

»Zweimal ›Bitte?‹, dann hat die keine Geduld mehr und schimpft sie schon«

Kulturelle Lernprozesse zur Integration von migrantischen Pflegekräften

Ursula Karl-Trummer/Sonja Novak-Zezula/Astrid Glatz/Birgit Metzler (Krems/Wien)

Ursula Karl-Trummer/Sonja Novak-Zezula/Astrid Glatz/Birgit Metzler: »Zweimal ›Bitte?‹, dann hat die keine Geduld mehr und schimpft sie schon« – kulturelle Lernprozesse zur Integration von migrantischen Pflegekräften (S. 340–356)

Der Artikel schildert Erfahrungen im Zusammenhang mit »Kultur lernen« in Integrationsprozessen, die migrantische Pflegekräfte in österreichischen Kranken- und Pflegeeinrichtungen gemacht haben. Der Beitrag beruht auf zehn qualitativen Interviews. Leitende Fragen betreffen Erfahrungen bei der Eingliederung in den Arbeitsmarkt, bei der Aufnahme im Arbeitsumfeld, die erlebte Unterstützung von und Begegnung mit Vorgesetzten, KollegInnen und PatientInnen, und damit den Aspekt »kulturellen Lernens« in Integrationsprozessen. Der Artikel argumentiert, dass Integration asymmetrisch verläuft. Die Leistung »Kultur lernen« wird von migrantischen Pflegekräften gefordert, wobei Unterstützung der Organisation und/oder durch Personen (KollegInnen, Vorgesetzte, PatientInnen) punktuell, zufällig und uneingefordert erfolgt. Mitgebrachte Ressourcen z. B. Sprache, werden ebenso punktuell genutzt, etwa für Gespräche mit PatientInnen, sind aber verpönt, wenn es um Sprachgebrauch im Behandlungsteam geht.

Schlagworte: kulturelles Lernen, Integration, migrantische Pflegekräfte, Arbeitsplatz

Ursula Karl-Trummer/Sonja Novak-Zezula/Astrid Glatz/Birgit Metzler: »Asking Twice ›Please?‹ is Enough to Make her Lose her Temper and to Shout at Me« – Processes of Cultural Learning for the Integration of Migrant Nurses (pp. 340–356)

The article provides insights on integration experiences of migrant nurses in Austrian hospitals and nursing homes. Ten qualitative interviews were analysed that referred to integration experiences into the labour market and workplace; support from colleagues, superiors and patients; and aspects of »cultural learning« for integration processes. Results show that »cultural learning« is asymmetric, because demands on the migrant nurses are high, but with only little backing from the organisational structures. Support from colleagues, superiors, and patients occurs mostly only sporadic, by chance, and in informal contexts. Resources like language are also being used occasionally, e.g. for conversations with migrant patients, but are proscribed for professional communication in the care-giving teams.

Keywords: cultural learning, integration, migrant nurses, workplace

1. Einleitung

1.1 Ziele und Fragestellungen

Dieser Artikel beruht auf der von der Universität Wien und dem Zentrum für Gesundheit und Migration an der Donau-Universität Krems im Jahr 2009 gestarteten »Migrant Nurses Study«. Diese Studie und der Artikel erheben Migrationserfahrungen und Arbeitssituation von migrantischen Pflegekräften in österreichischen Krankenanstalten und Pflegeheimen. In unserer Untersuchung fallen unter diese Definition aus dem Ausland stammende Pflegekräfte, die ihre berufliche Ausbildung im Ausland gemacht haben und ihren Beruf in Österreich ausüben. Ziel ist es, ein erstes qualitatives Bild von Migrationserfahrungen in Bezug auf Zugänge zum Arbeitsmarkt, Integration in ein neues Arbeitsumfeld und damit verbundene kulturelle Lernprozesse zu zeichnen. Dabei wurde der Fokus zunächst auf migrantisches Pflegepersonal (berufliche Ausbildung im Ausland absolviert) gelegt, da vorliegende Studien (siehe dazu Kap. 4) darauf hinweisen, dass diese in Bezug auf Lernen am stärksten gefordert, dabei aber oft unzureichend unterstützt werden.

Folgende Fragestellungen werden im vorliegenden Artikel bearbeitet: Von welchen kulturellen Lernprozessen im Zuge der Integration in den österreichischen Arbeitsmarkt und in ein neues Arbeitsumfeld berichten migrantische Pflegekräfte? Welche formalen Lernschritte (Nostrifikation, Sprache) werden von wem eingefordert? Welche informellen Lernprozesse entstehen? Wie und von wem werden migrantische Pflegekräfte beim Lernen unterstützt?

1.2 Aufbau des Artikels

Nach einer Beschreibung der gesellschaftlichen Relevanz des Themas (Kap. 2) wird der Integrationsbegriff diskutiert (Kap. 3) und der wissenschaftliche Forschungsstand zum Thema Integration in Bezug auf kulturelle Lernprozesse und Lernnotwendigkeiten von migrantischen Pflegekräften dargestellt (Kap. 4).

Der empirische Teil präsentiert zunächst Datengrundlage und Methodik der »Migrant Nurses Study« (Kap. 5). Kapitel 6 dokumentiert Ergebnisse zu kulturellen Lernprozessen auf Basis der zehn leitfadengestützten biografischen Interviews mit migrantischen Pflegekräften in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die Arbeit schließt mit einem zusammenfassenden Fazit und Empfehlungen an Wissenschaft und Praxis.

2. Gesellschaftliche Relevanz des Themas

Die Globalisierung des Gesundheitsarbeitsmarkts und die damit einhergehende zunehmende Mobilität von Gesundheitspersonal ist ein hoch brisantes Thema (Buchan 2007). Die OECD spricht von einer »Looming Crisis in the Health Workforce« (OECD 2008), also von einer drohenden Krise mit steigender Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in älter gewordenen Gesellschaften bei gleichzeitigem Mangel an ausgebildetem Gesundheitspersonal.

Die demografische Entwicklung in den wohlhabenden europäischen Staaten lässt darauf schließen, dass diese die Zuwanderung von Gesundheitspersonal in den nächsten Jahren weiter aktiv ankurbeln werden (Buchan 2008, 22, Dubois et al. 2008, 19–20).

Österreich ist seit den 1960er-Jahren mit dem Zuzug von Pflegekräften aus dem ehemaligen Jugoslawien Zielland für Arbeitsmigration von Gesundheitspersonal. Mit der EU-Erweiterung und verstärkter Mobilitätsmöglichkeit wurden vor allem Polen, Ungarn und die Tschechische Republik neben den Drittstaaten Bosnien-Herzegowina, Kroatien, den Philippinen und Indien zu wichtigen Herkunftsländern. Einhergehend mit den für Österreich vermutlich noch bis 2011 geltenden Übergangsfristen für den Zuzug von ArbeitnehmerInnen aus den neuen EU-Mitgliedsländern ist zu beobachten, dass »durch das Auseinanderklaffen von Niederlassungsfreiheit und Beschränkung auf dem Arbeitsmarkt die Grauzone auf dem irregulären Arbeitsmarkt erhöht [wird]« (Tóth 2006). Das wird insbesondere am Beispiel der PflegerInnen sichtbar: Schätzungen zufolge arbeiten bis zu 40.000 Personen aus den östlichen Nachbarländern Österreichs illegal als PflegerInnen (Tóth 2006).

In Österreich waren im Jahr 2001 14,5 Prozent des gesamten Pflegepersonals im Ausland geboren (Dumont/ Zurn 2007, 165, Buchan 2008, 8–9). Von den Pflegekräften in österreichischen Alten- und Pflegeheimen hatten 10,5 Prozent ihre Berufsausbildung außerhalb Österreichs absolviert, in Krankenanstalten 8,2 Prozent – innerhalb dieser Gruppe wurden 61 Prozent in einem anderen EU-Mitgliedsstaat, 39 Prozent in einem Drittstaat ausgebildet (Lenhart/ Österle 2007, 9).

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, »Kultur zu lernen«.

»Kultur lernen« meint in diesem Artikel eng gefasst jene Lernprozesse, welche die Integration von migrantischen Pflegekräften in den österreichischen Arbeitsmarkt und den jeweiligen Arbeitsplatz begleiten. Diese sind zu unterteilen in offiziell/ formal und informell geforderte Lernprozesse: Zu den formal geforderten zählen die Nostrifikation, also verpflichtend vorgeschriebene Kurse, in denen zum einen Qualifikation nachzuweisen ist, und in denen zum anderen für das österreichische Gesundheitssystem spezifische Rahmenbedingungen und Handlungslogiken, also Elemente einer spezifischen Arbeitskultur, erlernt werden müssen; auch die Anpassung an das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)¹ ist ein derartiger Lernprozess. Informell geforderte Lernprozesse umfassen das Erlernen von Arbeitsabläufen und Kooperationskulturen innerhalb der Organisation.

Auf Lernprozesse von österreichischem Pflegepersonal und PatientInnen, die für den Integrationsprozess ebenso notwendig sind, wird in diesem Artikel nicht bzw. nur im Umweg über Interpretationen aus erhobenen Sichtweisen von migrantischen Pflege-

1 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) BGBl. I Nr. 108/1997 idgF BGBl. I Nr. 95/1998, BGBl. I Nr. 65/2002, BGBl. I Nr. 6/2004, BGBl. I Nr. 69/2005, BGBl. I Nr. 90/2006 und BGBl. I Nr. 57/2008.

kräften eingegangen. Dies ist keine Missachtung der Bedeutung derartiger Lernprozesse, sondern ergibt sich aus dem gewählten Fokus bzw. Forschungsdesign.

3. Zur Begriffsverwendung von »Integration«

»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 sowie deren gesetzlichen und administrativen Rahmenbedingungen (Ager/ Strang 2004). In der Realität erfolgt Integration in spezifischen lokalen Kontexten (Bosswick/ Heckmann 2006).

Berry diskutiert Integration als einen von vier Akkulturationstypen (neben Assimilation, Separation und Marginalisierung), charakterisiert durch Beibehaltung kultureller Werte der Herkunftsgesellschaft und gleichzeitige Übernahme wesentlicher Aspekte der Aufnahmegesellschaft (Berry 1990). Diese noch auf die Handlungsebene der MigrantInnen reduzierte Definition wird in weiteren Arbeiten Berrys (1997, 1999, 2001, 2005) und im interaktiven Akkulturationsmodell von Bourhis et al. (1997) erweitert: Integration wird als wechselseitiger, wenn auch asymmetrischer Prozess zwischen der Aufnahmegesellschaft und den MigrantInnen beschrieben (Bourhis et al. 1997, Berry 2001, Castles et al. 2002).

»Kultur lernen« ist eine entscheidende Leistung im Prozess der Integration, die es den Neuankömmlingen ermöglicht, ihre Position in der Aufnahmegesellschaft einzunehmen. In diesem Zusammenhang bedeutet Integration, dass sich auf Seiten der ImmigrantInnen Wissen, Verhalten und Einstellungen verändern (Bosswick/ Heckmann 2006). »Kultur lernen« als wesentliches Element von Integration ist zwar ein wechselseitiger Prozess, in dem sich sowohl MigrantInnen als auch die Aufnahmegesellschaft verändern (Volf/ Bauböck 2001, Berry 2005). Dennoch liegt die Integrationsleistung insbesondere in Bezug auf »kulturelles Lernen« hauptsächlich bei ImmigrantInnen:

»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).²

2 Englischer Originalwortlaut: »Integration is an interactive process between immigrants and the host society. For the immigrants, integration means the process of learning a new culture, acquiring rights and obligations, gaining access to positions and social status, building personal relationships with members of the host society and forming a feeling of belonging to, and identification with, that society. For the host society, integration means opening up institutions and granting equal opportunities to immigrants. In this interaction, however, the host society has more power and more prestige« (Bosswick/ Heckmann 2006, 11).

Als Voraussetzung für erfolgreiche Integration gilt dabei eine Orientierung von MigrantInnen in gleichzeitig zwei Richtungen: in Richtung der Herkunftskultur durch »social bonds«, also soziale Beziehungen zur Herkunftsgesellschaft, religiösen oder ethnischen Gruppe, und in Richtung der Aufnahmekultur durch »social bridges«, also soziale Beziehungen zu anderen Gruppen und zur Aufnahmegesellschaft (Ager/Strang 2004).

In der vorliegenden Arbeit wird die Definition von Integration als wechselseitigem Prozess übernommen. »Kultur lernen« ist damit für migrantische Pflegekräfte vorrangig wichtig, da sie sich in der asymmetrischen Position der Zugewanderten befinden, betrifft aber ebenso ihre InteraktionspartnerInnen aus der Aufnahmegesellschaft, die ihrerseits aufgefordert sind, kulturelle Lernprozesse zu unterstützen. Im Prozess des kulturellen Lernens ist es die Aufgabe der Aufnahmegesellschaft, sich und ihre Institutionen für die MigrantInnen zu öffnen und Chancengleichheit zu schaffen (Bosswick/Heckmann 2006). Mitglieder der Aufnahmegesellschaft unterstützen das individuelle »Kultur Lernen« von MigrantInnen, indem sie deren Wissenserwerb fördern und soziale Beziehungen zu ihnen knüpfen. Als Voraussetzung dafür werden Wissen über Bedingungen der Migration und über den jeweiligen Unterstützungsbedarf genannt (Ager/Strang 2004). Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass in der Praxis die Beiderseitigkeit in der Definition von Integrationsprozessen abgeschwächt ist. So weist eine Studie zur Situation in Großbritannien (Raghuram 2007) darauf hin, dass Integration zwar auf konzeptueller Ebene als zweiseitiger Prozess (*two-way process*) definiert wird, in der Praxis migrantischen InteraktionspartnerInnen aber einen ungleich längeren und intensiveren Weg abverlangt: Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sind aufgefordert, sich in bestehende Arbeitsroutinen und Praktiken zu integrieren, diese zu erlernen; sie sind nicht dazu aufgefordert und werden nicht darin unterstützt, ihr mitgebrachtes Wissen so einzubringen, dass diese Praktiken damit auch verändert werden können (ebd., 2248). Ein weiterer Hinweis dieser Untersuchung bezieht sich auf das ungleiche Verhältnis von Macht und Möglichkeiten, die eigenen Vorstellungen umzusetzen:

»Integration ist kein Prozess unter gleichwertigen Partnern« (Raghuram 2007, 2250).³

4. Forschungsstand zu Integration von migrantischen Pflegekräften

Studien insbesondere aus dem anglo-amerikanischen Raum betonen, dass es notwendig ist, den Forschungsstand über die Integration von migrantischen Pflegekräften in ein neues Arbeitsumfeld zu verbessern, und verweisen dafür auf die zunehmende Globalisierung von Anwerbeverfahren (Habermann/Stagge 2010).

Ein Review von 29 Studien aus Australien, Kanada, Island, dem Vereinigten Königreich (UK) und den USA (Kawi/Xu 2009) identifiziert als wichtige integrationsfördernde Faktoren das Erlernen von Durchsetzungsvermögen, Ausdauer, psychosoziale und logistische Unterstützung sowie kontinuierliche Lernprozesse. Identifizierte Barrieren sind v. a. Sprach- und Kommunikationsprobleme, mangelnde Unterstützung, ungenügende Orientierung, verschiedene Pflegepraktiken, und ungleiche Behandlung.

3 Englischer Originalwortlaut: »Integration is not a process that happens among equals«.

Ein Review mit dem Fokus auf Pflegepersonen aus Indien, die in den neuseeländischen Arbeitsmarkt migrieren, nennt als integrationsfördernde Maßnahmen seitens der Aufnahmegesellschaft die Bereitstellung von Weiterbildungen sowie von Mentoring-Programmen und zur Sicherung der Kompetenzen ein für Neuseeland spezifisches Pflegekonzept. Dieses stellt unter dem Begriff »cultural safety« die reflektierte Haltung gegenüber der eigenen Herkunftskultur und der Kultur der zu Pflegenden in den Mittelpunkt (Woodbridge/ Bland 2010).

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

Eine qualitative Studie mit Beteiligung derselben Autorin (Xu et al. 2008) unterstreicht diese Ergebnisse und betont die Schwierigkeiten der Eingewöhnungsphase, in der alte Routinen nicht mehr passen und neue noch nicht erlernt sind. Die Untersuchung betont dabei auch die proaktive Einstellung von chinesischen Pflegepersonen, sich in Lernprozessen zu engagieren und sich trotz schwieriger Umstände an neue Verhältnisse anzupassen.

Eine quantitative Erhebung in vier irischen Spitälern zur Integration von asiatischen Pflegekräften im Operationsaal (n = 220) stellt fest, dass 94 Prozent des befragten migrantischen Personals Pflegepraktiken als unterschiedlich zu ihren gewohnten Routinen erleben; 96 Prozent finden Orientierungsprogramme wichtig (Cummins 2009). Insbesondere Bestimmtheit im Auftreten und die Delegation von Tätigkeiten werden als Fähigkeiten genannt, die erst gelernt werden müssen.

Eine qualitative Untersuchung zu Erfahrungen von dunkelhäutigen Pflegekräften aus Asien, Afrika und den karibischen Inseln identifizierte in Fokusgruppen sechs Themen: Dequalifizierung, Selbstanschuldigung bei Problemen mit der Arbeit bzw. Kooperation, Diskriminierung/ Chancenungleichheit, »Unsichtbarkeit«, die Angst, Arbeit oder Aufenthalt zu verlieren, und die Dankbarkeit, über Arbeit und Aufenthalt zu verfügen (Alexis et al. 2007).

Ergebnisse einer Studie mit 40 qualitativen Interviews mit migrantischem Pflegepersonal weisen speziell für dunkelhäutige Befragte ebenfalls auf Diskriminierungserfahrungen seitens KollegInnen und Vorgesetzten hin. Migrantische Pflegekräfte berichten von unterschiedlichen Einstellungen zu Produktivität und Arbeitsauffassung innerhalb der jeweiligen ethnischen Gruppen, und formulieren ihre Präferenz, in multikulturellen Teams ohne Überhang einer spezifischen Gruppe zu arbeiten, weil dort ein offeneres und kollegialeres Arbeitsklima herrscht. Der Gebrauch der Herkunftssprache wird in dieser Untersuchung als Abgrenzung und Ausgrenzung der einheimischen Pflegekräfte kritisiert. Diskriminierende Äußerungen oder Handlungen von PatientInnen werden, im Gegensatz zu solchen von KollegInnen und Vorgesetzten, mit großer Nachsicht behandelt und mit dem Krankheitsstatus entschuldigt (Timonen/ Doyle 2010).

Studien zum Thema für Österreich sind rar. Zu praxisorientierten Initiativen zählen z. B. das von der Volkshilfe Österreich durchgeführte Projekt »diversity@care –

MigrantInnen in der mobilen Pflege und Betreuung«,⁴ Projekte zum »integrationsorientierten Diversitätsmanagement« des Wiener Krankenanstaltenverbundes (Wladasch/Liegl 2009, Kap. 5)⁵, und das EU-Projekt »Migrant Friendly Hospitals«: In dieser Untersuchung wurden in zwölf europäischen Krankenhäusern Organisationsentwicklungsmaßnahmen zur erhöhten Sensitivität für ethno-kulturelle Heterogenität eingeleitet und evaluiert (Karl-Trummer/Krajic 2007).

Im Rahmen eines Forschungsschwerpunkts zu Migration und Gesundheit am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien wurden wissenschaftliche Nachwuchsarbeiten (Diplomarbeiten) zum Thema erstellt, die auf einer Internetplattform zum Bereich Migration und Gesundheit allgemein zugänglich sind.⁶

5. Die »Migrant Nurses Study«: Datengrundlage und Methodik

Die »Migrant Nurses Study« wurde im Rahmen einer Lehrveranstaltung im Wintersemester 2009/2010 am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien in Kooperation mit dem Zentrum für Gesundheit und Migration an der Donau-Universität Krems mit privaten Fördermitteln gestartet. Das engere Forschungsteam besteht aus vier Forscherinnen (ident mit den Autorinnen des Artikels), 13 StudentInnen führten insgesamt 41 Interviews und transkribierten diese. Die Studie erhebt Migrationserfahrungen und Arbeitssituation von migrantischen Pflegekräften in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen. In einer ersten Stufe wurden bzw. werden biografische Interviews zu Migrations- und Integrationserfahrungen durchgeführt, die folgende inhaltliche Hauptstränge thematisieren:

- Migrationshintergrund
- Arbeit
- Ausbildung
- Lebenswelt
- Beruflicher und privater Ausblick

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).

Dieser Artikel präsentiert ausgewählte Ergebnisse aus den ersten zehn Interviews der Studie, die im Zeitraum vom 15. Juli bis 4. August 2009 geführt wurden (durchschnittliche Interviewdauer 55 Minuten). Diese zeitlich zuerst verfügbaren Interviews wurden einer ausführlichen Analyse unterzogen, um die Kategorienauswahl der inhaltlichen Stränge zu überprüfen und zu verfeinern. Die weiteren 31 Interviews werden abhängig von der Verfügbarkeit weiterer Fördermittel in einer zweiten Projektphase analysiert werden.

4 <http://www.volkshilfe.at/diversitycare> , 21.7. 2010.

5 <http://bim.lbg.ac.at/files/sites/bim/Positive%20Massnahmen/kapitel5.html> , 21.7. 2010.

6 Österreich Wiki im MIGHEALTHNET – Informationsnetzwerk Migration und Gesundheit (2010), verfügbar unter: <http://mighealth.net/at/index.php/Nachwuchsarbeiten> , 21.7. 2010.

Die Befragten sind ausschließlich weiblich und zwischen 25 und 58 Jahre alt. Sechs Personen sind verheiratet, drei leben in Partnerschaft, eine der Befragten ist geschieden. Sechs Interviewpartnerinnen haben Kinder.

Drei der interviewten Frauen kommen aus der Slowakei, eine weitere gehört der ungarischen Minderheit in der Slowakei an, von den restlichen Befragten stammt jeweils eine aus Polen, Weißrussland, Bosnien-Herzegowina, Ungarn, China und Brasilien. Die Befragten aus Weißrussland, Bosnien-Herzegowina und aus China haben die österreichische Staatsbürgerschaft angenommen, die übrigen haben die Staatsbürgerschaft ihres Herkunftslandes behalten.

Die Aufenthaltsdauer der Befragten in Österreich beträgt zwischen drei und 17 Jahren. Vier Personen leben seit weniger als zehn Jahren in Österreich.

Alle Befragten haben die Ausbildung zur diplomierten Krankenschwester absolviert, eine Person gibt eine Spezialisierung zur OP (Operations)-Schwester an. Fast alle arbeiten auch in ihrem ausgebildeten Beruf, zwei Interviewpartnerinnen sind zum Zeitpunkt des Gesprächs als Pflegehelferinnen tätig. Sieben Personen sind in einem Pflegeheim, drei in einem Krankenhaus beschäftigt.

Die Auswertung folgt der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2000). Allgemein verstanden ist die qualitative Inhaltsanalyse eine Methode, die darauf abzielt, den Inhalt von »fixierter Kommunikation« (Mayring 2000) – also z. B. von Transkripten, Dokumenten, Filmen – zu analysieren. Darüber hinaus geht es auch darum, den »latenten Inhalt« (ebd., 2), also den im Material verborgenen, erst zu erschließenden Inhalt herauszuholen. Dafür wurden die Interviewtranskripte einer schrittweisen Analyse unterzogen: Zunächst wurden deduktiv Kategorien gebildet, d. h. aus vorhandenen Konzepten folgende Kategorien erstellt: Migrations(hinter)grund, Ausbildung, Arbeit, Lebenswelt, beruflicher und privater Ausblick. In weiterer Folge wurde das Datenmaterial diesen Kategorien zugeordnet. Anschließend erfolgte aufgrund des gesichteten Datenmaterials die Bildung von Unterkategorien, wie etwa Zusammenarbeit mit PatientInnen, ArbeitskollegInnen und Vorgesetzten sowie Diversity Management (Kategorie Arbeit). Eine Reduktion des Materials konnte durch die Zusammenfassung der Transkripte zu den einzelnen Kategorien erzielt und damit die wesentlichen Inhalte erschlossen werden.

6. Wie wird »Kultur gelernt«?: Untersuchungsergebnisse

Im vorliegenden Artikel bezieht sich »Kultur lernen« auf den Erwerb von Kenntnissen über ein neues Arbeitsumfeld mit seinen spezifischen rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen, sowie auf das Erlernen einer neuen Arbeits- und Kooperationskultur und damit auf das Wesen von sozialen Beziehungen innerhalb dieser rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen.

6.1 Der erste geforderte Schritt: die Nostrifikation

Unter Nostrifikation versteht man die Feststellung und Zulassung der Gleichwertigkeit von im Ausland erworbenen Ausbildungsabschlüssen in Bezug auf Inhalte, Umfang und

Anforderungen.⁷ Dieses Anerkennungsverfahren wird bei Drittstaatsangehörigen oder -ausbildungen angewendet. Treffen einzelne Voraussetzungen nicht zu, so können sie nachträglich im Rahmen einer Ausbildung erworben werden, die je nach Fall verschiedene verpflichtend vorgeschriebene Kurse umfasst.

Die Nostrifikation ist damit ein wesentlicher, formaler geforderter Lernschritt, der den Zugang zum österreichischen Arbeitsmarkt ermöglicht und in dessen Rahmen die für das österreichische Gesundheitssystem spezifischen rechtlichen wie organisatorischen Rahmenbedingungen und Handlungslogiken in verordneten Kursen erlernt werden. Darüber hinaus wird hier eine wesentliche Handlungslogik am eigenen Leib erfahren, nämlich dass eine im Ausland erworbene Berufsqualifikation in Österreich erst dann anerkannt wird, wenn sie österreichische Autoritäten als gleichwertig erklären.

Die dazu berichteten Erfahrungen unterscheiden sich stark, das Ausmaß von Prüfungen und finanzielle Regelungen scheinen mit Bedürfnissen des Arbeitsmarkts zusammenzuhängen.

Nicht in jedem Fall wird die gesamte Grundqualifikation »nachgelernt«. Zwei der zehn Interviewpartnerinnen haben in Österreich nicht zur Diplomkrankenpflege, sondern nur zur Pflegehilfe nostrifiziert. Sie haben gelernt, dass sie eine zu große Hürde nehmen müssten, um ihren erlernten Beruf im vollen Umfang ausüben zu können, und sie haben gelernt, dass ihr Können ohne die volle amtliche Bestätigung nicht gefragt ist.

Der Nostrifikationsprozess wird als schwieriger, langwieriger Weg beschrieben, der mit sprachlichen, finanziellen und bürokratischen Hürden gepflastert ist. Die Befragte aus Bosnien-Herzegowina formuliert dies so (die Befragten werden im Folgenden mit den Abkürzungen B1–B10 angegeben):

»In Österreich hab ich nicht gewusst, was ich brauche, und dann erste Kontakt war, dass ich ah in Gonzagagasse [Bundessektion Unterrichtsverwaltung und Wissenschaft] 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« (B6, Seite 74, Zeile 78–89).

Eine große Herausforderung bildet auch der parallel zu leistende Spracherwerb, vor allem weil nicht nur einfache Verständigung, sondern auch Fachsprache gefordert ist, wie eine Pflegekraft aus der Slowakei erläutert:

7 Vgl. auch Bundesministerium für Gesundheit (2010), verfügbar unter: http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/4/8/2/CH0941/CMS1203514236943/anerkennung_durch_nostrifikationen_-_allgemeine_information.pdf, 21.7.2010.

»(...) ich musste zuerst einen Deutschtest machen. (...) Das war nicht richtig, nur ein Diktat oder sich verständigen, du musstest auch dein Wissen haben und zeigen, dass du wirklich als Krankenschwester fähig bist, diese Arbeit auszuüben« (B2, S 20, Z 67–72).

Die vorgeschriebenen Kurse zur Nostrifikation werden als verordnetes »Kultur Lernen« aber auch positiv bewertet. Eine weitere Befragte aus der Slowakei beschreibt dies wie folgt:

»(...) 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 67–69).

Akuter Bedarf an Pflegekräften erwirkt Sonderregelungen und vereinfacht Zugänge. Formale Lernprozesse werden damit erleichtert und verkürzt, wie eine Diplomkrankenschwester aus Polen angibt:

»Ich durfte schon als Diplomierete 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).

6.2 Der zweite verordnete Schritt: die Dequalifizierung

Dequalifizierung ist insofern ein kultureller Lernprozess, als hier gelernt wird, dass man im Herkunftsland erworbene Qualifikationen und Fähigkeiten in Österreich nicht einsetzen darf. Es muss gelernt werden, dass die Definition »Pflegekraft« im Aufnahmeland andere Inhalte umfasst als jene im Herkunftsland, und man muss dementsprechend eine andere professionelle Identität erlernen und annehmen. Im Fall Österreich, wo der Handlungsspielraum von Pflegekräften stärker von medizinischen Tätigkeiten bzw. Inhalten abgegrenzt ist als in anderen Ländern, kommt dies einer Dequalifizierung gleich.

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

»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).

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

»Das ist nicht meine Traumjob. Ich hätte gerne wieder zurück nachhause und dort wirklich ich war wichtig dort, weil wirklich was gemacht und hier [vier Sekunden Pause] naja« (B10, S 128, Z 389–390).

Dequalifizierung entsteht auch durch die Sozialisierung in eine andere Arbeitslogik, die sich aus den Bestimmungen der österreichischen Gesetze ergibt. Alle Interviewpartnerinnen berichten von einem stärker an medizinischen Tätigkeiten orientierten Arbeitsprofil in ihrem Herkunftsland. Exemplarisch sind die Lernerfahrungen der polnischen Befragten:

»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).

Dequalifizierung von Personen heißt auf Seite der Organisation, Ressourcen nicht zu nutzen. Die ungarische Pflegekraft bringt es auf den Punkt:

»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).

Die bosnisch-herzegowinische Pflegekraft schildert dieses Lernen, in dem erworbene Fähigkeiten nicht eingesetzt werden dürfen, ebenfalls eindringlich. Es wird deutlich, dass die Anpassungsleistung an die neue Arbeitskultur mit Abstrichen und Überwindung verbunden ist:

»(...) 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).

6.3 Weitere Lernschritte: »learning by doing« am Arbeitsplatz

Eine wichtige Lernebene ist das »learning by doing« am Arbeitsplatz. Dies betrifft Pflegehandlungen und Kooperationsbeziehungen ebenso wie Sprache. Hilfreich sind dabei die eigene Aufmerksamkeit, KollegInnen, Vorgesetzte und PatientInnen, wie die Befragte aus Bosnien-Herzegowina schildert:

»(...) 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).

Eindrucksvoll schildert die weißrussische Pflegehelferin die erste Zeit des Lernens, in der sie mit Unterstützung einer Kollegin eine eigene Lerntechnik entwickelte und in den Arbeitsalltag integriert wurde:

»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 [drei Sekunden 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 126–133).

Lernprozesse werden aber auch einsam und mit dem Gefühl der Inferiorität erlebt – dass man die fremde Sprache noch ungenügend beherrscht, ist ein Grund, sich zu schämen, wie es eine slowakische Befragte ausdrückt:

»Ich hab mir ein Buch gekauft bei uns in der Slowakei und nach der Arbeit, wenn ich Freizeit hatte, habe ich nur gelernt, bis Mitternacht hab ich gelernt und in halbes Jahr hab ich schon gut Deutsch gesprochen, ja. (...) Und es war überhaupt schwer für mich, die erste Sätze zu bilden und überhaupt zu jemand, ich hab gedacht, die werden lachen über mich, wenn ich etwas falsch sage oder schlecht sage, mein Gott, ich hab mich nicht getraut zuerst« (B2, S 30, Z 568–578).

Auf Unterstützung oder zumindest Verständnis ist dabei nicht immer zu zählen. Die chinesische Pflegeperson berichtet von der Ausgrenzung mit dem Mittel der Dialektverwendung und von der Ungeduld bei Nachfragen:

»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, dass man, das ist so, das ist so ah, dass die ausländische Schwestern sie nicht, schwer verstehen können. (...) Außerdem die spricht so schnell und ja, wenn wir sagen: ›Bitte? Bitte?, zweimal ›Bitte?, dann hat die keine Geduld mehr und ah schimpft sie schon« (B6, S 87–88, Z 149–159).

6.4 Sprache als Brücke und Barriere

Sprachgebrauch und Spracherwerb haben einen hohen Stellenwert im Integrationsprozess. Wie die vorangegangenen Interviewausschnitte zeigen, wird schneller und selbständiger Spracherwerb der Landessprache vorausgesetzt, und es wird gefordert, in der Kommunikation mit gleichsprachigen KollegInnen vor PatientInnen und vor dem Pflegeteam nicht die Muttersprache zu verwenden. Sprache wird zur Brücke in die neue Kultur und auch zur Brücke in die Heimatkultur, gleichzeitig ist der Gebrauch der Muttersprache eine Barriere in Bezug auf Eingliederung in das neue Arbeitsumfeld. Im Team wird es als unhöflich und ausgrenzend empfunden, wenn sich gleichsprachige KollegInnen in ihren Sprachraum zurückziehen:

»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« (B9, S 110, Z 194–198).

Die polnische Pflegekraft berichtet, dass Deutsch als gemeinsame Sprache von Vorgesetzten eingefordert 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).

So wird gelernt und verinnerlicht, dass die Verwendung der eigenen Muttersprache eine Störung der Kooperationsbeziehungen bedeutet. Die chinesische Befragte macht das deutlich:

»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).

Dabei muss gegen ursprünglich eingelernte Muster gehandelt werden, was nicht immer leicht ist, insbesondere wenn mehrere GesprächspartnerInnen vorhanden sind:

»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).

6.5 Soziale Unterstützung von kulturellen Lernprozessen

Soziale Unterstützung ist ein wesentlicher Faktor in Lernprozessen. Vor allem »social bridges« (Ager/ Strang 2004), also soziale Beziehungen zu Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft, liefern wertvolle Unterstützung und können als Kulturvermittler dienen.

Wie schon aus den vorangegangenen Transkriptausschnitten deutlich wird, erfolgt die Unterstützung von kulturellen Lernprozessen eingebettet in die Arbeitsroutinen. PatientInnen, KollegInnen und Vorgesetzte werden – wenn die Umstände glücklich sind – zu LehrerInnen. Die brasilianische Pflegekraft stellt dies wie folgt dar:

»(...) 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).

Organisatorisch verankerte Unterstützungsleistungen werden von keiner der Interviewpartnerinnen nachgefragt. Wie im nachfolgenden Zitat zum Ausdruck kommt,

werden kulturelle Differenzen als Routine erachtet und im Zusammenhang damit auftauchende Probleme in Eigenregie bewältigt:

»Und so ah kulturelle Unterschiede, ich würde sagen, mit kulturellen Unterschiede bemühen uns fast, das nehmen wir als tagtäglich, (...) face-to-face besprichst du mit der Kollegin, wenn etwas hat nicht gepasst oder hast du nicht verstanden (...) oder hast du oder sie dich beleidigt, das besprech ma immer miteinander, so a große Seminar oder was auch immer mach ma davon nicht« (B9, S 111, Z 212–218).

Die Verantwortung für Integration und »Kultur lernen« wird von allen Interviewpartnerinnen bei sich selbst verortet, wie folgendes Zitat der weißrussischen Pflegehelferin exemplarisch illustriert:

»Und Entschuldigung, wann du kommst in fremde Lande, (...) da musst du zufrieden, was du hast, ja. (...) Und wenn es mir gefällt nicht da, bitte fahrst du nachhause [lacht]« (B5, S 58, Z 157–162).

In den Prozessen von Integration und »Kultur lernen« werden migrantische Pflegekräfte zum Teil durch KollegInnen (bei fünf Personen), Vorgesetzte und PatientInnen (im Fall von vier bzw. drei Personen) unterstützt.

Die Beziehung zu Kolleginnen hat dabei einen großen Stellenwert und führt auch zum Aufbau eines neuen Freundeskreises, wie die slowakische Diplomkrankenschwester argumentiert:

»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 kennen gelernt, in der Arbeit. Eigentlich meine Freunde stammen fast alle von Arbeitsstelle« (B9, S 112–113, Z 291–309).

7. Zusammenfassung der Ergebnisse – Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis

»Kultur lernen« im Sinn des Erwerbs von Kenntnissen über ein neues Arbeitsumfeld mit seinen spezifischen rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen, sowie das Erlernen einer neuen Arbeits- und Kooperationskultur und damit des Wesens von sozialen Beziehungen ist für migrantische Pflegekräfte ein anspruchsvoller Prozess. Unterstützung durch das neue Umfeld passiert zufällig, sporadisch und uneingefordert. Die in internationalen Studien (z. B. Alexis et al. 2007, Xu et al. 2008) geschilderten Schwierigkeiten der Degradierung und mangelnden Wertschätzung werden bestätigt. Diese Phänomene werden aber in den vorliegenden Schilderungen nicht beklagt, sondern als zu akzeptierende und tolerierte Tatsachen zur Kenntnis genommen. Die Anforderungen an die eigenen Anpassungsleistungen sind erheblich. Dieser hohe individuelle Anspruch an die eigene Lernleistung entlastet das Umfeld und die Organisation enorm – hier werden keine Ansprüche gestellt. Spricht eine

Führungskraft nur Wienerisch, muss man es eben lernen. Wird im Stationsalltag vorausgesetzt, dass die neue migrantische Pflegekraft alles schon vorher gelernt haben muss, wird keine Übergangszeit eingefordert.

Der in der Literatur angemeldete Zweifel (Raghuram 2007) an der Beidseitigkeit von Integration und »Kultur lernen« kann ebenfalls bestätigt werden. In den geschilderten Erfahrungen ist Integration von einseitigen Adaptions- und Lernprozessen geprägt. Diese Einseitigkeit wird von migrantischen Pflegepersonen als Selbstverständlichkeit betrachtet. Unterstützung beim Lernen wird dankbar aufgenommen, wenn sie passiert, aber nicht erwartet und noch weniger eingefordert. Lernen der anderen Seite wird nicht erwähnt und wohl nicht erwartet. Man könnte dies als eine Art »Demuthaltung« interpretieren, die eine selbstbewusste Darstellung der kulturspezifischen Ressourcen unmöglich macht. Auffällig ist insbesondere die auf der Ebene professionellen Handelns evidente Missachtung von Ressourcen, die migrantische Pflegekräfte mitbringen – alle Interviewpartnerinnen berichten von ihrer Arbeit in Österreich als Betätigungsfeld, bei dem sie ursprünglich Gelerntes nicht einsetzen dürfen.

Aus unseren Untersuchungsergebnissen lassen sich folgende Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis ableiten:

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 tatsächlich von Integration und kulturellem Lernen geprägt sind. 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 ihren kulturellen Lernprozessen unterstützen sollen. Dies insbesondere auch deshalb, weil Unterstützung von migrantischem Pflegepersonal bislang nicht eingefordert wird. 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 befähigt werden, eine offenere und ihrerseits »lernbereite« Haltung einzunehmen, sodass »Kultur lernen« nicht eine einseitige Anpassungsleistung der MigrantInnen bleibt und mitgebrachte Ressourcen auch genutzt werden können.

Eine erste Voraussetzung dafür besteht darin, in den Führungsebenen von Gesundheitsorganisationen die Herausforderungen einer interkulturellen Integration von MitarbeiterInnen anzunehmen, um so die notwendigen strukturellen Rahmenbedingungen für erfolgreiches gegenseitiges »Kultur lernen« zu schaffen.

Literatur

- Ager, Alastair/Strang, Alison (2004) *Indicators of Integration: Final Report*. Home Office, Research, Development and Statistics Directorate. London.
- 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, 2221–2228.
- Berry, John W. (1990) *Psychology of Acculturation*. In: Berman, John J. (ed.) *Cross-Cultural Perspectives*. Proceedings of the Nebraska Symposium on Motivation, 1989. Lincoln, 201–234.
- Berry, John W. (1997) *Lead Article. Immigration, Acculturation, and Adaptation*. In: Applied Psychology. An International Review, Nr. 1, 5–68.
- Berry, John W. (1999) *Intercultural Relations in Plural Societies*. In: Canadian Psychology, Nr. 1, 12–21.
- Berry, John W. (2001) *A Psychology of Immigration*. In: Journal of Social Issues, Nr. 3, 615–631.
- Berry, John W. (2005) *Acculturation: Living Successfully in two Cultures*. In: International Journal of Intercultural Relations, Nr. 6, 697–712.
- Bosswick, Wolfgang/Heckmann, Friedrich (2006) *Integration of Migrants: Contribution of Local and Regional Authorities*. Dublin.
- Bourhis, Richard Y. et al. (1997) *Towards an Interactive Acculturation Model: A Social Psychological Approach*. In: International Journal of Psychology, Nr. 6, 369–386.
- Buchan, James (2007) *Health Worker Migration in Europe: Assessing the Policy Options*. In: Eurohealth, Nr. 1, 6–8.
- Buchan, James (2008) *Policy Brief – How Can the Migration of Health Service Professionals be Managed so as to Reduce any Negative Effects on Supply?* Copenhagen.
- Castles, Stephen et al. (2002) *Integration: Mapping the Field*. Oxford.
- Clark, Paul F. et al. (2007) *Migration and Recruitment of Healthcare Professionals: Causes, Consequences and Policy Responses*. Policy Brief. In: Focus Migration, Nr. 7, 1–8.
- Cummins, Theresa (2009) *Migrant Nurses' Perceptions and Attitudes of Integration into the Perioperative Setting*. In: Journal of Advanced Nursing, Nr. 8, 1611–1616.
- Dubois, Carl-Ardy et al. (2008) *Analysing Trends, Opportunities and Challenges*. In: Dubois, Carl-Ardy et al. (eds.) *Human Resources for Health in Europe*. Maidenhead, 15–40.
- 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, 161–228.
- Habermann, Monika/Stage, Maya (2010) *Nurse Migration: a Challenge for the Profession and Health-care Systems*. In: Journal of Public Health, Nr. 1, 43–51.
- Karl-Trummer, Ursula/Krajic, Karl (2007) *Migrant Friendly Hospitals: Organisations Learn Sensitivity for Differences*. In: Björngren Cuadra, Carin/ Cattacin, Sandro (eds.) *Migration and Health. Difference Sensitivity from an Organisational Perspective*. Malmö, 42–61.
- Kawi, Jennifer/Xu, Yu (2009) *Facilitators and Barriers to Adjustment of International Nurses: An Integrative Review*. In: International Nursing Review, Nr. 2, 174–183.
- Lenhart, Maureen/Österle, August (2007) *Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven*. In: Österreichische Pflegezeitschrift, Nr. 12, 8–11.
- Mayring, Philipp (2000) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim.
- OECD Health Policy Studies (2008) *The Looming Crisis in the Health Workforce. How Can OECD Countries Respond?* OECD. Paris.
- Raghuram, Parvati (2007) *Interrogating the Language of Integration: The Case of Internationally Recruited Nurses*. In: Journal of Clinical Nursing, Nr. 12, 2246–2251.
- Timonen, Virpi/Doyle, Martha (2010) *Migrant Care Workers' Relationships with Care Recipients, Colleagues and Employers*. In: European Journal of Women's Studies, Nr. 1, 25–41.
- Tóth, Barbara (2006) *Soziales: Kräfte in Grauzonen. Barbara Tóth im Gespräch mit dem Migrationsforscher Michael Jandl über das heikle Thema »Migration und illegale Beschäftigung«, verfügbar unter: http://www.kontakt.erstegroup.net/report/stories/issue15_Kraefte+in+Grauzonen_interview+jandl_dt+en/de, 14. 7. 2010.*

- Volf, Patrik/ Bauböck, Rainer (2001) *Wege zur Integration. Was man gegen Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit tun kann.* Klagenfurt/ Celovec.
- Woodbridge, Margaret/ Bland, Marian (2010) *Supporting Indian Nurses Migrating to New Zealand: A Literature Review.* In: International Nursing Review, Nr. 1, 40–48.
- 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, 246–265.
- Xu, Yu et al. (2008) *Adaptation and Transformation through (Un)learning Lived Experiences of Immigrant Chinese Nurses in US Healthcare Environment.* In: Advances in Nursing Science, Nr. 2, E33–E47.
- Österreich Wiki im MIGHEALTHNET – Informationsnetzwerk Migration und Gesundheit (2010) *Wissenschaftliche Nachwuchsarbeiten zum Thema Migration und Gesundheit,* verfügbar unter: <http://mighealth.net/at/index.php/Nachwuchsarbeiten> , 21. 7. 2010.
- Wladasch, Katrin/ Liegl, Barbara (2009) *Kapitel 5. Good Practice Beispiele aus/ in Österreich.* In: Wladasch, Katrin/ Liegl, Barbara (Hrinnen) *Positive Maßnahmen – Ein Handbuch zur praxistauglichen Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung von strukturellen Diskriminierungen und zur Herstellung von mehr Chancengleichheit,* verfügbar unter: <http://bim.lbg.ac.at/files/sites/bim/Positive%20Massnahmen/kapitel5.html> , 21. 7. 2010.

Internetadressen

Bundesministerium für Gesundheit (2010) *Allgemeine Information betreffend Nostrifikation (Feststellung der Gleichwertigkeit),* verfügbar unter: http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/4/8/2/CH0941/CMS1203514236943/anererkennung_durch_nostrifikationen_-_allgemeine_information.pdf , 21. 7. 2010.

Kontakt:

ursula.karl-trummer@donau-uni.ac.at
uschi.trummer@univie.ac.at
sonja.novak-zezula@donau-uni.ac.at
sonja.novak-zezula@univie.ac.at
a_glatz@gmx.at
birgit.metzler@donau-uni.ac.at