

LANGZEITPFLEGE IN EINER
SOLIDARISCHEN GESELLSCHAFT
HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN



Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

**LANGZEITPFLEGE IN EINER
SOLIDARISCHEN GESELLSCHAFT –
HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN**

**DOKUMENTATION DER
JAHRESKONFERENZ 2010**

vom 24./25. November 2010
in Innsbruck, Tirol



Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

Gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und
Konsumentenschutz (bmask)

REDAKTIONSTEAM:

Irene Köhler

Claudia Klambauer

IMPRESSUM

Redaktion und Herausgeber:

Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

Geigergasse 5–9/3. Stock

1050 Wien

Tel.: (01) 548 29 22

Fax: (01) 545 01 33

E-Mail: office@oeksa.at

www.oeksa.at

Produktion: Info-Media, 1011 Wien, office@info-media.at

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT

Michael Chalupka 3

BEGRÜSSUNG

BM Rudolf Hundstorfer 6

Gerhard Reheis 8

IMPULS

Tom Schmid

Was heißt es in Zukunft, eine solidarische Gesellschaft zu sein? 11

Thieß Petersen

Voraussetzungen für eine solidarische Gesellschaft vor dem Hintergrund
des demografischen Wandels 17

PODIUM – PLENUMSBEITRÄGE

Reingard Spannring

Jugend und Solidarität 25

Ingeborg Freudenthaler

Was heißt es in Zukunft, eine solidarische Gesellschaft zu sein? 29

REFERATE

Josef Kytir

Von demographisch jung zu demographisch alt.
Herausforderungen der Bevölkerungsentwicklung für die europäischen
Wohlfahrtsgesellschaften. Gibt es auch Chancen in dieser
Entwicklung/Potenziale bei Arbeitskräften? 31

Nikolaus Dimmel

Informelle Pflege, Betreuung durch Angehörige und soziale Dienste ... 41

Elisabeth Rappold

Gesellschaftlicher Wandel als Chance für die Weiterentwicklung der
Berufsprofile im Feld Betreuung und Pflege 57

Christa Them

Pflegewissenschaftliche Projekte unter besonderer Berücksichtigung
der Langzeitpflege 75

FOREN

Beat Sottas

Langzeitversorgung und Ageing Workforce
Risikofaktoren – Maßnahmen – Führbarkeit 83

Kai Leichsenring

Qualität in der Langzeitpflege – Ansätze und Instrumente aus Europa . 95

Ursula Karl-Trummer

Migration von Pflegekräften in und nach Europa – Fakten, Chancen,
Herausforderungen: Wie gelingt die soziale Integration von migrantischen
Pflegekräften in die österreichische Arbeitswelt? 109

Tom Schmid

Pflege im internationalen Vergleich 125

Erna M. Appelt

Das Geschlecht der Pflege 143

ANHANG

Mitwirkende 150

Teilnehmende Organisationen 152

Ursula Karl-Trummer

Migration von Pflegekräften in und nach Europa – Fakten, Chancen, Herausforderungen: Wie gelingt die soziale Integration von migrantischen Pflegekräften in die österreichische Arbeitswelt?

Die Globalisierung des Gesundheitsarbeitsmarkts und die damit einhergehende zunehmende Mobilität von Gesundheitspersonal ist ein brisantes Thema (Buchan 2007). Die OECD spricht von einer „Looming Crisis in the Health Work Force“ (OECD 2008), also einer drohenden Krise mit steigender Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in älter gewordenen Gesellschaften bei gleichzeitigem Mangel an ausgebildetem Gesundheitspersonal. Österreich ist seit den 60er-Jahren mit dem Zuzug von Pflegekräften aus dem ehemaligen Jugoslawien Zielland für Arbeitsmigration von Gesundheitspersonal.

Die Eingliederung von migrantischen Pflegekräften in ein für sie neues Arbeitsumfeld und in eine neue Arbeitskultur ist ein wichtiger Prozess, in dem alle Beteiligten – migrantische wie einheimische Pflegekräfte und PatientInnen – gefordert sind, Schritte zur erfolgreichen Integration zu setzen. Theoretische Integrationsmodelle betonen die Beiderseitigkeit von Integrationsprozessen, wenn auch unter asymmetrischen Bedingungen.

Eine qualitative Studie für die Situation in Österreich behandelt die Frage nach Erfahrungen von migrantischen Pflegekräften bei der Eingliederung in den Arbeitsmarkt, bei der Aufnahme im Arbeitsumfeld sowie die erlebte Unterstützung von und Begegnung mit Vorgesetzten, KollegInnen und PatientInnen. Als wichtiges Ergebnis lässt sich feststellen, dass Integrationsprozesse gelingen, allerdings unter schwierigen Bedingungen und um den Preis hoher physischer und psychischer Belastungen. Unterstützung erfolgt punktuell, zufällig und uneingefordert. Mitgebrachte Ressourcen wie z. B. Sprache oder spezielle Ausbildungen werden kaum genutzt. Es stellt sich damit die Frage nach der Entwicklung von ressourcenorientierten und symmetrischeren Ansätzen zur Integration von migrantischen Pflegekräften zum Nutzen aller Beteiligten.

Die Fakten: Migration und Gesundheit

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

Eurostat (2008) prognostiziert ein Ansteigen der Bevölkerungszahl der EU-27 von 495 Millionen (Stand 1. Jänner 2008) auf 521 Millionen im Jahr 2035, mit einem Abfall auf 506 Millionen im Jahr 2060. Für den Zeitraum von 2008 bis 2060 ist ein Rückgang der jährlichen Anzahl der Geburten und ein gleichzeitiges Ansteigen der jährlichen Todesrate vorausgesagt, wobei ab 2015 die Todesrate jene der Geburten übersteigen wird. Positive Nettomigration ist bei dieser Prognose der einzige Faktor für Bevölkerungswachstum. Bereits seit den 1990er-Jahren stellte die positive Nettomigration (d. i. mehr Zu- als Abwanderung) den größten Anteil von Populationsveränderungen in den meisten EU-Mitgliedsstaaten¹ dar.

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.

Alternde Gesellschaften und alterndes 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 news-release 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 5 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 Ärzte 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 Konsiliarärzte in einem Alter unter 40 Jahren waren, während rund 40 % bereits über 50 waren und voraussichtlich in den nächsten 10–15 Jahren im Ruhestand sein werden (vgl. Dubois et al. 2008: 19 f.).

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

Zunehmende Migration von Gesundheitspersonal kann dabei gleichzeitig als Ursache und Folge von Knappheit in einem globalisierten Arbeitsmarkt (OECD 2010) betrachtet werden. Für 2006 schätzte die WHO eine weltweite Knappheit von Gesundheitspersonal von über 4,3 Millionen, insbesondere in einkommensschwachen Ländern: 36 von 57 Ländern mit kritischer Knappheit waren subsaharische Länder Afrikas, die unter der Abwanderung von Gesundheitspersonal leiden. Schätzungen der EC DG Sanco für 2020 für die EU (Neubauer und Kidd 2010) gehen davon aus, dass ca. 1.000.000 Gesundheitsarbeitskräfte fehlen werden, darunter 590.000 Pflegekräfte, und rund 15 % der notwendigen Pflege nicht abgedeckt werden wird.

Eine der fünf politischen Grundausrichtungen der Europäischen Union ist es 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 (vgl. Europäische Kommission 2006).

MigrantInnen und Menschen mit Migrationshintergrund als MitarbeiterInnen in österreichischen Gesundheitsorganisationen

Das österreichische Gesundheitswesen ist bereits seit den 1960er-Jahren, als Pflegekräfte aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Österreich angeworben wurden, Zielland für Gesundheitsberufe (vgl. Lenhart/Österle 2007: 9). Aktuelle Daten aus Österreich zu MigrantInnen im Gesundheitswesen nennen 14,6 % im Ausland geborene ÄrztInnen und 14,5 % im Ausland geborene Pflegekräfte im Jahr 2001

(Dumont/Zurn 2007, Buchan 2008) mit Anteilen aller Pflegekräfte 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).

Chancen und Herausforderungen der Integration migrantischer Pflegekräfte

Die Integration von migrantischen Pflegekräften in den österreichischen Arbeitsmarkt eröffnet Chancen, die in ökonomischen Modellen einfach zu beschreiben sind: Kompensation der vorhandenen Personalknappheit und Nutzung der im Ausland erworbenen Bildungsinvestitionen, also die Nutzung von Humanressourcen ohne wesentliche vorangestellte Investition in Humankapital.

Zusätzlich dazu eröffnet sich die Chance, migrantische Pflegekräfte zur Bewältigung der zunehmenden ethno-kulturellen Diversität von PatientInnen, BewohnerInnen und Angehörigen zu nutzen, ebenso wie die Nutzung von „bikultureller Kompetenz“ (Hong 2010) für zunehmend multikulturell zusammengesetzte Pflegeteams.

Dazu ist aber zuerst eine erfolgreiche Integration von migrantischen Pflegekräften notwendig. Integration ist ein mittlerweile in verschiedensten Diskursen viel verwendeter Begriff. Oft bleibt dabei unklar, was genau mit „Integration“ gemeint ist.

Integration: Begriffsklärung

„Integration“ wird als Prozess und Ergebnis der Eingliederung von ImmigrantInnen in die Institutionen und Beziehungen einer Aufnahmegesellschaft in erster Linie auf der Ebene von Nationalstaaten diskutiert – und zwar vor allem in Zusammenhang mit Migrationspolitik und deren gesetzlichen und administrativen Rahmenbedingungen (Ager/Strang 2004). In der Realität erfolgt Integration in spezifischen, lokalen Kontexten (Bosswick/Heckmann 2006).

In einem interaktiven Akkulturationsmodell wird Integration als wechselseitiger, wenn auch asymmetrischer Prozess zwischen Aufnahmegesellschaft und MigrantInnen beschrieben (Bourhis et al. 1997, Berry 2001, Castles et al. 2002). Die Integrationsleistung liegt zwar hauptsächlich bei ImmigrantInnen, jedoch hat die Aufnahmegesellschaft die Verpflichtung, den Integrationsprozess tätig zu unterstützen:

„Integration ist ein interaktiver Prozess zwischen ImmigrantInnen und der Aufnahmegesellschaft. Für die ImmigrantInnen bedeutet Integration den Prozess des Erlernens einer neuen Kultur, den Erwerb von Rechten und Pflichten, den Zugang zu Positionen und sozialem Status, Aufbau persönlicher Beziehungen mit den Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft und die Entwicklung des Gefühls der Zugehörigkeit zu und Identifikation mit dieser Gesellschaft. Für die Gesellschaft des Gastlandes bedeutet Integration eine Öffnung der Institutionen und die Gewährung von Chancengleichheit für ImmigrantInnen. In dieser Wechselwirkung hat jedoch die Aufnahmegesellschaft mehr Macht und mehr Prestige“ (eigene Übersetzung nach Bosswick/Heckmann 2006: 11).

Zur Integration von migrantischen Pflegekräften – die „Migrant Nurses Study“

Die Integration von migrantischen Pflegekräften ist ein wichtiger Prozess sowohl für die Pflegepersonen selbst, für ihre KollegInnen am Arbeitsplatz wie auch für die zu betreuenden PatientInnen.

Internationale Studien machen deutlich, dass die Eingliederung von migrantischen Pflegekräften häufig mit psychischen Belastungen verbunden ist. Ein Review von 29 Studien aus Australien, Kanada, Island, dem Vereinigten Königreich (UK) und den USA (Kawi/Xu 2009) nennt v. a. Sprach- und Kommunikationsprobleme, das Erleben ungleicher Behandlung, mangelnde Unterstützung und ungenügende Orientierung als Belastungsfaktoren.

Eine Überblicksstudie (Xu 2007) über 17 Erhebungen zur Situation von Pflegepersonen aus Asien identifiziert Kommunikation, Unterschiede in Pflegepraktiken, Marginalisierung/Diskriminierung/Ausbeutung sowie kulturelle Dissonanzen als die wichtigsten Themen.

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

Die „Migrant Nurses Study“: Studie und Stichprobe

Die „Migrant Nurses Study“ ist eine 2009 mit privaten Fördermitteln gestartete Studie in Kooperation der Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, mit dem Zentrum für Gesundheit und Migration der Trummer & Novak-Zezula OG, einem privaten Forschungs- und Beratungsinstitut.

Im Erhebungszeitraum 15.07.–04.08.2009 wurden 43 biografische Interviews zu Migrations- und Integrationserfahrungen geführt und transkribiert. Dabei wurden folgende inhaltliche Hauptstränge thematisiert: Migrationshintergrund, Arbeit, Ausbildung, Lebenswelt, beruflicher und privater Ausblick. Für 10 der durchgeführten Interviews wurde neben der quantitativen Erfassung der Hauptthemen auch eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt.

Stichprobenbeschreibung

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

22 der Befragten haben die österreichische Staatsbürgerschaft angenommen, die übrigen Befragten (21 Personen) haben die Staatsbürgerschaft ihres Herkunftslandes behalten. Alle Befragten haben die Ausbildung zur Diplomierten KrankenpflegerIn absolviert. 35 Personen arbeiten auch in dem ausgebildeten Beruf, zwei Interviewpartnerinnen sind als Pflegehelferinnen tätig und eine Person arbeitet als persönlicher Assistent. Fünf der Personen sind zum Interviewzeitpunkt nicht berufstätig.

Ausgewählte Ergebnisse – Die erste Zeit auf der Station

Die erste Zeit in einem neuen Umfeld und konfrontiert mit neuen Aufgaben markiert einen besonderen Abschnitt im Integrationsprozess von migrantischen Pflegekräften

für alle Beteiligten. Aus den Interviews wird deutlich, dass „learning by doing“ eine wichtige Handlungsoption darstellt, unterstützt von hilfreichen KollegInnen.

„Oh wie das war. Wann kommst du in ahm Station, 34 Patienten, wird fünf, sechs, vier 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 [...] 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 zu Hause, 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 126–133).

„[...] 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. [...] 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“ (B6, S. 75–76, Z 149– 157).

Unterstützung ist dabei nicht strukturell verankert, sondern hat (auch) mit Glück zu tun:

„[...] Ich hab Glück gehabt, weil die Hausleiterin [...] ist auch aus Brasilien. Und dann wir haben viele gesprochen, hat sie auch mir mehr oder weniger geholfen, [...] 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“ (B10, S. 127, Z 323–331).

„Ich hatte eine sehr große Hilfe, was meine Kolleginnen betrifft ah oder ah angeht. Da war eine ganze liebe Frau, die ist Österreicherin, sie hat mir, ich habe sie immer gefragt, so Amtswege, [...] das war für mich totaler puh spanischer Dorf, hab ich überhaupt mich nicht ausgekannt. [...] Und sie hat mir sehr viel geholfen. [...] Ich habe sie in Arbeit kennengelernt, in der Arbeit. Eigentlich meine Freunde stammen fast alle von Arbeitsstelle“ (B9, S. 112–113, Z 291–309).

Aus der quantitativen Auswertung über die Gesamtstichprobe (n = 43) wird deutlich, dass Unterstützungsleistungen am häufigsten durch KollegInnen erlebt werden, weniger von Vorgesetzten und am wenigsten von PatientInnen, die hier de facto auch keinen Auftrag haben, sondern sich in der Position des „Kunden“ befinden. Nachstehende Grafik zeigt die Anteile erfahrener Unterstützung:

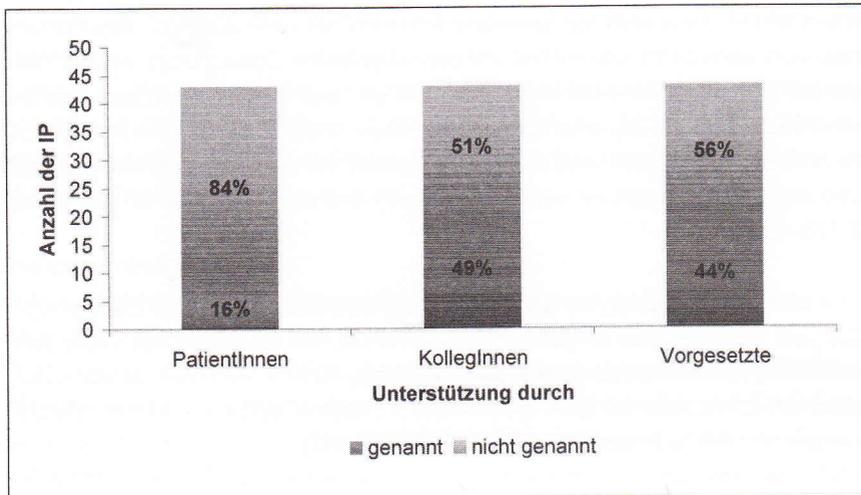


Abb. 1: Unterstützung durch PatientInnen, KollegInnen, Vorgesetzte (IP = InterviewpartnerInnen)

Erlebte Disqualifizierung

Erlebte Disqualifizierung zeigt sich in den inhaltsanalytischen Auswertungen als wichtigstes Thema, das von allen Interviewpartnerinnen berichtet wird. Exemplarisch werden hier drei Auszüge wiedergegeben, die eine Schwierigkeit auf den Punkt bringen: mit gebundenen Händen arbeiten.

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

„In Polen die Krankenschwestern die Tätigkeiten von Krankenschwestern sind mehr so

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

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

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

Erlebte Diskriminierung

Diskriminierung ist insbesondere für dunkelhäutiges Pflegepersonal eine viel berichtete Erfahrung in Integrationsprozessen (Timonen/Doyle 2010, Alexis et al. 2007). Auch in der Migrant Nurses Study bestätigt sich die Schwierigkeit für migrantische Pflegekräfte, unvoreingenommene Aufnahme zu finden. In der Gesamtstichprobe berichtet mit 23 % rund ein Viertel von Diskriminierung durch PatientInnen, 16 % durch KollegInnen und 7 % durch Vorgesetzte (vgl. Abbildung 2).

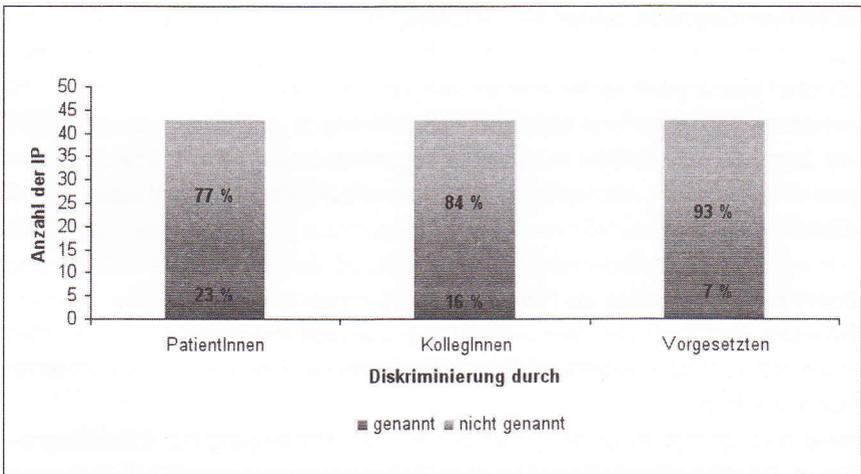


Abb. 2: Diskriminierungserfahrungen (IP = InterviewpartnerInnen)

Sprache als Brücke und Barriere

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

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

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

„Ich mag nicht, dass die Kolleginnen [...] vor andere Kolleginnen, die aus andere Länder kommen, so eigene Muttersprache sprechen. Da störe ich mich ah es stört mich schon. [...] Ich spreche mit einer Kollegin Chinesisch nur, wenn wir zu zweit sind, [...] aber sobald auf der Station der Dritte da ist, sprechen wir Deutsch. Ich mag das nicht, das ist ah, das ist das ist nicht gut eigentlich“ (B7, S. 93, Z 381–387).

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

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

Erstes Fazit: Integration als Privatsache

Ein erstes Fazit zur Frage: „Wie gelingt Integration von migrantischen Pflegekräften in die österreichische Arbeitswelt?“ lautet auf Basis der Ergebnisse der vorliegenden Studie wie folgt:

Integration gelingt aufgrund großer persönlicher Anstrengung der ArbeitsmigrantInnen, die mit einem hohen Ausmaß an Selbstverantwortung und Selbstanspruch die Verantwortung zur Integration wahrnehmen. Unterstützung erfolgt zufällig,

durch Einzelpersonen, die oft selbst Migrationshintergrund aufweisen und vielleicht deswegen einen empathischen Zugang finden können. Gesundheitsorganisationen nehmen ihre Verantwortung im Integrationsprozess dabei nur beschränkt wahr – über strukturell verankerte Integrationsangebote bzw. Unterstützung im Integrationsprozess berichtet niemand in der Stichprobe. Nachdem es sich um keine repräsentative Studie handelt, können daraus keine allgemeinen Schlüsse gezogen werden, beim derzeitigen Stand der Forschung und Wissensbasis bleibt das Thema noch Gegenstand von Spekulation.

Resümee und Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis

Eine Spekulation unter anderen möglichen schließt aus der vorhandenen Wissensbasis, dass systematisch verankerte migrationsspezifische Integrationsmodelle in Gesundheitsorganisationen gleichermaßen dringend zu entwickeln sind, wie sie in ihren Kinderschuhen stecken. Metaphorisch gefasst haben wir es mit einem Kleinkind zu tun, das angesichts der demografischen Entwicklungen und der zunehmenden Globalisierung des Arbeitsmarktes für Gesundheitsberufe in naher Zeit Berge bewegen soll.

Europäische Gesundheitsberufe werden zunehmend von migrantischen Arbeitskräften geprägt werden. Wissenschaft und Praxis sind aufgefordert, dem verstärkt Aufmerksamkeit zu widmen. Weitere Studien sollten qualitativ wie quantitativ Evidenz für wissensbasiertes Handeln hin zu einer Arbeitskultur und Organisationsentwicklung schaffen, die Integration als beiderseitigen Prozess ernst nimmt. Für die Praxis ist Interesse an und Vernetzung mit solcher Evidenz zu empfehlen. Besonders wichtig scheinen hier Haltungen und Handlungen von Personen zu sein, die eingewanderte Pflegekräfte einschulen und bei ihrer Integration unterstützen sollen. Angebotene Schulungen sollten sich nicht wie bisher auf die Beziehungen zu migrantischen PatientInnen beschränken, sondern auch die Kooperation in multikulturell zusammengesetzten Teams behandeln. Damit könnten einheimische AkteurInnen und Organisationen befähigt werden, eine offenere und ihrerseits integrationsbereite Haltung einzunehmen.

ANMERKUNGEN

1) In diesem Zeitraum noch nicht die EU-27.

AUSGEWÄHLTE LITERATUR

Ager, Alastair/Strang, Alison (2004): Indicators of Integration: Final Report.
London: Home Office, Research, Development and Statistics Directorate

- Alexis, Obrey et al. (2007): Engaging with a New Reality: Experiences of Overseas Minority Ethnic Nurses in the NHS. In: *Journal of Clinical Nursing*, Nr. 12 S. 2221–2228
- Berry, John W. (2001): A Psychology of Immigration. In: *Journal of Social Issues*, Nr. 3, S. 615–631
- Bosswick, Wolfgang/Heckmann, Friedrich (2006): Integration of Migrants: Contribution of Local and Regional Authorities, Dublin: Eurofound
- Bourhis, Richard Y. et al. (1997): Towards an Interactive Acculturation Model: A Social Psychological Approach. In: *International Journal of Psychology*, Nr. 6, S. 369–386
- Buchan, James (2008): How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply? Conference policy brief, Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Castles, Stephen et al. (2002): Integration: Mapping the Field. Home Office Online Report 29/03. London: Home Office
- Clark, Paul F./Stewart, James B./Clark, Darlene A. (2007): Migration and Recruitment of Healthcare Professionals: Causes, Consequences and Policy Responses. Policy brief. Focus Migration. Hamburg: Institute of International Economics, No. 7.
- Dubois, C.-A./McKee, M./Nolte, E. (Hg.) (2008): Human resources for health in Europe, Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education
- Dumont, Jean-Christophe/Zurn, Pascal (2007): Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. In: *International Migration Outlook, SOPEMI 2007 Edition*, Paris: OECD. S. 161–228
- Europäische Kommission (2006): Die demografische Zukunft Europas – Von der Herausforderung zur Chance. Mitteilung der Kommission.
http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situation_in_europe/c10160_de.htm# (Zugriff 10.12.2010)
- Eurostat newsrelease (2008): Population projections 2008-2060.
<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/08/119&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en> (Zugriff 10.12.2010)
- Hong, Hae-Jung (2010): Bicultural Competence and its Impact on Team Effectiveness. In: *International Journal of Cross Cultural Management* 10(1). S. 93–120
- Karl-Trummer, Ursula/Novak-Zezula, Sonja (2009): Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen. Das „Migrant-friendly Hospital“-Projekt. In: Eva

- Rásky (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien: Facultas Verlag
- Karl-Trummer, Ursula/Novak-Zezula, Sonja/Glatz, Astrid/Metzler, Birgit (2010): „Zwei Mal ‚Bitte?‘, dann hat die keine Geduld mehr und schimpft sie schon“. Kulturelle Lernprozesse zur Integration von migrantischen Pflegekräften. In: SWS-Rundschau (50. Jg.) Heft 3, S. 340–356
- Kawi, Jennifer/Xu, Yu (2009): Facilitators and Barriers to Adjustment of International Nurses: An Integrative Review. In: International Nurse Review, Nr. 2, S. 174–183
- Lenhart, Maureen/Oesterle, August (2007): Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven. In: Österreichische Pflegezeitschrift. 12/2007, S. 8–11
- Neubauer, Katja/Kidd, Elisabeth (2010): Policy dialogues on health workforce. The Green Paper on the European Workforce for Health. Next steps. Presentation at the Health Strategy and Health Systems Unit. Leuven, 26 April 2010. http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/A01_Opening_EC_green_paper_follow-up.pdf (Zugriff 10.12.2010)
- OECD Health Policy Studies (2008): The Looming Crisis in the Health Workforce. How Can OECD Countries Respond? OECD Publishing
- OECD (2010): International Migration of Health Workers. Improving International Co-operation to address the Global Health Workforce Crisis. OECD Policy Brief, February 2010
- Timonen, Virpi/Doyle, Martha (2010): Migrant Care Workers' Relationships with Care Recipients, Colleagues and Employers. In: European Journal of Women's Studies, Nr. 1, S. 25–41
- Xu, Yu (2007): Strangers in Strange Lands: A Metasynthesis of Lived Experiences of Immigrant Asian Nurses Working in Western Countries. In: Advances in Nursing Science, Nr. 3, S. 246–265

AUTORINNENBESCHREIBUNG

Mag. Dr. URSULA KARL-TRUMMER, MSc. Studium der Soziologie und Politikwissenschaften, Master of Science in Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung.

Derzeitige berufliche Funktion: Leiterin des Zentrums für Gesundheit und Migration an der Donauuniversität Krems, Executive Director der Trummer & Novak-Zezula OG, Wien. Projektleiterin des EU Projektes „Health Care in NowHereland. Improving ser-

vices for Undocumented Migrants in the EU" (www.nowhereland.info)

Forschungsschwerpunkte in Migration und Gesundheit, Nachhaltige Entwicklung von Gesunden Organisationen, Evaluation und Methodenentwicklung. Lehrtätigkeit an verschiedenen Universitäten, Gutachterin für die Europäische Kommission, DG Sanco/Public Health und DG Research, sowie für das Norwegian Research Council. Beraterin mit den Schwerpunkten Diversity Management, Qualitätsentwicklung, Lernende Organisation, Karrierebegleitung.

Zusammenfassung des Moderators Kurt Schalek

Migration von Pflegekräften in und nach Europa – Fakten, Chancen, Herausforderungen: Wie gelingt soziale Integration von migrantischen Pflegekräften in die österreichische Arbeitswelt?

Kurzfassung der Situationsanalyse

Die Integration von migrantischen Pflegekräften erfolgt ganz in Eigeninitiative und auch „per Zufall“. Es fehlt systematische Unterstützung beim Erlernen der Sprache inkl. der Fachsprache und beim Eingewöhnen in die spezifische Organisationsstruktur. Die Integration von migrantischen Pflegekräften wird in den Organisationen nicht systematisch gefördert, das Problembewusstsein fehlt. Dies ging sowohl aus der Präsentation als auch den Beiträgen der TeilnehmerInnen hervor.

Die Folgen der fehlenden Unterstützung

- MitarbeiterInnen werden ohne Vorbereitung mit neuen KollegInnen konfrontiert, die zur Entlastung beitragen sollen. Allerdings empfindet das Team zunächst eine Belastung, weil die neuen KollegInnen bei einer Reihe von Lernprozessen unterstützt werden müssen (z. B. Sprache, Arbeitsabläufe, kulturelle Usancen). Diese Aufgaben müssen zusätzlich zur täglichen Arbeitslast wahrgenommen werden, was sich auch über einen längeren Zeitraum erstrecken kann.
- Die unsystematische Integration kann Frustration auf beiden Seiten verursachen.
- Nicht unterstützte oder sogar fehlgeschlagene Integrationsprozesse verursachen Kosten – Geld, das sinnvoller eingesetzt werden könnte.
- Der Entlastungseffekt durch neue MitarbeiterInnen kommt – wenn die Integration am Arbeitsplatz letztlich doch gelingt – erst verspätet zum Tragen.
- Migrantische Pflegekräfte fühlen sich selbst verantwortlich für das Gelingen der Integration. Sie fragen häufig nicht nach Unterstützung, weil sie dies als

persönliches Versagen werten. Aufgrund dieser Haltung sind migrantische Pflegekräfte eine Risikogruppe für Burn-out.

Mögliche sinnvolle Maßnahmen

- Neue migrantische MitarbeiterInnen benötigen systematische Begleitung, wie z. B. ein Mentoring- oder ein Buddy-System.
- Begleitung benötigt wiederum klare Zuständigkeiten in den Organisationen und eine entsprechende Finanzierung.
- Sinnvoll könnten vorbereitende Maßnahmen sein: z. B. gezielte Sprachkurse bereits vor Dienstantritt (Stichwort Fachvokabular) oder Vorstellungsrunden im Haus bereits vor dem Dienstantritt.
- Die autochtonen MitarbeiterInnen wünschen sich Unterstützung im Sinne einer Selbstermächtigung zum gemeinsamen Lernen mit migrantischen KollegInnen (z. B. Kultursensibilität unter den KollegInnen).

Erfahrungen der TeilnehmerInnen haben gezeigt, dass unterstützende Maßnahmen für migrantische Pflegekräfte auch für einen Teil der autochtonen MitarbeiterInnen sinnvolle Unterstützungsangebote waren (z. B. Unterstützungsangebote in Fachsprache).

Damit findet nicht nur organisationales Lernen nicht statt, damit erwachsen auch erhebliche psychische Belastungen bei MitarbeiterInnen.

Beispielsweise zeigt eine rezente Studie mit 2.190 österreichischen KrankenhausmitarbeiterInnen²⁵⁹, dass die psychische Belastung bei ÄrztInnen insbesondere in der Altersgruppe zwischen 30 und 40 extrem hoch ist. In diesem beruflichen Abschnitt sind ÄrztInnen jung, praktisch wenig erfahren, aber im professionellen Handeln aufgefordert, souverän zu agieren und selbständig Verantwortung zu übernehmen. In dieser Phase der *Bewussten Inkompetenz*²⁶⁰ ist das Lernpotenzial sehr hoch, weil in der individuellen Perzeption Lernen im Sinn der Erweiterung und Vertiefung von Wissen eine große Rolle spielt. Das Bewusstsein des *noch nicht Könnens und noch nicht Wissens* schafft eine hohe Sensibilität, aber auch eine besondere Vulnerabilität.

Lernen über Spiel ist in einer komplexen Expertenorganisation, wo es als Draufgabe auch noch um Menschenleben geht, tatsächlich eine heikle Sache. Hier müssen Spielräume geschaffen werden, die Probehandeln ohne kritische Konsequenzen ermöglichen.

14.6.2. Lernräume

Wenn ein Fehler, wie in unserem Beispiel die Verabreichung einer falschen Blutkonserve, passiert, bricht Panik aus. Die Kultur innerhalb und außerhalb der Organisation (Öffentlichkeit) verlangt sofortige Lösungen/Bestrafungen, alle Energie geht ins Krisenmanagement.

Der Raum, der sich hier eröffnet, ist kein guter Lernraum. Beratungs- und Mediationsansätze verwenden in diesem Kontext ein Zonen-Modell möglicher Räume des Lernens.²⁶¹

Die *Panik-Zone*, charakterisiert durch Gefühle wie Angst, Ärger, Irritation, Schuld, Frustration und Widerstand, ist der Raum, in den Personen/Organisationen eintreten, wenn Fehler passiert und Konsequenzen daraus spürbar sind: Die Alarmsirenen schrillen, Routinen frieren ein, Krisenmanagement frisst Energie, für systematisches Lernen ist weder Zeit noch Energie übrig. Veränderung ist erzwungen und negativ besetzt.

²⁵⁹ Vgl. Karl-Trummer/Novak-Zezula, et .al., 2007.

²⁶⁰ Vgl. Bandura, nach Lokau&Heumüller o.J.

²⁶¹ Vgl. Senge, 1990.