchte noch viele Städte besichtigen und herumschauen, aber, herumreisen, aber wirklich in Pension zu leben, in China, glaub ich nicht. Ich werde Pension da konsumieren [lacht]. (B7, S 91, Z 295-300)

Die ungarische Interviewpartnerin berichtet davon, viel geopfert und geleistet zu haben, um in Österreich leben zu können. Über die geografische Nähe ist auch das Gefühl, etwas aufgegeben zu haben, begrenzt:

B8: Also jeder wundert von meine Freundschaft, ganz besonders eine Freundin, wo ich gesagt habe, ich ich hab so viel geopfert ah wenn ich jetzt zurückdenke, damals habe ich überhaupt nicht so gespürt, dass ich diese Sprache beherrsche und dass ich erreiche, was ich gerade mache oder was ich bin, das kann nur ein großer Grund sein oder muss, dass ich nachhause gehe. Also meine Eltern, dass wissen sie schon beide, wenn irgendetwas ist, natürlich heim fahr, aber das ist für mich kein Grund, dass ich alles aufgabe, was ich aufgebaut habe. Das kann glaub ich nur deswegen sagen, weil einfach ich habe nie diese diese Gefühl gehabt ah ah

meine Heimat ist nicht so weit entfernt, dass ich diese Gefühl habe, dass ich irgendetwas verloren habe. Also diese Heimweh habe ich nicht so gespürt, da nicht, beim Anfang auch nicht ganz alleine, deswegen und drei Stunden nachhause fahren. (B8, S 102, Z 316-326)

Vom Aufbau eines Lebensumfeldes in Österreich berichtet auch eine slowakische Interviewpartnerin. Sie fühlt sich in Österreich verankert und sieht ihre Migration als irreversiblen Prozess:

B9: [...] das ist das Ganze, ich habe hier was aufgebaut und ah zuhause habe ich alles gelöst. Wenn ich zurück möchte, dann muss ich zuhause wieder alles aufbauen, von ah von ah von [5 sec. Pause] Geld und nicht, Arbeitsstelle auch, aber so a Platz in irgendwo a Platz finden und jetzt hab ich schon a Platz hier, irgendwo. Und ganze meine Familie hat ah genommen angenommen, dass ich komm, dass ich bin hier. Und wenn ich hier bleibe, da, die haben das schon als als ah anerkannt oder die haben nix dagegen mehr. Wenn ich nachhause komme, dann muss ich wieder konfrontieren, warum warum, dieselbe Sache, die haben mich vor fünf Jahre immer gefragt, warum gehst du weg? Oder wenn ich ah in Spanien war, warum bleibst du nicht da, warum willst du weg? Hast du hier nicht gute Leben? Das ist immer dieselbe Frage gekommen und du musst immer ah in am Anfang dich selber so schützen und fragen und rechtfertigen, warum du etwas machst oder warum du etwas weggehst oder findest. So, das ist nur ich ich bin ganz normal alle wie alle andere Menschen, ich suche nur mein Weg. Nur ein Weg richtig und normal zu leben können. Wie ganz normale, weiß ich nicht, hundert Millionen andere. (B9, S 117, Z 502-516)

Die brasilianische Interviewpartnerin trauert ihrer beruflichen Aufgabe in Brasilien nach und nennt diese als guten Grund, wieder nach Hause zurückzukehren:

B10: Ich hätte gerne wieder zurück nachhause und dort wirklich ich war wichtig dort, weil wirklich was gemacht und hier [4 sec. Pause] naja. (B10, S 128, Z 389-390)

Allerdings ist ihre Aussicht, tatsächlich nach Brasilien zurückzukehren, eher klein:

B10: Wie lange ich hier bleiben soll, bleibe ich und kann ich nicht mehr, flieg ich nachhause und schauen, fang ma wieder an. [5 sec. Pause] Finanziell oder sowas ähnlich ist viel leichter. Hier was hab ich meiner Tochter gegeben, hier in die Schule, Englisch-Kurs oder was ähnlich, in Brasilien ich konnte das nicht leisten. (B10, S 129, Z 419-422)

Berufsaussichten

Vier der zehn Pflegepersonen planen einen Aufstieg in eine Leitungsposition als Pflegekraft, entweder zur Stationsschwester (d.i. pflegerische Leitung einer Bettenstation) oder zur Pflegedirektorin, d.i. pflegerische Leitung eines Krankenhauses oder Pflegeheimes.¹⁷ Vier denken über einen Ausstieg oder Umstieg nach, teilweise aus gesundheitlichen Gründen. Die beiden ältesten Pflegekräfte in der Stichprobe (47 und 58 Jahre alt) planen keine berufliche Veränderung mehr.

Dem Aufstieg in die mittlere Leitungsposition einer Stationsschwester ist die polnische Interviewpartnerin in ihrer derzeitigen Situation schon sehr nahe:

B1: Ahm [3 sec. Pause] naja ich möchte schon Stationsleitung übernehmen. Also im Moment bin ich mache ich Stationsschwestervertretung. Das ist aber ich bin eine ständige Vertretung aber interimsmäßig also keine fixe. (B1, S 6, Z 153-155)

Eine slowakische Interviewpartnerin hat ihr Ziel – Pflegedirektorin zu werden – ebenso im Visier. Zum Zeitpunkt des Interviews betreibt sie zwei Studien, hat ihren alten Job gekündigt und tritt in zwei Monaten einen neuen Job als Stationsleitung an:

B2: Ja, weil mein Ziel ist überhaupt Pflegedirektorin sein oder Heimleiter von einem Haus, ja. Aufgrund meines Studiums, das ist die Pflegewissenschaften, die ich jetzt

¹⁷ Dieser mit 40% als hoch zu bezeichnende Anteil an Leitungspositionen orientierter Karriereentwürfe ist mit großer Wahrscheinlichkeit einem Bias der Stichprobe zuzuschreiben, die im ersten Schritt aus Studierenden der Pflegewissenschaften gezogen wurde.

fertig mache, nebenbei Betriebswirtschaft Managementstudium und deswegen möchte ich mich konzentrieren auf auf ah auf diese ahm Führungsposition. (B2, S 21, Z 148-152)

B2: Es war sehr schwer, wirklich, und deswegen habe ich auch Job jetzt gewechselt, gekündigt und versucht ahm aus dem Grund, dass ich Bachelorausbildung habe von Betriebswirtschaft und fast am Ende bin mit Pflegewissenschaften habe ich versucht als Stationsleitung eine Position zu kriegen, was habe ich natürlich geschafft. (B2, S 24, Z 294-298)

B2: Ah ich sag's dir offen. In letzter Zeit ich hab dir schon gesagt, ich war 8 Jahre tätig als diplomierte Krankenschwester und wenn habe ich diese Bachelorausbildung gemacht, habe ich mir gesagt und jetzt soweit mit Pflegewissenschaften bin, war ich eigentlich unzufrieden in meine Arbeit, weil habe ich mir gedacht, ich hab doch etwas geschafft im Leben, ich hab ich bin fast fertig mit Pflegewissenschaften, dann hab ich Bachelor von Betriebswirtschaft, dann vielleicht will ich was besseres machen, will ich aufsteigen, Karriere machen in mein Leben. Deswegen in letzter Zeit war ich so unglücklich in meine Job. Ich wollte was mehrere selber entscheiden könnten, Verantwortung zu übernehmen. Und deswegen hab ich auch gekündigt und hab ich was anderes gesucht. Und deswegen freu ich mich auch jetzt, dass ich diesen Job hab, ja, weil etwas Neues ist, etwas anderes, ganz andere Tätigkeit, als ich früher gema- ausgeübt habe. Und denk ich mir, es wird natürlich auch schwieriger am Anfang, bis wann das wieder Routine für mich wird, bis wann ich das routiniert mache, als ich das ahm diplomierte Krankenschwester als ich das gemacht habe. Aber [2 sec. Pause] aber das muss ich schaffen, mir bleibt nichts übrig, weil ich kenne kein Wort, ich schaff es nicht. Auch wenn ich Tag Nacht lernen muss und arbeiten muss, ich muss das einfach [2 sec. Pause] ich muss das schaffen. (B2, S 25, Z 315-331)

Die mit 47 Jahren zweitälteste Interviewpartnerin hat keine beruflichen Ambitionen mehr, obwohl ihr ursprünglicher Wunsch, auch in Österreich in der Psychiatrie zu arbeiten, ihr noch präsent ist:

B3: Ich sage immer, ja, ich bin nicht mehr so jung, ja und ich wollte irgendwo ins Spital oder so gehen, ja, aber dann ich denke ich habe schon, das ist meine dritte Stelle, weil in Caritas ich war zuerst, aber dort ich habe gearbeitet nur statt ah statt Schwangerschaft und dann dann ich habe schon ah andere Arbeit ich musste suchen, weil ah ich habe nur immer verlängert, immer verlängert, ich wollte nicht so arbeiten, ja. Dann ich habe hier in 21. Bezirk eine gute Arbeit gehabt, das war so kirchlich und so mit Nonnen. Ich war sehr dort zufrieden, aber wir waren zugesperrt, dann ich habe ich musste wieder ah arbeiten. Dort ich war sehr zufrieden. Und was kann ich vergleichen ah wo ich bin jetzt, dass ist ganz neues Haus, also schöne Station, ich bin zufrieden, ich ich denke, dass ich bleibe wie wie geht's lange ah in diese Station, diese Bereich und ich sage meine Traum ist immer Psychiatrie, aber ich kann nicht das machen, ja. Ich ich bleibe einfach dort. (B3, S 44, Z 541-547)

Ihre Tochter dagegen möchte ihre Ausbildung (Studium der Pflegewissenschaften in Bratislava) für den Wechsel in die Position eines Lehrberufs oder den Aufstieg in eine Führungsposition nutzen. Sie hat gesundheitliche Probleme und empfindet die derzeitige Arbeit mit PatientInnen als nicht gut für sie:

B4: Nun zum Beispiel ich bin ich habe Interesse immer weiter weiter gehen studieren, weißt du. Also ich will jetzt nicht für immer bleiben in Pflegeheim. Das ist nicht meine Ziel. Aber ah einfach ich habe diese Ausbildung für Führungsaufgaben, also ich will auch in Zukunft diese Ausbildung ausnutzen, und ich will irgendwo für Arbeit suchen, finden, wenn ich werde Glück habe, dass ich kann diese dann Funktion machen – (B4, S 45, Z 554-558)

B4: - und ich nicht, weil ich habe Gesundheitsprobleme, na mit Wirbelsäule und ich will nicht da bleiben. (B4, S 45, Z 570-571)

B4: - aber weißt du, in letzter Zeit das hat mir so gefallen zum Beispiel auf in medizinische Hochschule, wo ist wo ist Pflegewesen oder Pflegewissenschaft

diese Fach, dort ich wollte unterrichten, vortragen, weißt du, Vorträge machen und so. Das wollte ich auch machen. Nur ich habe, ich wollte hier das machen, nur Ministerium hat mir gesagt, ich habe keine Ausbildung für das, weil ich habe Management im Pflegewesen und ich brauche, wie heißt das deutsch?

I: Pädagogik?

B4: Pädagogik, ja. Und die haben mir gesagt, dann ich muss ah wieder am Anfang neue Schule machen, wenn ich will unterrichten hier in Wien, weißt du. Also dann ich wollte diese Richtung – (B4, S 52, Z 921-932)

Auch die bosnische Interviewpartnerin führt gesundheitliche Gründe an, warum sie nicht bis zur Pensionierung am Krankenbett arbeiten will:

B6: Aber bis Pension kann ich nicht Nachtdienste und Tagdienste, weil ich spüre schon immer, dass die schwierig, das Nachtdienst ist so schwer. Ich kann nicht schlafen vor dem Nachtdienst und wenig nach dem Nachtdienst und ich bin so, irgendwie, dann stehe ich auf und zittere ich [...] (B6, S 82f, Z 506-509)

B6: [...] weil ah ich seh mich nicht mehr mit Krankenbett, weil ich hab Probleme mit Wirbelsäule [...] Da muss ich irgendwo acht Stunde machen, dann hab ich gedacht, dass ist super für mich, wenn ich weiterhin acht Stunden machen, dann mein Lohn ist auch nicht schlecht, kann ich irgendwo acht Stunden, jetzt weiß ich nicht, vielleicht Stationschwester, Oberschwester, diese Positionen kann ich auch machen und oder in Direktion irgendwas. Aber das ist mein Richtung. (B6, S 82, Z 485-491)

Ihren Weg weg vom Krankenbett sieht sie nicht im Exit aus dem Krankenhaus, sondern im Aufstieg in eine Management- und Leitungsposition. Ihre Chancen schätzt sie dabei aufgrund ihrer Herkunft als eingeschränkt ein:

B6: Ich sehe mich so hoch [lacht], ich möchte Direktorin werden [lacht]. Ich möchte doch in Spital bleiben, aber so ich sage immer, ich will Direktorin. Na gut, aber ich weiß, dass Ausländer sind so selten in diese Positionen. (B6, S 82, Z 479-481)

Die ungarische Interviewpartnerin hatte ursprünglich den Plan, sich zur Stationsleitung ausbilden zu lassen, schildert diesen Weg jedoch als schwierig:

B8: Ich habe geplant, muss ich ehrlich sagen, dass war noch vor drei vier Jahre, mit Kuratorium auch noch, dass ich eine Stationsleitung-Kurs mache. Das ist relativ schwer, weil ah weil die Kuratorium Einstellung, so eine, wie soll ich sagen, so eine [3 sec. Pause] dass sich selbst diese Schwestern reinstellen und sie entscheiden, dass ich also diejenige praktisch, diese Kurs machen oder nicht, ja, diese Einstellung habe ich nicht gehabt, weil ich will nicht, dass jemand über mich entscheidet [lacht]. Ah und einfach die Kurs, ich hab schon nachgedacht, Kurs ist einfach ist bisschen teuer, wenn du keine Unterstützung kriegst, staatliche oder was weiß ich, von wen du Unterstützung kriegst, ahm dass ich schon aufgegeben hab teilweise, und jeder versucht mich zum Beruhigen, es kommt die Zeit, wo du wieder nachdenkst. Es ist viele Sachen, die mich interessiert und sicher im Spitalbereich hab ich wieder hunderttausend andere Möglichkeiten zum Machen. Also sicher hätt ich gern [3 sec. Pause] ich mag immer wieder gern etwas Neues zu lernen, egal was ist. (B8, S 102, Z 338-350)

Sie sieht eine Alternative in einer Spezialisierung zur Wundmanagerin:

B9: Ja, ein bisschen. Ich möchte, ich möchte gerne [...]schwester werden.

I: Welche?

B9: Wundschwester, also Wundmanagerin werden, aber das ist so fern Aussichten. Ich mache inzwischen noch a Hochschule, das möcht ich auch, also Sozialarbeiterin. (B9, S 109, Z 118-123)

Die erwähnte Ausbildung zur Sozialarbeiterin macht sie aus Kostengründen in Bratislava.

Ein erster Schritt der Veränderung ist ein Stationswechsel von einer Demenzstation zu einer Station für PatientInnen mit Multipler Sklerose. Sie begründet diesen Schritt durch die psychische Belastung der Arbeit auf der Demenzstation:

B9: Ah, jetzt kann ich ah ab erste Oktober kann ich Stationwechsel, das wollte ich schon sehr lange. Ich denke, das ist, das wird schon Zeit ein bissi ah Abwechslung zu haben. Weil hin und wieder bekomme ich immer diese Gefühle, dass ich kriege Burn Out von diese psychische Sachen, weil ich mag die Leute sehr gerne und dann die sterben und dann, das nimmst du nachhause, auch wenn du das nicht willst. (B9, S 117, Z 520-525)

Die von ihr erlebte emotionale Belastung wird von ihr als persönliches Problem einer „Übersensibilität“ beurteilt:

B9: Auch, ich weiß es nicht, ich, vielleicht ich bin zu sensible oder sollt ich nicht so zu mir la- kommen lassen die Gefühle, aber die Leute sind halt so lieb-liebenswert, die sind nicht dumm. Die haben total diese Basic Instinct, die sind total, die machen und die sagen und die tun total von sich selber, nicht nicht weil sie denken etwas schlecht oder gut. Die sind total unschuldig, weil, weil wegen diese Krankheit können nicht nachvollziehen oder vorplanen was, weißt du. (B9, S 117, Z 525-531)

Dagegen wird der Umgang mit PatientInnen mit Multipler Sklerose von ihr als weniger belastend eingeschätzt:

B9: Ah ich möchte auf multiple Sklerose Station zu bissl jüngere Leute und die haben mit der Kopf nix eigentlich, keine, sie können sich äußern, sie können reden und alles, halt Motorik und alles andere ist kaputt. Und ahm ich möchte bisschen mehr auf die Patienten eingehen eigentlich, ah in tagtägliche Leben und diese Gespräche, weißt du, weil mit demente Leute die Gespräche schauen gleich aus,

wie geht's dir, was machst du und wie heißt du und wie heiße ich? Weißt du, dieselben Fragen stellst du, ganz einfache Fragen, weil die können nicht ah auf so komplizierte Fragen antworten. So du, und das ist immer von jede Zimmer gehst du raus und jede Zimmer gehst du rein und das ist immer dieselbe, hallo, wie geht's dir? Und weißt du, willst du, von vorne, von Anfang und das ist mühsam, mühsam.

Die derzeit in Karenz befindliche chinesische Interviewpartnerin plant einen eingeschränkten Wiedereinstieg nach der Karenz und erwägt einen Wechsel in die Hauskrankenpflege:

B7: Aber ich mag nicht wirklich in Heim oder Spital wieder 12 Stunde arbeiten, ja, das ist zu lang für meine Kinder. Ich ah momentan, ja, vor der'm Karenz, ich habe in ah in als Hauskrankenpflegerin gearbeitet, so ja Hausbesuche gearbeitet und und ja, hat mir gut, von Zeit her, von Zeitmanagement es, es hat mir gut gefallen, ja. (B7, S 90, Z 208-212)

Ein Wunsch von ihr wäre auch zu studieren, wenn die Kinder größer sind oder sie in Pension ist. Die Studienrichtung lässt sie sich noch offen:

B7: Ja, Studium hab ich immer geträumt zu studieren und das mach ich gerne. Und Karriere, das weiß ich nicht. Eigentlich ja [...] (B7, S 91, Z 279-280)

B7: Und ja in Österreich, dass man mit jede Alter studieren kann und so. [...] Ich hab zwar Pflegewissenschaft ausgewählt aber eigentlich ich kann auch so, ich habe Berufsmatura gemacht, ich könnte schon auch verschieden, auch Ethnologie studieren, alles, das ist finde ich, schön, ja. (B7, S 92, Z 319-322)

An einen Ausstieg durch Weiterbildung denkt die brasilianische Interviewpartnerin. Die nicht vollzogene Nostrifizierung kommt für sie dabei nicht in Frage:

B10: Wann ich eine Möglichkeit hätte zu wieder lerne, ich glaub ich wechsel, ich geh mehr Richtung physikalische Therapie oder Labor oder sowas in diese Richtung. Krankenschwester hier ist nicht für mich.

I: Warum nicht? Wegen den Tätigkeiten?

B10: Ja. Bist du nix [lacht]. Das ist ist das ist immer, also ist in Ordnung. Meine Unterschied den ich als Pflegehelferin als eine Diplomierte ist nur die Gehaltunterschied und wir helfen viel mit, wir machen viel, was wir nicht dürfen und so, in gemeinsam Teamarbeit, konnte ich schon weitermachen.

I: Aber zur Krankenschwester möchtest du nicht nostrifizieren?

B10: Ja, wann ich nostrifizieren darf, das wäre was anderes, aber zwei Jahr lernen für die gleiche Tätigkeit machen? Will ich lieber wirklich anders machen. (B10, S 123, Z 116-130)

Eine sehr klare Vorstellung ihrer Zukunft hat die mit 58 Jahren in der Stichprobe älteste Pflegekraft. Sie geht in eineinhalb Jahren in Pension, daher sind die zukünftigen Arbeitsaussichten für sie nicht mehr so bedeutsam. Dennoch hat sie eine Vision, in ihrer Pension mit der Hilfe eines „reichen Menschen“ eine Idee, die sie im Interview nicht konkretisiert, zu verwirklichen:

B5: Na schau ma was kommt in meine Pension, schau ma was. Ich suche eine, ich suche einen Mensch [lacht], reiche Mensch, wer hat Geld. Ich habe gute Idee und jemand muss Geld haben, und dann wir kann etwas Gutes organisieren. (B5, S 65, Z 525-527)

8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Einschätzungen von Personen in leitenden Funktionen der Gestaltung des österreichischen Gesundheitswesens

Die drei Interviewpartner sehen migrationsspezifische Diversität als relevantes und als von Führungskräften im Gesundheitswesen zu wenig beachtetes Themenfeld. Die Schaffung von Aufmerksamkeit, sozialer Kompetenz und wertschätzenden Beziehungen wird als Schlüssel für eine erfolgreiche Entwicklung gesehen. Reinhard Faber und Robert Schlögel betonen die Notwendigkeit eines Top-Down-Ansatzes zur Schaffung von Wertschätzung als Basis für Diversity Management, Christoph Hörhan fügt die Notwendigkeit der Entwicklung von fördernden kommunalen Settings hinzu. Schulungen für Führungskräfte, MitarbeiterInnen und MigrantInnen zum Aufbau von gegenseitigem Wissen und Verständnis werden von allen als wichtig angesehen. Reinhard Faber plädiert für eine klare strukturelle Verankerung in Gesundheitsorganisationen, sichtbar in einem Organigramm auf Ebene einer Stabsstelle und/oder eines Kompetenzzentrums. Robert Schlögel sieht in der verpflichtenden Schulung für Führungskräfte ein wichtiges Element. Christoph Hörhan meldet Zweifel an: Seiner Meinung nach hat das Thema Diversity für Entscheidungsträger zu wenig Relevanz, da ihnen das tägliche Erleben von Diversity fehlt – das passiert an der Basis, wo Entscheidungen zur strukturellen Gestaltung gelebt werden müssen, aber nicht getroffen werden. Er vermutet, dass migrationsspezifisches Diversity Management erst durch die Hintertür von Qualitätsmanagementsystemen und Fehlermanagement-Diskussionen in Organisationen Fuß fassen können.

Perspektiven von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Krankenhäusern und Pflegeheimen – Migrationserfahrungen, Arbeitserleben, Ausblick

Arbeiten in Österreich wird als Verbesserung der Arbeits- und ökonomischen Lebenssituation wahrgenommen: bessere Arbeitsbedingungen, bessere Ausstattung,

weniger körperlich anstrengende Arbeit, besserer Verdienst, bessere Konsummöglichkeiten.

Die Qualität der Versorgung in Pflegeheimen und spezifischen Pflegeansätze in der Geriatrie wird besonders geschätzt: Eine Interviewpartnerin plant den Aufbau eines Pflegeheims nach österreichischem Vorbild in ihrer Heimat.

Gleichzeitig wird eine Dequalifizierung durch ein definiertes Tätigkeitsprofil (verankert im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GUKG¹⁸) und die gelebte Praxis beschrieben. Von der Arbeit in den Herkunftsländern wird eine stärkere medizinische Ausrichtung der Tätigkeit (auf Niveau von Turnusärzten), stärkere Förderung der Selbständigkeit der PatientInnen und eine stärkere Involvierung der Angehörigen in die Pflege berichtet.

Ein weiteres Feld der Dequalifizierung tut sich durch die nicht vollzogene Nostrifizierung der im Herkunftsland erworbenen Qualifikation auf, was insbesondere im Fall einer Interviewpartnerin zu erheblicher Frustration führt.

Kooperationserfahrungen werden heterogen geschildert: von besonderer Wertschätzung ausländischer Pflegepersonen, die mehr Empathie und Einsatz bei der Arbeit einbringen, bis hin zu allgemein beobachteter Distanz zu AusländerInnen („überall gibt es Leute, die Abstand zu Ausländern halten“) und besonderen Schwierigkeiten für dunkelhäutige und asiatische Pflegepersonen.

Berichtete Schwierigkeiten beziehen sich vorrangig auf PatientInnen und Angehörige: Verständigungsprobleme durch Sprache und Verweigerung der Kommunikation, Ablehnung von dunkelhäutigen und asiatischen Pflegepersonen, allgemeine Ausländerfeindlichkeit, blöde Witze, und auf Vorgesetzte (Dienstplangestaltung, stärkere Kontrolle, Ausgrenzung durch Dialekt-Verwendung), vereinzelt auch auf österreichische KollegInnen. Zwei Interviewpartnerinnen berichten von Mobbing-Erfahrungen, die aber nicht direkt mit dem migrantischen Hintergrund der Pflegeperson, sondern mit der psychischen Verfassung der mobbenden Person oder dem allgemeinen Stationsbrauch erklärt werden.

¹⁸ Einsehbar unter <http://www.oegkv.at/index.php?id=140&L=0>, Zugriff 23.12.2009

Insgesamt werden gute Zusammenarbeit in interkulturellen Teams und positive Erfahrungen mit Pflegekräften mit Migrationshintergrund berichtet.

Besondere Erwähnung findet in den Interviews der Gebrauch von Sprache: Treffen Pflegekräfte mit denselben oder ähnlichen Herkunftssprachen aufeinander, ist die Verführung groß, diese Sprache zu verwenden. Gleichzeitig gilt das Gebot, gegenüber PatientInnen und anderen Teammitgliedern immer Deutsch zu sprechen. Das Verwenden der Herkunftssprache wird als Ausgrenzung und Unkollegialität erlebt und auch als Affront gegenüber PatientInnen.

Eine Ausnahme bilden PatientInnen, die selbst einen nicht-deutschen Sprachhintergrund haben. In den Interviews wird für Ungarisch und Slowakisch die Freude älterer PatientInnen berichtet, wenn sie diese Sprache praktizieren können.

Im Ausblick planen vier der zehn Interviewpartnerinnen Karriereschritte ins mittlere oder höhere Management. Diese Quote kann auch als Bias der Stichprobe (im ersten Schritt Studierende der Pflegewissenschaften, dann Snowballing) interpretiert werden. Drei slowakische Interviewpartnerinnen (B2: Wirtschaftsstudium, B4: Pflegewissenschaften, B9: Sozialarbeit) berichten von Ausbildungswegen, die sie aus Kostengründen nicht in Österreich, sondern in der Slowakei zur Weiterqualifizierung am österreichischen Arbeitsmarkt betreiben.

Berichtete Coping-Strategien zum Umgang mit erlebten Schwierigkeiten sind vorrangig Ignorieren („Runterschlucken, Augen zu und durch“), schnelle Anpassung und schneller Spracherwerb, und das Bearbeiten von auftretenden Konflikten im bilateralen Off.

Ein Bedarf an strukturell verankerten Maßnahmen des Diversity Managements in der Organisation wird für sich selbst nicht artikuliert. Schnelle und erfolgreiche Integration in ein multikulturelles Team und der erfolgreiche Umgang mit PatientInnen wird als Anforderung gesehen, der man als Person und aufgrund seiner persönlichen, individuellen Kompetenzen zu entsprechen hat und entsprechen kann („Weil ich bin so ein diplomatischer Typ“). Kritik und/oder das Einfordern von Unterstützung wird als Schwäche und/oder Undankbarkeit gegenüber dem Aufnahmeland gesehen.

Dabei wird die Notwendigkeit nach Unterstützung insbesondere bei sprachlichen Missverständnissen und aus kulturellen Unterschieden resultierenden unterschiedlichen Einstellungen durchaus gesehen, allerdings nur für und an andere(n) Personen.

Tatsächliche Unterstützung, gerade in der schwierigen Phase der Eingewöhnung, erfolgt punktuell, informell und zufällig: die Heimleiterin aus Brasilien, die jugoslawische Krankenschwester mit Russischkenntnissen, die freundliche Patientin.

9 Fazit und Ausblick: „Augen zu und durch“?

Positiv zu vermerken ist die klare und homogene Positionierung in den Interviews auf der Ebene von Entscheidungsträgern. Was passieren sollte, scheint in den Köpfen maßgeblicher Personen verankert zu sein. Gleichzeitig bemerken auch diese, dass von der von ihnen als notwendig erachteten Top-Down-Initiative weit und breit nicht viel zu bemerken ist.

Auf Ebene der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund lautet der Tenor: Es ist alles gut und alles ist zu schaffen. Anstrengung ist wichtig, Anpassung ist wichtig. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund bemühen sich darum, zu beweisen, dass sie OK sind. Persönliche Verantwortung und informelle Unterstützung spielen eine zentrale Rolle. Das Einfordern von strukturell verankerter Unterstützung auf Organisationsebene scheint als Einbekenntnis von Schwäche und persönlichem Versagen abgelehnt zu werden.

Die Frage nach Bedarf, Möglichkeit und Umsetzung von migrationsspezifischem Diversitätsmanagement bekommt damit neue Brisanz. „Augen zu und durch“ scheint auf Ebene des Managements von Gesundheitsorganisationen wie auch in der Basis der MitarbeiterInnen in Gesundheitsorganisationen das leitende Motto zu sein. Damit gibt es keinen Akteur, der migrationsspezifisches Diversitätsmanagement zu seiner Sache macht – soweit die hier beobachtete und interpretierte Praxis. Wenn wir zurückkehren zur anfänglich dargestellten Evidenz steigender Heterogenisierung stellt sich eine zentrale Frage: Wie lang wird sich das noch ausgehen?

10 Literatur

- Bach S. (2006): International Mobility of Health Professionals Brain Drain or Brain Exchange? Research Paper No. 2006/82. London: UNU-WIDER World Institute for Development Economics Research [http://www.wider.unu.edu/publications/working-papers/research-papers/2006/en_GB/rp2006-82/_files/78091786133112658/default/rp2006-82.pdf] Zugriff: 16.06.09
- Bischoff A. (2006): Caring for migrant and minority patients in European Hospitals. A review of effective interventions. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies
- Bischoff A., Wanner P. (2004): Ein Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen: Sinnvoll? Machbar? Realistisch? Forschungsbericht 33/2004 des Schweizerischen Forums für Migrations- und Bevölkerungsstudien. Neuchâtel: SFM
- Björngren Cuadra C., Cattacin S. (eds.): Migration and Health: Difference Sensitivity from an Organisational Perspective. Malmö University, IMER, MIM
- Buchan J. (2008): How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply? Conference policy brief. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_ePB_10.pdf] Zugriff: 16.06.09
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005): Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. Wien: BMGF
- Bundesministerium für Inneres (2009): Asylstatistik 2008. Wien: BM.I
- Bundesministerium für Inneres (2009): Fremdenrecht - Unterlage zur Gesprächsreihe "Aus dem Inneren." Wien: BM.I
- Bundesministerium für Inneres (2009): Fremdenstatistik 2008. Wien: BM.I
- Carta M.G., Bernal M., Hardoy M.C., Haro-Abad J.M. and the "Report on the Mental Health in Europe" working group (2005): Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 1(13)

- Cattacin S., Chimienti M. (2006): Intégration. Un concept sociologique en politique migratoire. *Terra Cognita* 06(9): 34-37
- Cattacin S., Chimienti M. (2007): From control policies to health policies as a tool for inclusion. *International Journal of Public Health* 52(2): 73-74
- Clark P.F., Stewart J.B., Clark D.A. (2006): The Globalization of the Labour Market for Healthcare Professionals. *International Labour Review* 145(1-2): 37-64
- 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
- Commission on Social Determinants of Health (2007): Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes Geneva: Interim Statement of the Commission on Social Determinants of Health
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_eng.pdf] Zugriff: 16.01.09
- Dahlgren G., Whitehead M. (2007): European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. *Studies on Social and Economic Determinants of Population Health*, No 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
[<http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf>] Zugriff: 16.01.09
- Dubois C.-A., McKee M., Nolte E. (eds.) (2008): Human resources for health in Europe. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education
[<http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf>] Zugriff: 16.06.09
- Dumont J.-C., 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: Organisation for Economic Co-operation and Development. [<http://www.oecd.org/dataoecd/22/32/41515701.pdf>] Zugriff: 16.06.09
- 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: 16.06.09

European Agency for Safety and Health at Work (2007): Literature Study on Migrant Workers. [http://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/migrant_workers] Zugriff: 16.01.09

European Commission (2007): Third Annual Report on Migration and Integration. Brussels: 11.9.2007. COM (2007) 512 final [http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/immigration/docs/com_2007_512_en.pdf] Zugriff: 16.06.09

European Union Agency for Fundamental Rights (2008): Annual Report. [http://fra.europa.eu/fra/material/pub/ar08/ar08_en.pdf] Zugriff: 16.01.09

Eurostat newsrelease (2008): Population projections 2008-2060. Eurostat. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/pls/portal/docs/PAGE/PGP_PRD_CAT_PREREL/PGE_CAT_PREREL_YEAR_2008/PGE_CAT_PREREL_YEAR_2008_MONTH_08/3-26082008-EN-AP.PDF] Zugriff: 16.06.09

Fernandes A., Carballo M., Malheiros J., Pereira Miguel J. (eds.) (2007): Challenges for health in the age of migration. Health and migration in the European Union. Lisbon: Report for the Portuguese EU Council Presidency 2007

Fotakis C. (2008): Migration in employment, social and equal opportunities policies. Presentation in the framework of the Health and Migration Advisory Group Meeting in Luxembourg, 25.-26.02.2008. [http://ec.europa.eu/eahc/documents/news/technical_meetings/Migration_employment.pdf] Zugriff: 16.01.09

Ingleby D. (2008): European research on migration and health. AMAC Project Background Paper. [[http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL%20DRAFT%20INGLEBY%20website\(4\).pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL%20DRAFT%20INGLEBY%20website(4).pdf)] Zugriff: 05.01.2010

Ingleby D., Chimienti M., Hatziprokopiou P., Ormond M., de Freitas C. (2005): The role of health in integration. In: M.L. Fonseca, J. Malheiros (eds.): Social integration and mobility: education, housing and health. IMISCOE Cluster B5 State of the art report, Estudos para o Planeamento Regional e Urbano n° 67, 88-119. Lisbon: Centro de Estudos Geográficos

IOM (2007): Equality in Health: Comparative Report - The Monitoring and Assessment Tool. [<http://iom.fi/files/Equality%20in%20Health/Comparative%20Report-MAT-final.pdf>] Zugriff: 16.01.09

Karl-Trummer U., Krajic K. (2007): Migrant Friendly Hospitals: Organisations Learn Sensitivity for Differences. In: Björngren Cuadra C., Cattacin S. (eds.): Migration and Health: Difference Sensitivity from an Organisational Perspective. Malmö University, IMER, MIM: 42-61

Karl-Trummer U., Novak-Zezula S. (2009): Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen. Das „Migrant-friendly Hospital“-Projekt. In: Rásky E. (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas Verlag

Kelley E., Hurst J. (2006): OECD Health Working Paper No. 23: Health Care Quality Indicator Project, Conceptual Framework Paper.

Kline D.S. (2003): Push and Pull Factors in International Nurse Migration. *Journal of Nursing Scholarship* 35(2): 107-111

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2009): Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU.

[http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/cons_inequalities_en.htm] Zugriff: 29.12.2009

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: 16.06.09

Mackenbach J.P. (2006): Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU.

Mackenbach J.P., Bos V., Garssen J., Kunst A.E (2005): Mortality among non-western migrants in The Netherlands. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 149(17): 917-23

Marmot M. (2005): Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365(9464): 1099-1104

- Mau S., Verwiebe R. (2009): Die Sozialstruktur Europas. Konstanz: UTB / UVK
- Mayring P. (2000a): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Forum: Qualitative Sozialforschung 1(2) [<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2384>] Zugriff: 16.06.09
- Mayring P. (2000b): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Mejia A., Pizurki H., Royston E. (1979): Physician and nurse migration: Analysis and policy implications. Geneva: World Health Organization
- Mladovsky P. (2007): Migration and health in the EU. Research note for EC Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit E1 - Social and Demographic Analysis. [http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/rn_migration_health.pdf] Zugriff: 16.01.09
- OECD Health Policy Studies (2008): The Looming Crisis in the Health Workforce. How Can OECD countries Respond? OECD Publishing.
- Padilla B., Pereira Miguel J. (2007): Health and Migration in the EU: Building a Shared Vision for Action. Background paper for the Portuguese EU Council Presidency 2007
- Rosano A., Cacciani L., Bruzzone S., Mignolli N. (2008): Health data collection on migrants and ethnic minorities in EU countries. Presentation in the framework of the EUPHA conference 'I-Health: health and innovation in Europe' in Lisbon, 05.-08.11. 2008. [http://www.meho.eu.com/Upload/081123_WP4_PresentationLisbonConference.ppt] Zugriff: 16.01.09
- Scharmer C.O. (2009): Theorie U – Von der Zukunft her führen. Heidelberg: Carl Auer Verlag
- SPOE (2009): Brauner und Wehsely: Pflegeberufe haben Konjunktur [<http://www.wien.spoe.at/online/page.php?P=15726&PHPSESSID=44da9407c0636946b2733cd1a5e39d87>] Zugriff: 16.06.09

Statistik Austria (Hg.) (2008): Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Wien: Statistik Austria

Whitehead M., Dahlgren G. (2007): Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
[<http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>] Zugriff: 16.01.09

Wilkinson R.G., Marmot M. (eds.) (2003): Social Determinants of Health: The Solid Facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
[<http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>] Zugriff: 16.01.09

Wladasch K., Liegl B. (2009): Positive Maßnahmen. Ein Handbuch zur praxistauglichen Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung von strukturellen Diskriminierungen und zur Herstellung von mehr Chancengleichheit. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte

11 Appendix

11.1 Interviewleitfaden 1: Entscheidungsträger

Ziel des Interviews: Aus Perspektive der wesentlichen ExpertInnen und Stakeholder im Feld Status Quo, Entwicklungsnotwendigkeit, Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungschancen zu sammeln.

Einleitung:

- 1) Kontextklärung: UKT beruflich im Bereich Gesundheit und Migration in praxisnahen Wissenschaftsprojekten tätig, z.Zt. im Abschluss eines Masters für OE/Coaching/Supervision, Ergebnisse der Interviews sollen in Master Thesis einfließen.
- 2) Einwilligung zur Verwendung der Ergebnisse und Nennung des Namens erfragen.

Inhaltliche Fragestellungen	Achten auf Dialogschritte 1-4 (Scharmer)
Was verbinden Sie mit dem Begriff „Diversity Management“ in Bezug auf Gesundheit und Migration – was sind für Sie die wichtigsten Themenfelder?	<ol style="list-style-type: none"> 1) downloading – wo stehen stakeholder, welche Problemsicht haben sie, welchen Bedarf sehen sie, wer sind die wichtigsten Akteure und Orte? 2) observing – was heißt das? 3) sensing – was spüren sie? 4) crystallising – was ist die eigentliche Herausforderung, was sollte geschehen (Veränderung)? 5) prototyping – was sind gute Modelle dieser Veränderung, wer sind Beteiligte?
Welche Probleme sehen Sie in Bezug auf	
a) Diversität von Fachkräften und	
b) Diversität von KlientInnen im Gesundheitswesen?	
Was sind aus Ihrer Perspektive die wesentlichen Herausforderungen?	
Wer sind für Sie die wichtigsten Stakeholder und Akteure?	
Was würden Sie tun/beauftragen, wenn Sie freien Zugriff auf Ressourcen hätten und frei entscheiden könnten?	

11.2 Interviewleitfaden 2: Pflegekräfte

Initialen des/der Interviewten:

Datum/Zeit des Interviews:

Ort:

Dauer:

Bitte beachten:

Sollte auf eine Frage (z.B. nach Erfahrungen mit PatientInnen etc.) ausschließlich in eine Richtung, sei es positive oder negative, geantwortet werden, bitte nach der gegenteiligen Richtung nachfragen.

Einleitung

- *Bedanken für die Zeit und Bereitschaft ein Interviews zu geben*
- *Kurze Vorstellung der eigenen Person UND des Projekts:*
Befragung von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund
- *Erklärung was mit den Daten passiert*
Datenverwertung: nur wissenschaftliche Auswertung, Anonymität zusichern à (Datenschutz Gesetz, ASA)
- *Tonbandaufnahme*
Begründung der Tonbandaufnahme, Verständnis einholen
Nach der Transkription wird das Tonband wieder gelöscht
- *Ablauf des Interviews erklären*

Demografische Daten

- Geschlecht
- Alter
- Familienstand
- Kinder

- Herkunftsland
- Staatsbürgerschaft
- Seit wann in Österreich
- Ausbildung
- Beruf
- Sprachen/Verwendung der Sprache (zu Hause/Beruf)

Push/Pull-Faktoren und Migrationshintergrund

Anlass	Wie haben Sie sich dazu entschieden nach Österreich zu kommen? Warum nach Österreich?
Vorinformation	Was für Informationen hatten Sie bevor Sie nach Österreich gekommen sind? Woher kamen diese Informationen?
Erwartungen	Mit welchen Erwartungen sind Sie nach Österreich gekommen? Wurden Ihre Erwartungen erfüllt? - Wenn ja, inwiefern? - Wenn nein, warum nicht?
Migrationsabsicht	Auf Zeit geplant; Absicht zur Rückkehr, Weiterwanderung; bleiben?

Ausbildung

Nostrifizierung	Wurde Ihre Ausbildung in Österreich anerkannt? - Falls ja, warum? - Falls nein, warum nicht? Welche Schritte waren notwendig damit die Ausbildung anerkannt wurde? Wie lange hat das gedauert? Welche Probleme sind hier aufgetreten?
Einsatz in Österreich	Wie war es als Sie in Österreich zu arbeiten begonnen haben? Können Sie das, was Sie in der Ausbildung gelernt haben in Österreich anwenden?

Karriere	Wie verlief Ihre bisherige berufliche Karriere? Karriereaussichten in Österreich?
----------	--

Arbeit

PatientInnen	Wie erleben Sie Ihre Arbeit mit den PatientInnen? Gibt es besondere Erfahrungen die Sie gemacht haben? Können Sie hierzu ein Beispiel geben?
Vorgesetzte	Wie erleben Sie Ihre Arbeit mit den Vorgesetzten? Gibt es besondere Erfahrungen die Sie gemacht haben? Können Sie hierzu ein Beispiel geben? Macht es bei der Zusammenarbeit mit Ihren Vorgesetzten einen Unterschied, dass Sie nicht aus Österreich kommen?
KollegInnen	Wie erleben Sie Ihre Arbeit mit den KollegInnen? Gibt es besondere Erfahrungen die Sie gemacht haben? Können Sie hierzu ein Beispiel geben? Macht es bei der Zusammenarbeit mit Ihren KollegInnen einen Unterschied, dass Sie nicht aus Österreich kommen?
Diversity Management in der Organisation	Gibt es an Ihrem Arbeitsplatz Angebote, die die interkulturelle Zusammenarbeit unterstützen? Wenn ja, welche? Werden die Angebote in Anspruch genommen? Wenn nein, besteht Notwendigkeit? Welche Angebote wären sinnvoll? Gibt es/gab es bei der Arbeit/in der Organisation irgendwelche Maßnahmen, um die Behandlung von PatientInnen mit Migrationshintergrund zu erleichtern/zu unterstützen? Für wie wichtig halten Sie solche Maßnahmen? Finden Sie, dass es genügend solche Unterstützung gibt oder gibt es noch Bedarf?

Lebenswelt

Work life balance	<p>Wie schaffen Sie es Beruf und Familie in Einklang zu bringen?</p> <p>Wie lässt sich Ihr Beruf mit der Familie/dem Privatleben vereinbaren?</p> <p>Wie beeinflusst Ihre Arbeit das Privatleben?</p>
Familie	<p>Lebt Ihre Familie bei Ihnen?</p> <p>Sind Mitglieder Ihrer Familie mit Ihnen hergekommen oder haben Sie hier eine Familie gegründet?</p> <p>Sind Mitglieder Ihrer Familie nachgekommen? Warum?</p>
Bezugsgruppen	<p>Freundes- und Bekanntenkreis (wie setzt sich dieser zusammen, aus berufl. Kontakten, Personen aus der Heimat, anderen MigrantInnen, ÖsterreicherInnen, etc.)</p> <p>Diverse Vereine</p>
Social support	<p>Wenn Sie Unterstützung brauchen (z.B. bei der Kinderbetreuung, wenn Sie krank sind) wen können Sie in diesem Fall um Hilfe bitten?</p> <p>Fällt Ihnen eine Situation ein in der Sie besonders viel Unterstützung bekommen haben? Von wem?</p> <p>(Nachbarschaftshilfe, Verein, kirchliche Organisationen, Hilfe durch Ihre Familie etc.)</p>

Ausblick

Job	<p>Wo sehen Sie sich in fünf Jahren?</p> <p>Wie werden die nächsten Schritte in Ihrer Karriere aussehen?</p> <p>Was wird sich verändern?</p> <p>Haben Sie vor weiter in Österreich zu arbeiten?</p> <p>Wie zufrieden sind Sie in Ihrem derzeitigen Job?</p>
Privat	<p>Planen Sie in Ihr Heimatland zurückzugehen z.B. in der Pension?</p> <p>Wenn ja, warum? / Wenn nein, warum nicht?</p> <p>Welche Erwartungen hatten Sie, als Sie nach Österreich gekommen sind?</p> <p>Sind Ihre Erwartungen erfüllt worden?</p>

Evtl. Frage nach allgemeiner Einschätzung, ob sich die persönliche Gesamtsituation seit der Ankunft eher verbessert oder verschlechtert hat.

Schluss

- Gibt es noch irgendwelche offenen Punkte, auf die ich noch nicht eingegangen bin und die für Sie wichtig erscheinen?

Bedanken für die Zeit und Unterstützung

11.3 Transkripte

Transkripte der Interviews mit Pflegekräften liegen auf CD-Rom vor. Sie umfassen 136 Seiten und wurden aus ökologischen und ökonomischen Überlegungen nicht als Ausdruck beigefügt.