



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Erfahrungen von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Pflegealltag. Ein Vergleich der Wahrnehmungen von polnischen und chinesischen Pflegepersonen in einem österreichischen Pflegeheim.“

Verfasserin

Barbara Ungrad

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula

Abstract

This paper gives an overview of the situation of migrant nurses in Austria. The migration of nurses is a worldwide phenomenon which is mainly caused by the fact that the nurses in developing countries either cannot find a nursing position in their home countries or do not get enough payment for such positions while at the same time there are nurse shortages in industrialized countries. The question addressed in the present paper is the cooperation of nurses in a multi-cultural team of nurses seen from the perspective of migrant nurses. This question was answered by splitting the paper into a theoretical and an empirical part. In the first part the questions of the migration of nurses with a focus on the migration of nurses to Austria as shown in the literature were addressed. In the empirical part, five nurses from Poland and five nurses from China working in a Viennese nursing home were interviewed. The results showed that working in multi-cultural teams as a migrant nurse has its difficulties, but can also be a rewarding experience. The interview partners reported being discriminated against, being taken advantage of, being excluded etc. due to their migration background but also due to language problems. However, they also told of positive experiences such as support from colleagues and employers, of being largely accepted by the patients and of being generally happy with their working situation. Most importantly, they told that no integrative measures were taken on the part of the administration. All in all, the findings showed that migrant nurses in multi-cultural teams experience certain problems – a situation that could definitely be improved if more integrative measures were taken on part of the administration.

Die Diplomarbeit gibt einen Einblick über die Situation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Österreich. Die Migration von Pflegekräften ist ein weltweites Phänomen, das vorwiegend dadurch verursacht wird, dass Pflegekräfte in Entwicklungsländern keine Stelle in ihrem eigenen Land finden können, nicht adäquat entlohnt werden, die Arbeitsbedingungen unzureichend sind, etc., während in den Industrieländern ein Mangel an Pflegekräften herrscht. Die Forschungsfrage, der im Zuge der Arbeit nachgegangen wird, ist: „Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit für Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in einem multikulturellen Pflege-

team?“ Diese Frage wurde zu beantworten versucht, indem die Arbeit in einen Literaturteil und einen empirischen Teil gegliedert wurde. Im Literaturteil wird zu Migration im Allgemeinen, sowie zur Migration von Pflegepersonal und im Speziellen zur Migration von Pflegepersonal nach Österreich Stellung genommen. Im empirischen Teil wurden fünf Pflegekräfte aus Polen und fünf aus China interviewt, die in einem Wiener Pflegeheim arbeiten. Die Ergebnisse der Erhebung zeigten, dass die Arbeit als Pflegekraft in multikulturellen Teams einige Probleme für die Betroffenen mit sich bringt, aber auch erfüllend sein kann. Es wurde von Diskriminierung, vom Ausnutzen ihrer Arbeitskraft, von Ausgrenzung etc. aufgrund ihres Migrationshintergrundes berichtet. Die Befragten gaben aber auch an, Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten zu erhalten, von den Patienten weitestgehend akzeptiert zu werden und mit ihrer Arbeitssituation alles in Allem zufrieden zu sein. Eine der wesentlichsten Aussagen war allerdings, dass seitens der Leitung keine integrativen Maßnahmen ergriffen wurden bzw. werden. Insgesamt zeigte die Erhebung somit, dass sich Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in multikulturellen Teams bestimmten Problemen gegenüber sehen, die mittels integrativer Maßnahmen definitiv verbessert werden könnten.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Hinleitung zur Thematik	1
1.2	Ziel und Forschungsfrage	3
1.3	Aufbau der Arbeit.....	4
2	Migration	7
2.1	Begriffseingrenzung	7
2.2	Zahlen, Daten, Fakten	8
2.3	Arten der Migration	9
2.4	Ursachen	11
2.5	Positive und negative Aspekte.....	13
2.6	Feminisierung der Migration	14
2.7	Sprache, Religion, Identität.....	15
3	Migration in der Pflege	17
3.1	Historischer Rückblick.....	17
3.2	Zur Situation im Gesundheitswesen in Industrie- und Entwicklungsländern	17
3.3	Push- und Pullfaktoren.....	20
3.4	Folgen.....	22
3.5	Zahlen – Daten – Fakten	23
3.6	Probleme aufgrund der Migrationshintergründe.....	25
3.7	Integrationsspezifische Maßnahmen	26
4	Österreich als Aufnahmeland migrantischen Pflegepersonals	30
4.1	Historischer Rückblick.....	30
4.2	Zahlen – Daten – Fakten	31
4.3	Rechtliche Situation in Österreich.....	37
4.4	Integrationsspezifische Maßnahmen	42

5	Zu den Herkunftsländern der Untersuchungsgruppe: Polen und China	47
5.1	Polen.....	47
5.1.1	Mentalität, Kultur, Werte	47
5.1.2	Wirtschaftliche Situation	48
5.1.3	Pflegeausbildung in Polen	49
5.2	China.....	51
5.2.1	Mentalität, Kultur, Werte	51
5.2.2	Pflegeausbildung in China.....	54
6	Empirie.....	57
6.1	Methodische Vorgehensweise	57
6.1.1	Zur Erhebungsmethode	57
6.1.2	Interviewleitfaden.....	57
6.1.3	Interviewpartnerinnen	58
6.1.4	Zum Forschungsprozess	59
6.2	Auswertung	60
6.2.1	Interviewperson 1	60
6.2.1.1	Vorphase	60
6.2.1.2	Ausbildung und Umsetzung.....	61
6.2.1.3	Menschen im Arbeitsumfeld	62
6.2.1.4	Privates/Zukunft.....	63
6.2.2	Interviewperson 2	64
6.2.2.1	Vorphase	64
6.2.2.2	Ausbildung und Umsetzung.....	66
6.2.2.3	Menschen im Arbeitsumfeld	67
6.2.2.4	Privates/Zukunft.....	68
6.2.3	Interviewperson 3	68
6.2.3.1	Vorphase	68
6.2.3.2	Ausbildung und Umsetzung.....	70
6.2.3.3	Menschen im Arbeitsumfeld	70
6.2.3.4	Privates/Zukunft.....	72
6.2.4	Interviewperson 4	73
6.2.4.1	Vorphase	73
6.2.4.2	Ausbildung und Umsetzung.....	74
6.2.4.3	Menschen im Arbeitsumfeld	74
6.2.4.4	Privates/Zukunft.....	75

6.2.5	Interviewperson 5	75
6.2.5.1	Vorphase.....	75
6.2.5.2	Ausbildung und Umsetzung	77
6.2.5.3	Menschen im Arbeitsumfeld	78
6.2.5.4	Privates/Zukunft	79
6.2.6	Interviewperson 6	79
6.2.6.1	Vorphase.....	79
6.2.6.2	Ausbildung und Umsetzung	81
6.2.6.3	Menschen im Arbeitsumfeld	82
6.2.6.4	Privates/Zukunft	83
6.2.7	Interviewperson 7	84
6.2.7.1	Vorphase.....	84
6.2.7.2	Ausbildung und Umsetzung	85
6.2.7.3	Menschen im Arbeitsumfeld	86
6.2.7.4	Privates/Zukunft	87
6.2.8	Interviewperson 8	87
6.2.8.1	Vorphase.....	87
6.2.8.2	Ausbildung und Umsetzung	88
6.2.8.3	Menschen im Arbeitsumfeld	89
6.2.8.4	Privates/Zukunft	91
6.2.9	Interviewperson 9	92
6.2.9.1	Vorphase.....	92
6.2.9.2	Ausbildung und Umsetzung	93
6.2.9.3	Menschen im Arbeitsumfeld	94
6.2.9.4	Privates/Zukunft	95
6.2.10	Interviewperson 10	95
6.2.10.1	Vorphase.....	95
6.2.10.2	Ausbildung und Umsetzung	96
6.2.10.3	Menschen im Arbeitsumfeld	97
6.2.10.4	Privates/Zukunft	98
6.3	Zusammenführung der Interviewergebnisse.....	99
6.3.1	Vorphase	99
6.3.2	Ausbildung und Umsetzung.....	102
6.3.3	Menschen im Arbeitsumfeld	103
6.3.4	Privates/Zukunft.....	104
6.4	Gestaltung der Zusammenarbeit in einem multikulturellen Pflorgeteam	106
7	Conclusio.....	108

8	Literaturverzeichnis	111
9	Anhang.....	121

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung des Ausländeranteils in Österreich seit 1961	34
Abbildung 2: Ausländische Staatsangehörige bzw. im Ausland geborene Österreicher zum Stichtag 1. 1. 2012.	35
Abbildung 3: Erwerbstätige 2011 nach Branche – Migrationshintergrund und Migrationsgeneration	36
Abbildung 4: Anteil überqualifizierter Beschäftigter nach Geschlecht und Migrationshintergrund.....	37
Abbildung 5:Österreicher/-innen: Ganz allgemein: Glauben Sie, dass die Integration von Migranten in Österreich...?	43
Abbildung 6: Zuwanderer: Fühlen Sie sich in Österreich heimisch bzw. zu Hause?.....	44
Abbildung 7: Zuwanderer: Haben Sie das Gefühl, dass sie in Österreich benachteiligt werden, weil sie Zuwanderer sind?	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wichtige Push- und Pull-Faktoren für die Migration und die internationale Anwerbung von Gesundheitspersonal 22	22
Tabelle 2: Entwicklung der Anzahl an Pflegekräften per 100.000 Einwohner von 1980 bis 2006 (Auszug)	24
Tabelle 3: Personalstand für nicht-ärztliches Personal in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980.....	31
Tabelle 4: Zusammensetzung der ausländischen Pflegekräfte nach der Staatsbürgerschaft (Auszug).....	32
Tabelle 5: Anerkennungen von polnischen Qualifikationsnachweisen in der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich.....	40
Tabelle 6: Anträge auf Nostrifikation von chinesischen Staatsbürgern im Amt der Wiener Landesregierung.....	41
Tabelle 7: Demografische Daten der Interviewpartnerinnen	59

1 Einleitung

1.1 Hinleitung zur Thematik

Pflegepersonen mit Migrationshintergrund waren und sind in österreichischen Pflegeheimen ein großes Thema. Altenpflege zählt in Österreich zu den Berufsfeldern, in denen der Anteil an Arbeitnehmern¹ aus dem Ausland im Allgemeinen eher hoch ist. Es ist auch nicht absehbar, dass sich dies in näherer Zukunft ändern wird. Entwicklungen, wie die Öffnung des Ostens, die Erweiterung der Europäischen Union und die generelle Globalisierung sind Gründe dafür, dass das Thema „Migration in der Pflege“ in Österreich wie auch in anderen Industrieländern hochaktuell ist.

Ausländische Pflegekräfte haben in Österreich Tradition. Bereits in den 1960er Jahren kam eine Vielzahl von Pflegepersonen aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Österreich, 1974 wurden 700 philippinische Pflegepersonen angeworben (vgl. Lenhart/Österle, 2007, 8) und in den 1990er Jahren wurden von der Gemeinde Wien chinesische Pflegepersonen unter Vertrag genommen, welche in Gruppen nach Wien kamen und mit zweijährigen Verträgen in Wiener Pflegeheimen angestellt wurden. Dies war und ist v.a. deshalb nötig, weil der Krankenpflegebedarf in Österreich für österreichische Arbeitnehmer, im speziellen im Langzeitpflegebereich, wenig Anreiz bietet und somit viele Stellen unbesetzt bleiben.

Die Entlohnung ist im Hinblick auf die zu erbringenden Leistungen im Allgemeinen eher niedrig und die Arbeitszeiten sind durch den Bedarf an Nachtdiensten, sowie Sonn- und Feiertagsdiensten nicht familienfreundlich. Außerdem genießt die Berufsgruppe auch kein besonders hohes gesellschaftliches Ansehen. Für Pflegekräfte aus anderen Ländern mit weit niedrigerem BIP (Bruttoinlandprodukt) pro Einwohner und niedrigerem Lebensstandard ist die Arbeit in österreichischen Pflegeheimen hingegen weit erstrebenswerter.

¹ Im Dienste der besseren Lesbarkeit wird auf das Binnen-I und weitere Möglichkeiten der genderneutralen Schreibweise verzichtet. Gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.

Da die Pflegeausbildung von EU-Ländern in Österreich mittlerweile anerkannt ist und nicht mehr nostrifiziert werden muss, ist der Zugang zu Jobs in österreichischen Pflegeheimen für ausländische Pflegepersonen stark erleichtert. Der Anteil an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in österreichischen Pflegeheimen ist dementsprechend beträchtlich und ohne den Einsatz von ausländischen Pflegekräften könnte der aktuelle Pflegebedarf der alten Menschen im stationären Bereich nicht gedeckt werden. Laut Lenhart (2010, 145) haben 10,5% der Pflegepersonen in österreichischen Alten- und Pflegeheimen und etwa 8,2% in Krankenanstalten ihre Pflegeausbildung im Ausland absolviert.

Einer der Gründe für den erhöhten Pflegepersonalbedarf ist darin zu finden, dass der Anteil der über 85-Jährigen immer stärker zunimmt (vgl. Eurostat newsrelease, 2008). Darüber hinaus wird unter anderem durch das Anheben des Pensionsalters die Möglichkeit für Familienangehörige, pflegebedürftige Personen selbst zu pflegen, immer geringer (vgl. Jenull-Schiefer/Janig, 2004, 394). Somit hängt das Wohlergehen von immer mehr Menschen in Österreich (sowohl Pflegenden als auch Patienten) in immer höherem Maß von ausländischem Pflegepersonal ab. Diese Pflegepersonen haben einen unterschiedlichen kulturellen Hintergrund, d. h. in der Regel sind Pflegeteams in Österreich multikulturell. Dass es hier zu Problemen und Reibungspunkten kommen kann, liegt auf der Hand.

Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Mitglieder in multikulturellen Teams steigt die Gefahr von Missverständnissen und Fehlinterpretationen. Menschen, die in derselben Kultur aufgewachsen sind, haben zumindest eine Vielzahl an ähnlichen Umwelteinflüssen erlebt. Natürlich verarbeitet jede Person die entsprechenden Eindrücke anders, ist aber dennoch stark durch sein kulturelles Umfeld geprägt. Viele Riten, Interaktionsmuster, Werte, Denkweisen, Routinen und Strategien werden uns durch dieses kulturelle Umfeld mitgegeben. Diese Prägungen sind uns vielfach nicht bewusst. Sie erscheinen uns in der Regel als grundlegend und unbestreitbar „richtig“. Die Unterschiede zwischen Menschen unterschiedlicher Kulturen existieren somit oft in Bereichen, in denen die Kommunizierenden sich nicht bewusst sind, dass es dort überhaupt Unterschiede geben kann. Es liegt auf der Hand, dass sich aus diesen Tatsachen die Schwierigkeit ergeben kann, dass in einem multikulturellen Team eine gut funktionierende Zusammenarbeit in der

Pflege nur schwer zu erreichen ist, wenn es für grundlegende Konzepte wie „Gesundheit“, „Pflege“ oder im Hinblick auf „Alter“, „Schmerz“, „Moral“ oder auch bezüglich der Rollenaufteilung der Geschlechter ganz unterschiedliche Auffassungen und Strategien gibt. Zu diesen Problemen der interkulturellen Kommunikation kommen dann noch Aspekte wie Vorurteile, Fremdenfeindlichkeit und Unterschiede in der Ausbildung. Aus dieser Problematik ergeben sich das Ziel und die Problemstellung der Arbeit.

1.2 Ziel und Forschungsfrage

Ziel der Arbeit ist es, einen Überblick über die Migrationsbewegung in der Pflege zu geben und aufzuzeigen, wie sich die konkrete Situation für Österreich darstellt. Im Konkreten wird die Kooperation von Pflegepersonen mit polnischem bzw. chinesischem Migrationshintergrund in einem österreichischem Pflegeheim aus subjektiver Sicht der Betroffenen untersucht, um Hinweise und Ansatzpunkte herauszuarbeiten, wo Potenzial besteht, die Zusammenarbeit oder die Verwirklichung von Pflegezielen zu verbessern. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

„Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit für Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in einem multikulturellen Pflorgeteam?“

Die Arbeit untersucht und vergleicht ausschließlich die Wahrnehmungen von polnischen und chinesischen Pflegepersonen. Es wurden bewusst diese zwei sehr unterschiedlichen Gruppen von Migranten gewählt. Durch die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe ergeben sich möglicherweise Hinweise darauf, welche kulturbedingten Aspekte Einflussfaktoren hinsichtlich der Probleme in der Zusammenarbeit sein könnten.

Polen haben einen kulturellen Hintergrund, welcher der österreichischen Kultur eher ähnlich ist. Sie gelten als redselig und sprechen die Dinge sehr direkt an. Die dominante Religion ist das römisch-katholische Christentum. Man verwendet arabische Schriftzeichen und Polen ist wie Österreich ein EU-Land. Polen und Österreich haben gemeinsame Nachbarländer und polnische Pflegepersonen sind auch

durch äußerliche Merkmale wie Gesichtszüge oder Haut- und Haarfarbe nicht sofort von österreichischen Pflegepersonen zu unterscheiden.

Im Gegensatz dazu kommen chinesischen Pflegepersonen aus einem geographisch und kulturell weit entfernten asiatischen Land. Die Kommunikationskultur ist eine grundlegend andere. Kritik, Meinungen und Wünsche werden nur indirekt ausgesprochen. China ist überwiegend atheistisch, und die Religionen, die praktiziert werden, entsprechen nicht der abendländischen Natur von Religionen. Sie beruhen auf philosophischen Vorgaben und haben keine übergeordneten Organisationen. Chinesische Pflegepersonen sind im Allgemeinen sofort von österreichischen Pflegepersonen zu unterscheiden und um in Österreich arbeiten zu können, müssen sie nicht nur eine völlig neue Sprache sondern auch eine gänzlich andere Schrift erlernen.

Durch die Beschränkung auf diese zwei Nationalitäten lassen sich möglicherweise innerhalb einer Gruppe allgemein vorhandene Probleme und Einflüsse feststellen, aber auch Unterschiede zwischen den Gruppierungen erkennen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit wird sich in einen Literatur- und einen empirischen Teil gliedern. Im Literaturteil erfolgt nach der Einleitung in Kapitel 1, in Kapitel 2 eine allgemeine Beschreibung zur Migration. Zunächst wird eine Begriffseingrenzung vorgenommen. Im zweiten Abschnitt werden Zahlen und Fakten zu Migrationsbewegungen im Allgemeinen dargelegt. Im dritten Abschnitt des zweiten Kapitels wird auf die Arten von Migration näher eingegangen. Abschnitt 4 beleuchtet die Ursachen von Migrationsbewegungen. Danach erfolgt im fünften Abschnitt eine Beschreibung der positiven und der negativen Aspekte von Migrationsbewegungen. Abschnitt 6 widmet sich der Feminisierung von Migration. Der siebte Abschnitt beschäftigt sich mit Sprache, Religion und Identität.

Das dritte Kapitel ist der Migrationsbewegung in der Pflege gewidmet. Zunächst erfolgt im ersten Abschnitt ein historischer Rückblick. Im zweiten Abschnitt wird die Situation im Gesundheitswesen in Industrie- und Entwicklungsländern beschrie-

ben, wobei v. a. auf die Tatsache näher eingegangen wird, dass in beiden Bereichen eine Knappheit an Pflegepersonal herrscht. Im dritten Abschnitt erfolgt eine Beschreibung der Push- und Pullfaktoren, die teilweise ähnlich jenen in Kapitel 2 sind (2.4), die sich aber dennoch für den Pflegeberuf in manchen Punkten von jenen in Abschnitt 2.4 angegebenen unterscheiden. Im vierten Abschnitt des dritten Kapitels wird auf die Folgen der Migration von Pflegepersonal näher eingegangen. Abschnitt 5 gibt einen Überblick über die wesentlichsten Zahlen, Daten und Fakten zur Migration von Pflegekräften. Im sechsten Abschnitt wird auf die Probleme, denen sich Pflegekräfte mit Migrationshintergründen im Zielland konfrontiert sehen, näher eingegangen. Dies ist v. a. im Hinblick auf die Erhebung ein wesentlicher Abschnitt. Dasselbe gilt für Abschnitt 3.7, in dem integrationsspezifische Maßnahmen diskutiert werden.

Kapitel 4 ist Österreich als Aufnahmeland von migrantischem Pflegepersonal gewidmet. Der erste Abschnitt bietet einen kurzen historischen Rückblick. Im zweiten Abschnitt werden Zahlen, Daten und Fakten zu Österreich als Aufnahmeland migrantischen Pflegepersonals dargelegt. Im dritten Abschnitt wird die rechtliche Situation von ausländischen in der Pflege Arbeitenden in Österreich näher beleuchtet. Der vierte Abschnitt widmet sich integrationsspezifischen Daten, die vom GfK-Institut erhoben und von der Statistik Austria aufbereitet wurden.

In Kapitel 5 werden die beiden Herkunftsländer, aus denen die Untersuchungsgruppen der empirischen Erhebung aus Kapitel 6 stammen, näher beschrieben (Polen und China). Die wesentlichsten Parameter, auf die in Abschnitt 5.1 und 5.2 eingegangen wird, sind Mentalität, Wertesystem, wirtschaftliche Situation und Pflegeausbildung in beiden Ländern.

Kapitel 6 stellt den empirischen Teil der Arbeit dar. Im diesem Kapitel soll mittels Interviewbefragung von fünf polnischen und fünf chinesischen Pflegepersonen ein Einblick in die Situation multikultureller Pflegeteams gegeben werden. Befragt wurden ausschließlich Pflegepersonen, die in den 90er Jahren nach Österreich gekommen sind. Von Interesse waren die Motive, die die Betroffenen nach Österreich gebracht haben, welche Vorinformationen sie von diesem Land hatten, inwieweit sie sowohl sprachlich als auch fachlich auf ihre Tätigkeit hier vorbereitet

waren, welche Erwartungen sie an die Tätigkeit als Krankenschwestern in Österreich hatten, inwieweit sie das in ihrer Heimat Gelernte umsetzen konnten bzw. welche Unterschiede sich in der Pflege und der Betreuung von alten Menschen bzw. Patienten im Vergleich zu ihrer Heimat in Österreich gezeigt haben, wie sie den Arbeitsbeginn erlebten, wie sie in ihrem Arbeitsumfeld mit Kollegen, Vorgesetzten und Patienten v. a. im Hinblick auf ihren Migrationshintergrund zurecht kommen, ob am Arbeitsplatz integrationsspezifische Maßnahmen durchgeführt wurden bzw. werden und schließlich wie ihr privates Umfeld aussieht (Aufenthaltort der Familie, Freundeskreis etc.). Abschließend wurden auch der Grund für den Verbleib in Österreich und die Zukunftspläne der Betroffenen erfragt.

Zunächst wird im ersten Abschnitt von Kapitel 6 angegeben, wie methodisch vorgegangen wurde. Der zweite Abschnitt befasst sich mit der Auswertung der Interviews. Die Ergebnisse der Auswertung werden in Abschnitt 3 vor dem Hintergrund der im Literaturteil gemachten Aussagen, aber auch unter Bezugnahme auf eigenen Erfahrungen interpretiert. Im vierten Abschnitt erfolgt die Beantwortung der Forschungsfrage. Die Arbeit schließt mit Schlussbetrachtungen und einem Ausblick in Kapitel 7.

2 Migration

„Migration ist so alt wie die Menschheit“ (Pries, 2010, 5).

Das vorliegende Kapitel soll aufzeigen, was unter Migration verstanden wird, welche Dimensionen Migrationsbewegungen weltweit bereits angenommen haben, welche Arten der Migration es gibt, warum Menschen ihr Heimatland verlassen, welche Auswirkungen Migration hat, inwieweit und warum Frauen in den letzten Jahrzehnten zu Teilnehmern im Migrationsprozess werden und welche Rolle Sprache, Religion und Identität in diesem Prozess spielen.

2.1 Begriffseingrenzung

Migration wird in den Sozialwissenschaften als „dauerhafte Ortsveränderung definiert, die mit einer Grenzüberschreitung verbunden sein kann und mit einem Wechsel des sozialen und kulturellen Bezugssystems einhergeht“ (Reinprecht/Weiss, 2012, 15).

Die International Organisation for Migration definiert Migration als „movement of a person or a group of persons from one geographical unit to another across an administrative or political border, wishing to settle definitely or temporarily in a place other than their place of origin“ (International Organisation of Migration, 2003, 8).

Bei der Migration von Arbeitskräften werden von der ILO (International Labour Organization) drei Hauptkategorien unterschieden:

- „dauerhafte Migration, meist betreffend hoch qualifizierten ArbeitnehmerInnen, Familienzusammenführung oder Ansiedlung von Flüchtlingen;
- temporäre Migration zur Arbeitsaufnahme; im deutschen Sprachraum auch unter dem Begriff Gastarbeiter bekannt;

- befristete Migration im Rahmen kurzfristiger Arbeitsverträge, z. B. SaisonarbeiterInnen oder Auszubildende und Studierende“ (ILO, 2004, zitiert nach Wiskow, 2007, 109).

Dass sich die Pflegekräfte, die für die Untersuchung in Kapitel 6 interviewt wurden, nicht wirklich in eine der drei Kategorien einordnen lassen, wird die Auswertung in Abschnitt 6.2 noch zeigen.

2.2 Zahlen, Daten, Fakten

Kingma führt an, dass sich die Anzahl der internationalen Migranten seit dem Jahr 1970 verdoppelt habe, wobei die Frauen fast die Hälfte der rund 200 Millionen weltweiten Migranten ausmachen² (vgl. Kingma, 2007, 1281f). Zu diesen Zahlen hält Hungerbühler fest, dass dies der Bevölkerung des fünftgrößten Landes der Welt, Brasilien, entspreche. Insgesamt machen Migranten so heute 3% der Weltbevölkerung aus (vgl. Hungerbühler, 2007, 15). Zu den Herkunftsländern ist festzuhalten, dass der größte Anteil an Migranten aus China kommt (35 Millionen Migranten), gefolgt von Indien mit 20 Millionen und den Philippinen mit 7 Millionen (vgl. Hungerbühler, 2007, 16). Insgesamt ist die Anzahl internationaler Migranten weiterhin im Steigen begriffen (vgl. Kingma, 2007, 1281).

In Europa sind die typischen Zuwanderländer für so genannte Gastarbeiter die Bundesrepublik Deutschland, Österreich, die Niederlande, Belgien und die Schweiz (vgl. Aufhauser, 2000, 105). In Bezug auf China ist festzuhalten, dass die geplante Rückkehr von Hongkong zur Volksrepublik China im Verlauf der 80er Jahre eine Migrationswelle der Hongkong-Chinesen ausgelöst hat (vgl. Aufhauser, 2000, 118). Darüber hinaus führte auch die so genannte Asienkrise, die dem dynamischen Wirtschaftswachstum in Südost- und Ostasien ein plötzliches Ende setzte, in den Jahren 1997 und 1998 zur Arbeitsmigration, da als eine der Strategien, um die Auswirkungen der ökonomischen Krise zu dämpfen, das Entsenden der Arbeitskräfte ins Ausland war (vgl. Husa/Wohlschlägl, 2000, 247). Auch in

² Vergleiche dazu im Konkreten Abschnitt 2.6

Polen³ führten politische und strukturelle Veränderungen, die auch Öffnung der Grenzen mit sich trugen, zu einem Ansteigen der Migration. Die Polen, die ein überaus freiheitsliebendes Volk sind (vgl. dazu Abschnitt 5.1.1) nutzten die Chance, ihre neu gewonnene Freiheit auszukosten und strömten in den Westen (vgl. Münz, 2000, 177). Fassmann hält fest, dass zwei Drittel der 780.000 Migranten in Westeuropa, die aus Mittel- und Osteuropa kommen, in Deutschland leben und 8,2% in Österreich. Die Hälfte der 780.000 Mittel- und Osteuropäer stamme aus Polen (vgl. Fassmann, 2000, 195).

2.3 Arten der Migration

Im klassischen Verständnis der Migration wird Migration als auf Dauer beabsichtigter des Wohnortwechsel verstanden (vgl. Fassmann, 2003, 429). „Wer wandert, verlässt eben ‚für immer‘ den Wohnort, lässt sich ‚für immer‘ im Zielort nieder, schaut nicht zurück, sondern ‚vorwärts‘ und wird danach trachten, über kurz oder lang zu einem perfekt angepassten Teil der Gesellschaft zu werden – so lautet zumindest die traditionelle Meinung“ (Fassmann, 2003, 430). In der Regel bauen Menschen, die am Zielort sesshaft werden, in den neuen sozialen Räumen teilweise neue Identitäten auf, erhalten aber häufig weiterhin starke Verbindungen zu Herkunftsland aufrecht (vgl. Hödl et al., 2000, 16).

Aufgrund der Tatsache allerdings, dass technische Errungenschaften das Reisen leichter und schneller machen, kommt es in den letzten Jahrzehnten immer häufiger zur Migrationsform der transnationalen Mobilität. D. h. Migranten bleiben nicht im Zielland, „sondern sie kommen als ‚TouristInnen‘, die eine kurzfristige Arbeit annehmen, als temporäre ZeitwanderInnen, als PendlerInnen oder als Arbeitskräfte, die so lange bleiben, bis ein spezifischer Konsumwunsch finanzierbar ist“ (Fassmann, 2003, 435). Somit, so Fassmann, werde ein neuer Typus von Migration bzw. von Mobilität, praktiziert. Es handle sich dabei nicht mehr um eine Wanderbewegung in eine Richtung (von einem Ort zum anderen), sondern um Pendelwanderungen über nationale Grenzen hinweg. Dabei werde eine Form der doppelten Identität aufgebaut. Auch die Übergänge zu zirkulären Wanderungsfor-

³ Heimatland der zweiten Untersuchungsgruppe der in Kapitel 6 dargestellten Untersuchung

men einerseits und einer endgültigen Aus- bzw. Einwanderung andererseits seien fließend. Bei der Form der transnationalen Mobilität komme es nicht mehr zu einem eindeutigen Verlassen des Herkunftslands und zu einem definitiven Niederlassen in einem Aufnahmeland, sondern es handle sich dabei um eine Lebensform, die dazwischen liege. „Transnationale Mobilität geht einher mit einer realen Existenz in zwei Gesellschaften, mit dem Aufbau eines grenzüberschreitenden Aktionsraumes und einer damit verknüpften Hybridität der kulturellen Identifikation. Das bedeutet: Man blickt in zwei Welten und ist sowohl da als auch dort ‚zu Hause‘. Man identifiziert sich sowohl mit der Kultur und der Gesellschaft der Herkunft als auch der Zielregion“ (Fassmann, 2003, 435). D. h. der ursprüngliche Lebensmittelpunkt wird nicht aufgegeben, sondern es werden zwei alternative Lebensmittelpunkte aufrechterhalten. Dies ist nur möglich aufgrund der „schrumpfenden Distanzen“ mittels der bereits zuvor erwähnten technologischen Errungenschaften. Auch Telefon und Internet tragen zu dieser Mobilitätsform bei, denn sie ermöglichen das Aufrechterhalten des Kontaktes mit der Heimat ohne physische Präsenz (vgl. Fassmann, 2003, 436).

Transnationale Mobilität erfordert auch häufig ein ethnisches Netz im Zuwanderungsland, wodurch Informationen vermittelt, Ressourcen bereitgestellt und soziale Sicherheit gegeben werden kann. Darüber hinaus wird auch ethnische Identität durch derartige Netzwerke vermittelt. Im Fall von arbeitenden Migranten (was bei transnationaler Migration nahezu immer der Fall ist) ist eine weitere Voraussetzung die Verwertbarkeit ihrer Qualifikationen am Zielort. Gleichzeitig müssen die Wohnstätte im Herkunftsland und die familiären und sozialen Strukturen über die Distanz hinweg aufrechterhalten werden können. Nur dann ist transnationale Mobilität möglich (vgl. Fassmann, 2003, 437f). Dass diese Form der Migration gerade auf die Untersuchungsgruppe der polnischen Pflegepersonen zutrifft, wird die Auswertung in Abschnitt 6.2 noch zeigen.

Schließlich ist noch jene Form der Migration zu erwähnen, bei der Betroffene (meist Arbeitnehmer) für einen bestimmten Zeitraum ihr Heimatland verlassen, um im Ausland einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, allerdings mit dem Ziel, wieder in das Heimatland zurückzukehren. D. h. es handelt sich hier um eine befristete Migrationsform. In diesem Zusammenhang nennt Bach befristete Migrations-

formen, „which occur when countries such as China and Cuba send health personnel abroad to earn foreign exchange [...]“ (Bach, 2003, 3). Um diese Form der Migration handelt es sich bei der zweiten Untersuchungsgruppe, den chinesischen Pflegekräften. Dass diese in vielen Fällen in ihr Heimatland schlussendlich doch nicht zurückkehren, wird sich in der Auswertung in Abschnitt 6.2 ebenfalls zeigen.

2.4 Ursachen

Heute werden besonders zur makroökonomischen Erklärung von Migrationsentscheidungen so genannte Push- und Pullansätze herangezogen. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, dass Migration auf Anziehungsfaktoren (Pullfaktoren) und Abstoßungsfaktoren (Pushfaktoren) von Herkunfts- und Zielregionen beruhen. Bei den Pushfaktoren kann es sich um soziale, wirtschaftliche, ökologische, strukturelle, politische demografische oder religiöse Bedingungen handeln, so z. B. Armut, Verfolgung oder schlechte Bildungsmöglichkeiten. Die Pullfaktoren sind jene Faktoren, die sich für den Migrierenden im Zielland besser darstellen (vgl. Han, 2000, 14; vgl. dazu auch Grubmüller, 2012, 28).

Wie der vorliegende Abschnitt zeigen wird, haben Menschen die unterschiedlichsten Motive für ihre Entscheidung zu migrieren (vgl. Buchan, 2008, VIII). Auch Reinprecht und Weiss halten fest, dass die Ursachen für Migration überaus komplex seien. „Erklärungsansätze für Wanderungsprozesse beziehen sich auf die makrostrukturelle Ebene, etwa auf wirtschaftliche und soziale Strukturen, auf institutionelle Rahmenbedingungen und historische Kontexte, aber auch auf die Mikroebene individueller Migrationsentscheidungen“ (Reinprecht/Weiss, 2012, 13).

Eine der Hauptursachen, die in der Literatur für Migration genannt werden, sind ökonomische Vorteile. „Menschen wandern, weil sie arm sind, weil sie keinen Job, kein Einkommen und keine Perspektiven haben [...]. Die Suche nach Löhnen ist das wichtigste Motiv für MigrantInnen, ihre Heimat zu verlassen“ (Parnreiter, 2000, 25)⁴. Wie die Geschichte zeigt, sind grenzüberschreitende Arbeitsmigrationen

⁴ Parnreiter hält in diesem Zusammenhang allerdings fest, dass diese Motive in der Literatur häufig angeführt werden, jedoch nicht als ausreichende Erklärungen für Migration herangezogen wer-

(aber auch Binnenwanderungen) kausal und eng mit wirtschaftlichen Strukturveränderungen verbunden. So wäre z. B. die Industrialisierung im 18. und 19. Jahrhundert ohne billige Arbeitskräfte aus meist ruralen Gebieten kaum möglich gewesen und auch der Wirtschaftsaufschwung in Westeuropa nach dem Zweiten Weltkrieg hätte ohne Arbeiter aus Ex-Jugoslawien, der Türkei sowie anderen ehemals kolonialen Gebieten in Europa nicht funktioniert (vgl. Hödl et al., 2000, 13f).

D. h. oft sind es Lohndifferenziale und Arbeitsmarktsituationen in Herkunftsländern, die die Menschen dazu motivieren, zu migrieren. In diesem Zusammenhang hält auch Mayr fest, dass es aus ökonomischer Sicht nicht erstaunlich sei, dass Arbeitsmigration eine Reaktion auf Einkommensunterschiede zwischen Ländern sei, was zu einer Umverteilung von Einkommen sowohl in Sender- als auch in Empfängerländern führe (vgl. Mayr, 2012, 109). Neben Einkommensunterschieden kann aber auch die Arbeitsmarktsituation in Herkunftsländern genannt werden. Wie in Abschnitt 3.2 und 3.3 noch zu zeigen sein wird, gibt es für bestimmte Berufsgruppen im Herkunftsland oft kaum Arbeitsplätze, und das obwohl dort sowohl Bedarf als auch ausreichend ausgebildetes Personal vorhanden wäre (vgl. Kingma, 2007, 1287). Erwerbstätigkeit kann somit zu einem Motor für Migration werden (vgl. Statistik Austria, 2012, 11). Darüber hinaus kann es auch im Zuge von politischen Umbrüchen zu Migrationswellen kommen. So führten z. B. der Fall des Eisernen Vorhangs und die Kriege am Balkan zu einem Anstieg an Kriegsflüchtlingen, Asylbewerbern und der Arbeitsmigration insgesamt (vgl. Fassmann, 2012, 65).

Zu den bisher genannten Ursachen von Migration hält Atac fest, dass Migration allerdings nicht nur durch Marktkräfte hervorgerufen und durch bürokratische Techniken steuerbar sei. Des Weiteren würde sie nicht nur „allein auf dem Handeln individueller rationaler AkteurInnen“ basieren, sondern müsse „auch als sozialer Prozess mit den entsprechenden Dynamiken verstanden werden“. Dementsprechend sei Migration nicht „steuerbar wie ein Wasserhahn“ (Atac, 2012, 267).

den könnten (vgl. Parnreiter, 2000, 25). Dies wird sich auch im vorliegenden Abschnitt bestätigen.

Auch Zeugin/van Dok (2007, 73ff) geben zu bedenken, dass die Realität komplexer sei, als Migrationsbewegungen auf eine einfache Kosten-Nutzen-Rechnung herunter zu brechen, in der die veranschlagten Kosten der Wanderung im Verhältnis zu den erwarteten finanziellen und sonstigen Gewinnen gesetzt werden. Dies wird sich auch in der Auswertung der Ergebnisse der empirischen Untersuchung in Abschnitt 6.2 zeigen, wo auch eine Vielzahl anderer Motive von den Befragten genannt wurde.

2.5 Positive und negative Aspekte

Migration kann sowohl positive als auch negative Effekte für die betroffenen Länder haben. Einer der Hauptnachteile ist jener, dass die Herkunftsländer v. a. im Fall des Verlustes von qualifiziertem Personal häufig bestimmte Dienstleistungen nicht mehr in ausreichendem Maße garantieren können (vgl. Pittman et al., 2007, 1275). Das Phänomen des Abwanderns von qualifiziertem Personal wird in der Literatur als Brain Drain bezeichnet. Es handelt sich dabei im Konkreten um die „meist von wirtschaftlichen Interessen gesteuerte und gestaltete Abwanderung qualifizierter oder hochqualifizierter Arbeitskräfte in die Wirtschaftszentren des Nordens“ (Zeugin/van Dok, 2007, 72). Häufig findet sich für die abgewanderten Fachpersonen im Herkunftsland keine entsprechende Arbeit. Meist wird dadurch ein Teufelskreis begonnen, denn durch die Abwanderung der qualifizierten Arbeitskräfte sinkt die Attraktivität des Herkunftslandes sowie seine wirtschaftliche und gesellschaftliche Situation, was häufig zu weiteren Abwanderungen führt (vgl. Zeugin/van Dok, 2007, 72). Dies, so Zeugin und van Dok, würde ein „programmiertes Ausbluten“ für manche Herkunftsländer bedeuten (Zeugin/van Dok, 2007, 82; vgl. dazu auch Wiskow, 2007, 116).

Allerdings gibt es auch positive Folgen der Arbeitsmigration. Zum einen kann es zum sogenannten Brain Gain kommen, was bedeutet, „dass ausgewanderte qualifizierte Arbeitskräfte unter günstigen Voraussetzungen für einen Rücktransfers ihres Know Hows ins Herkunftsland genützt werden können und sollen“ (Zeugin/van Dok, 2007, 73), d. h. das im Heimatland angeeignete Know How kann sich dank des Brain Gain weiterentwickeln und trägt anschließend in nun erweiterten

Umfang zum Wachstum des Ursprungslandes bei (vgl. Zeugin/van Dok, 2007, 73). Voraussetzung dafür ist allerdings die Rückkehr der Betroffenen in ihr Heimatland, d. h. es muss gelingen, die temporären Migranten an ihr Herkunftsland zu binden, so z. B. mittels Förderung von Entwicklungsbedingungen oder erleichterten Reisebedingungen oder durch die Zusammenarbeit von Regierungen (vgl. Zeugin/van Dok, 2007, 75). Genau das war in den 90er Jahren von den chinesischen und österreichischen Behörden angestrebt worden. Dass dies nicht immer zum gewünschten Erfolg geführt hat, zeigen die Auswertungen in Abschnitt 6.2.

Ein weiterer positiver Effekt von Arbeitsmigration ist jener der sogenannten *remittances*. Es handelt sich dabei um Geld, das Migranten an ihre Familien in die Herkunftsländer schicken. Öfters ist es auch so, dass diese remittances die Herkunftsländer dazu motivieren, den „Export“ ihrer Staatsbürger zu initiieren, zu erhalten oder sogar zu erhöhen. Im Jahr 2005 betragen die offiziellen remittances mehr als das Doppelte der gesamten internationalen Hilfsgelder (232 Milliarden US-Dollar) (vgl. Kingma, 2007, 1291). So können Migranten einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung ihres Herkunftslandes und zur Verminderung von Armut leisten. Darüber hinaus wird durch diese willkommene Einkommensquelle der Verlust durch das Abwandern qualifizierter Arbeitskräfte abgefedert (vgl. Gupta et al., 2007, 1; vgl. dazu auch Wiskow, 2007, 118). Dem hält Grobmüller entgegen, dass dies nicht wirklich der Realität entspreche, da Menschen die ihr Heimatland verlassen häufig vieles auf sich nehmen müssten, um überhaupt Geld an ihre Familien übermitteln zu können. Sie nennt als Nachteile die Strapazen einer Migration und das Annehmen von meist unterbezahlten Arbeitsplätzen mit misslichen Bedingungen. Darüber hinaus würden viele selbst unter finanziellen Einschränkungen leben, um die hohen Lebenshaltungskosten in den Zielländern mit ihren niedrigen Löhnen bestreiten zu können (vgl. Grobmüller, 2012, 219).

2.6 Feminisierung der Migration

Während vor einigen Jahrzehnten noch mehrheitlich männliche Migranten zu konstatieren waren (die typischen Gastarbeiter waren männlich), wird in letzter Zeit immer häufiger von einer Feminisierung der Migration gesprochen. Diese

hängt vorwiegend mit einer wachsenden Nachfrage nach weiblichen Arbeitskräften zusammen (vgl. Parnreiter, 2000, 42). In diesem Sinne sagen auch Habermann und Stagge: „Migration today has a female face. Women are on the move, seeking opportunities for themselves and their families“ (Habermann/Stagge, 2010, 45). Parnreiter hält ebenfalls fest, dass Frauen vom Zwang der Familie, über Migrationen zusätzliches Geldeinkommen zu lukrieren, stärker betroffen seien als Männer (vgl. Parnreiter, 2000, 48). Im Jahr 2005 waren mit einem Anteil von 48,6% nahezu die Hälfte der migrierenden Menschen weltweit Frauen (vgl. IOM, 2005, 384). Insgesamt ist die Rate der Frauen am gesamten globalen Migrationssanteil steigend (vgl. Aufhauser, 2000, 105).

2.7 Sprache, Religion, Identität

Wesentlich im Zusammenhang mit Sprache ist, dass Sprache „nie nur ‚unschuldiges‘ Kommunikationsmittel [ist], das dazu dient, über Schallwellen oder schriftliche Zeichen Informationen zu übermitteln“ (de Cillia, 2012, 186). Sprache, so de Cillia, sei vielmehr auch ein Mittel, um Macht auszuüben bzw. auszudrücken. Der Sprache kommt auch eine zentrale Rolle bei unserer Identitätskonstruktion zu (vgl. de Cillia, 2012, 204). Ähnlich verhält es sich mit Religion, dazu hält Potz fest dass religiöse Überzeugung in der Regel die Identität der handelnden Personen fundamental betreffen, d. h. Religion ist auch stark identitätsbildend (vgl. Potz, 2012, 303f). Gerade bei Polen, die ja eine der beiden Untersuchungsgruppen in Kapitel 6 darstellen, ist der römisch-katholische Glaube für viele stark alltagsprägend und richtungsweisend (vgl. dazu Abschnitt 5.1.1). So wird auch in den sprachlichen Konstruktionen von Nationen und nationalen Identitäten die nationale Einzigartigkeit der Angehörigen einer Nation betont. Gleichzeitig werden mit dieser Vorstellung von nationaler Singularität und Homogenität Differenzen zu Angehörigen anderer Nationen postuliert (vgl. de Cillia, 2012, 201). So werden auch häufig Abgrenzungen gegenüber anderen Nationalitäten über die Sprache vorgenommen (vgl. de Cillia, 2012, 204). In diesem Zusammenhang wird abermals auf die Ergebnisse der empirischen Erhebung verwiesen, wo Sprache ebenfalls zum Ausgrenzungsinstrument für die betroffenen Interviewpartnerinnen wurde. Darüber

hinaus hält de Cillia fest, dass Sprache auch ein zentrales Identitätssymbol von Individuen und Gruppen sei (vgl. de Cillia, 2012, 201).

3 Migration in der Pflege

Lenhart und Österle halten fest, dass das Thema der internationalen Migration im Pflegeberuf seit einigen Jahren verstärkte Aufmerksamkeit in gesundheits- und pflegepolitischen Debatten finde (vgl. Lenhart/Österle, 2007, 8). In diesem Sinne sagt auch Buchan, dass die Migration von Gesundheitsfachkräften Ende der 1990er Jahre auf der globalen Gesundheitsagenda an Bedeutung gewonnen habe (vgl. Buchan, 2008, V). Allerdings sei die Dokumentation zu Migration auf internationaler Ebene relativ wenig vereinheitlicht, wodurch es schwierig sei, den Umfang allgemeiner Migrationsbewegungen zwischen Staaten, so auch die internationale Migration von Gesundheitsfachkräften, zu vergleichen (vgl. Buchan, 2008, II). Wie das vorliegende Kapitel zeigt, folgt die Migration von Pflegepersonal im Großen und Ganzen der Logik und den Regeln „associated with a liberalization of markets and the global circulation of goods and services“ (Habermann/Stagge, 2010, 43).

3.1 Historischer Rückblick

Die Migration von Pflegepersonal hat eine lange Tradition. Als Beispiel kann hier Florence Nightingale genannt werden, die einen Teil ihrer Tätigkeit auch in Deutschland absolviert hat. Mit der Entwicklung moderner medizinischer Dienstleistungen nahm die Migration von medizinischem Personal zu. So wurden z. B. Pflegekräfte und Ärzte, die in den Kolonien gearbeitet hatten, von den großen Industriezentren angezogen und folgten Arbeitsplatzangeboten in Regionen, wo die Kapazitäten zur Ausbildung von medizinischem Personal noch nicht entwickelt waren (z. B. den arabischen Ländern). So haben Überschüsse bzw. Mängel an Pflegepersonen in vielen Ländern in der Vergangenheit immer wieder zu Migrationsbewegungen geführt (vgl. Habermann/Stagge, 2010, 43).

3.2 Zur Situation im Gesundheitswesen in Industrie- und Entwicklungsländern

In den meisten Ländern handelt es sich beim Gesundheitswesen um einen wichtigen Beschäftigungssektor mit steigender Bedarf an Arbeitskräften. Aufgesplittet

nach Entwicklungsstufe betrug der Anteil der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen an der Gesamtbeschäftigung im Jahr 2000 rund 10% in entwickelten Ländern, in Transitionsländern lag dieser Prozentsatz bei 6% und in Entwicklungsländern bei 4% (vgl. ILO, 2002; angeführt in Wiskow, 2007, 105). Wesentlich in diesem Zusammenhang ist, dass das Gesundheitspersonal v. a. aus Frauen besteht, wobei hier die Feminisierung des Gesundheitssektors in den verschiedenen Ländern unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Darüber hinaus ist diese über die Berufsgruppen hinweg auch ungleich verteilt. Die Ärzteschaft ist vorwiegend männlich dominiert, der Frauenanteil in den Pflegeberufen beträgt bis zu 90% (vgl. WHO, 2006, 12; vgl. dazu auch Wiskow, 2007, 105).

Betrachtet man nun die Situation der Industrieländer im Vergleich zu jener der Entwicklungsländer, so zeigen sich hier erhebliche Unterschiede. Was in beiden Ländergruppen allerdings zu konstatieren ist, ist ein erheblicher Mangel an Pflegepersonal (vgl. Clark et al., 2006, 38). Weltweit fehlen rund 4 Millionen Arbeitskräfte für eine Basisversorgung im Gesundheitssektor (vgl. WHO, 2006, 15), da ein ständig steigender Bedarf an Gesundheitsdiensten auf ein mangelndes Angebot an Fachkräften trifft, wodurch viele Länder vor das Problem einer adäquaten Versorgung der Bevölkerung gestellt werden (vgl. Clark et al., 2006, 38).

Da die Weltbevölkerung von derzeit rund 6 Milliarden auf 9 Milliarden Menschen bis zum Jahr 2050 anwachsen wird, wird aufgrund der ebenfalls ansteigenden höheren Lebenserwartung die Situation entstehen, dass die Generation 60+ von derzeit 600 Millionen auf 2 Milliarden ansteigen wird, womit sich ihr Anteil an der Bevölkerung von 10% auf 21% verdoppeln wird (vgl. UN, 2007; angeführt in Wiskow, 2007, 106). Die Nachfrage an Gesundheitspersonal wird somit deshalb steigen, weil es einen steigenden Pflege- und Versorgungsbedarf der alternden Bevölkerung mit zunehmend chronischen Leiden geben wird. Allein in den USA werden bis zum Jahr 2020 schätzungsweise 800.000 Pflegefachkräfte fehlen (vgl. Clark et al., 2006, 38). Neben der Überalterung der Bevölkerung führen Buchan und Sochalski als Grund für die prognostizierte Personalknappheit an, dass auch immer weniger junge Menschen gewillt sind eine Ausbildung in einem Pflegeberuf zu machen (vgl. Buchan/Sochalski, 2004, 587).

Besonders die armen Länder werden in Zukunft von dieser Personalknappheit betroffen sein (vgl. Karl-Trummer, 2010, 111). Die Tatsache, dass gerade Entwicklungsländer von Knappheiten im Gesundheitspersonal betroffen sind, wird in der Literatur mehrfach erwähnt. So sagt Bach: „Health professional migration has proved controversial because the scope for many of the world’s poorest countries to remedy their inadequate health system is severely hampered by an acute shortage of health workers“ (Bach, 2010, 251). Auch Kingma führt aus, dass Entwicklungsländer die UN Millennium Entwicklungsziele kaum erreichen könnten da sie eklatante Mängel bei ihrem Gesundheitspersonal haben und daher sehr eingeschränkt beim Erfüllen selbst von grundlegenden Gesundheitsanforderungen sind (vgl. Kingma, 2007, 1282). D. h. die Knappheit an Gesundheitspersonal in Industrieländern (siehe dazu weiter unten) „will deplete the supply of qualified nurses in less developed countries, thus crippling their health care systems“ (Aiken et al., 2004, 69).

Aiken et al. streichen auch die Tatsache heraus, dass diese Entwicklung zu einem Zeitpunkt stattfindet, zu dem die HIV-Bekämpfung so weit vorangeschritten ist, dass HIV-Kranke weltweit behandelt werden könnten, was aber in den am stärksten betroffenen Ländern gerade aufgrund des Mangels an Gesundheitspersonal nicht möglich ist (vgl. Aiken et al., 2004, 69). Laut Bach, werden die Industrieländer beschuldigt, „of sucking in labour from some of the poorest countries in the world, countries that can ill afford to lose health sector staff“ (Bach, 2003, 1). Bach sieht dieses „aggressive recruitment of overseas workers“ als Symptom der Regierungen der entwickelnden Ländern „of a failure to address underlying recruitment and retention difficulties, and of problems with workforce planning in industrialized health-care systems“ (Bach, 2003, 1). Ähnlich halten auch Aiken et al. fest: „Developed countries’ growing dependence of foreign-trained nurses is largely a symptom of failed policies and underinvestment in nursing“ (Aiken et al., 2004, 76).

In diesem Zusammenhang schlagen Clark et al. vor, dass in entwickelten Ländern Personalmängel im Gesundheitswesen auch damit korrigiert werden könnten, dass größere Anreize am Arbeitsmarkt für diese Beschäftigungsgruppe geboten werden (vgl. Clark et al., 2006, 58). Es sei allerdings einfacher für Industrieländer

auf „the quick fix of international recruitment“ zurückgreifen, „exploiting the existence of factors that push nurses to leave by exerting the pull of better salaries and conditions of employment“ (Buchan/Sochalski, 2004, 591). Die Länder, die am stärksten von Personalmangel im Gesundheitswesen betroffen sind, sind Australien, Kanada, Frankreich, Deutschland, Irland, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten (vgl. Kline, 2003, 107).

Ein Land, das ebenfalls unter einem Mangel von Gesundheitspersonal leidet, ist China. In China beträgt das Patienten-Pflegepersonal-Verhältnis 1:1000, im Vergleich dazu stehen in den Vereinigten Staaten 10 Pflegekräfte für 1000 Patienten zur Verfügung. Paradoxe Weise, und dies ist nicht nur in China der Fall, sondern auch in vielen anderen Entwicklungsländern, können Pflegekräfte häufig keine Anstellung finden oder laufen Gefahr, ihren Job zu verlieren. Viele Pflegekräfte haben sogar Schwierigkeiten, nach Beendigung ihrer Ausbildung eine Anstellung mit einem Gehalt von weniger als 3000 Dollar pro Jahr zu finden. Häufig verlieren auch Pflegekräfte, die älter als 50 Jahre sind, ihren Job an jüngere Mitbewerber am Arbeitsmarkt, obwohl sie über weitaus größere praktische Erfahrung verfügen (vgl. Fang, 2007, 1419ff).

Auch Simoens et al. berichten über das Altersproblem der Pflegekräfte, allerdings aus einer anderen Perspektive. Sie prognostizieren, dass es in den nächsten 20 Jahren zu einer Überalterung des Pflegepersonals in westlichen Industrieländern kommen wird (vgl. Simoens et al., 2005, 20ff). Auch Kingma führt an, dass es in Entwicklungsländern häufig hochqualifizierte Pflegekräfte gibt, die ohne Anstellung sind, dennoch gibt es in diesen Ländern einen Mangel an Gesundheitskräften im Gesundheitssystem (vgl. Kingma, 2007, 1287).

3.3 Push- und Pullfaktoren

Wie Migration allgemein, so ist auch die Migration von Pflegekräften eine relativ komplexe Angelegenheit und es ist in der Forschung bisher noch nicht geglückt, eine Theorie aufzustellen, die das Phänomen vollständig erklären könnte (vgl. Kingma, 2007, 1287f). In der Regel resultiert die Migration von Pflegekräften aus

dem „Zusammenspiel von ökonomischen, sozialen, kulturellen, politischen und rechtlichen Gegebenheiten“ (Lenhart, 2007, 30). Insgesamt lassen sich als Push- und Pullfaktoren für die Migration von Pflegekräften ähnliche Faktoren wie für die Migration Allgemein ausmachen. Viele Pflegekräfte verlassen ihr Land, weil sie sich in ihrem eigenen Land beruflich nicht mehr weiterentwickeln können, weil sie keinen ihren Qualifikationen entsprechenden Posten in ihrem Land erhalten können, weil sie eine höhere Bezahlung suchen, weil sie unter besseren Arbeitsbedingungen arbeiten wollen oder weil sie sich einen besseren Lebensstandard wünschen. Im medizinischen Beruf kommt auch noch häufig die Frage nach der persönlichen Sicherheit im Job dazu. Gerade in afrikanischen Ländern, in denen die HIV-Raten und der Prozentsatz an anderen ansteckenden Krankheiten sehr hoch ist, sind Pflegekräfte besonderen Gefahren ausgesetzt (im Jahr 1999 lag die HIV-Rate in Simbabwe bei 26% der Gesamtbevölkerung) (vgl. Kline, 2003, 108).

In sicherheitsspezifischer Hinsicht führen Clark et al. des Weiteren an, dass es in vielen Entwicklungsländern auch Gefahren aufgrund von Gewalt am Arbeitsplatz bzw. Bullying gibt (vgl. Clark et al., 2006, 40).

Eine weitere Ursache für die Migration von Pflegekräfte kann in der Zusammenarbeit von Regierungen einzelner Staaten gesehen werden, die mit Übereinkünften zwischen dem Herkunfts- und dem Zielland die Migration von Pflegepersonal unterstützen: „Officials in donor and recipient nations often collaborate in their efforts to procure nurses for export and ensure workplace readiness“ (Brush, 2008, 22). Auch Buchan erwähnt, dass durch die Politik oft Migration gefördert wird, „um entweder ein Überangebot an bestimmten Kategorien von Gesundheitsfachkräften zu verringern oder einem Teil der Erwerbsbevölkerung zu ermöglichen, vor einer späteren Rückkehr zusätzliche Fertigkeiten oder Qualifikationen zu erwerben“ (Buchan, 2008, 17). Diese Politik sei insbesondere in Indien und auf den Philippinen verfolgt worden, es habe aber auch ein bilaterales Abkommen zwischen Spanien und dem Vereinigten Königreich gegeben. Darüber hinaus habe auch ein Abkommen auf Provinzebene zwischen Rumänien und Italien über die Arbeitsmigration von Pflegekräften bestanden (vgl. Buchan, 2008, 17). Wie die Auswertung in Abschnitt 6.2 zeigen wird, hat es in den 90er Jahren ein derartiges Abkommen auch zwischen China und Österreich gegeben.

Weitere Faktoren, die Wiskow nennt, sind gesellschaftliche Entwicklungen sowie die unsichere wirtschaftliche bzw. politische Situation eines Landes (vgl. Wiskow, 2007, 113). Einen Überblick über die Push- und Pullfaktoren gibt Buchan in dem 2008 veröffentlichten Grundsatzpapier *Wie kann die Migration von Gesundheitsfachkräften gesteuert werden, um negative Auswirkungen auf das Angebot zu verhindern?*:

Push-Faktoren	Pull-Faktoren
Niedrige Vergütung (absolut und/oder relativ)	Möglichkeiten, zurückgebliebenen Angehörigen Geld zu überweisen
Schlechte Arbeitsbedingungen	Bessere Arbeitsbedingungen
Fehlende Ressourcen für effektive Arbeit	Besser ausgestattete Gesundheitssysteme
Begrenzte Aufstiegschancen	Aufstiegschancen
Begrenzte Bildungsmöglichkeiten	Bildungsmöglichkeiten über die Grundschule hinaus
Folgen von HIV/Aids	Politische Stabilität
Instabile/gefährliche Arbeitsumgebung	Reisemöglichkeiten
Wirtschaftliche Instabilität	Möglichkeiten zur Mitarbeit bei Hilfsorganisationen

Tabelle 1: Wichtige Push- und Pull-Faktoren für die Migration und die internationale Anwerbung von Gesundheitspersonal (Quelle: Buchan, 2008, 14).

Insgesamt können diese Faktoren als Spiegelbild der Herkunfts- und Zielländer hinsichtlich Aufstiegschancen, Vergütung, Arbeitsbedingungen und Arbeitsumfeld gesehen werden, denn in jenen Punkten, in denen der (empfundene) Unterschied groß ist, macht sich in der Regel die Sogwirkung des Ziellandes bemerkbar (vgl. Buchan, 2008, 13).

3.4 Folgen

Eine der negativsten Konsequenzen für die Herkunftsländer aufgrund der Migration von Pflegepersonal ist, wie in Abschnitt 3.2 bereits angesprochen, das Abwandern von Pflegepersonal aus Ländern, deren Gesundheitssektor ohnehin große Mängel in Bezug auf Pflegefachkräfte aufweist. Ein weiterer Nachteil ist der bereits im Zusammenhang mit allgemeiner Migration erwähnte Brain Drain. Pflegeperso-

nal ist in der Regel hochqualifiziert und durch die Migration dieser Personengruppen kommt es zur Abwanderung eines Teiles der Intelligenz aus dem Land (Zeugin/van Dok, 2007, 72ff). Erschwerend kommt hinzu, dass im Fall von Personalknappheiten im eigenen Land das Abwandern von Pflegepersonal die Situation des im Herkunftsland verbleibenden Personals erschwert. Auf den Schultern der verbliebenen Mitarbeiter liegt dann die gesamte Arbeitslast, was in der Regel zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen führt (Kingma, 2007, 1286).

Auf der positiven Seite ist zu vermerken, dass jene Länder, die einen Personal­mangel haben (Zielländer), ihren Personal­mangel mit migriertem Pflegepersonal ausgleichen können. Außerdem können die Aufstiegschancen und der Lebens­standard der Migrierten verbessert werden (vgl. Buchan, 2008, 5). Darüber hinaus erweitern die Migranten auch in der Regel ihren Horizont, gewinnen wertvolle kul­turelle sowie berufliche Erfahrungen und können ihr Fachwissen⁵ in der Regel erweitern. Bei der Rückkehr in ihr Heimatland – falls diese stattfindet – können sie so zu einer wertvollen Wissensbereicherung werden (vgl. Habermann/Stagge, 2010, 49). Schließlich sind die bereits in Abschnitt 2.5 erwähnten Remittances zu nennen, die in der Regel ebenfalls dem Herkunftsland zugute kommen (vgl. Clark et al., 2006, 50).

3.5 Zahlen – Daten – Fakten

Die wenig vereinheitlichte Dokumentation zur Migration macht einen internationalen Vergleich der Migrationsbewegungen schwierig (vgl. Buchan 2008, 2). Clark et al. weist jedoch die Philippinen als wesentlichstes Herkunftsland für migrierende Pflegekräfte aus. Diese wählen meist Irland, Saudi Arabien oder das Verreinigte Königreich als Zielland. Als weitere wesentliche Herkunftsländer werden China, Kuba, Indien so wie einige afrikanische Länder genannt. Zu den afrikanischen Herkunftsländern zählen vorwiegend Nigeria, Ghana, Sambia und Kenia (vgl. Clark et al., 2006, 46).

⁵ Dass dies nicht immer zutrifft, werden die die Ausführungen in Abschnitt 6.2 zeigen.

Für Europa kann festgehalten werden, dass sich mit der Ostöffnung Anfang der 90er Jahre und der Erweiterung der Europäischen Union neue Pflegekräfte aus diesem Raum etabliert haben. V. a. Tschechien, die Slowakei und Polen zählen zu den häufigsten Herkunftsländern (vgl. Lenhart/Österle, 2007, 9f).

Hinsichtlich des Bedarfes an Gesundheitspersonal ist festzuhalten, dass, wie bereits festgestellt, von einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung ausgegangen werden kann. Laut Eurostat wird im Vergleich zum Jahr 2008 der Anteil der Bevölkerung, die 65 Jahre oder älter sind, von 17,1% auf 30% im Jahr 2060 steigen. Im selben Zeitraum wird von einem Wachstum für die Generation 80+ von 4,4% auf 12,1% ausgegangen. Dadurch ergibt sich auch ein zunehmender Bedarf an Pflege- und Gesundheitsleistungen (vgl. Eurostat newsrelease 2008).

Die folgende Tabelle soll einen Überblick über die Entwicklung der Anzahl an Pflegekräften per 100.000 Einwohnern von 1980 bis 2006 in ausgewählten Ländern bieten, wobei hier das Hauptaugenmerk auf Österreich und Polen liegt (die Tabelle enthält leider keine Zahlen für China)

Anzahl der Pflegekräfte per 100.000 Einwohner											
	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Österreich	295,6	361,3	409,4	519,3	583,1	593,9	592,9	601,4	606,4	613,3	628,4
Polen	-	460,6	526,7	548,4	490,7	482,6	486,2	474,6	464,9	-	-
Slowakei	632,7	675,7	732,4	708	747,7	733	713	679,7	663,8	631,6	-
Tschechische Republik	731,2	814	868,6	891,9	919,8	949,5	971,1	973,9	853,2	851,6	859,6

Tabelle 2: Entwicklung der Anzahl an Pflegekräften per 100.000 Einwohner von 1980 bis 2006 (Auszug) (Quelle: WHO, angeführt in Lenhart, 2010, 172).

Wie die Tabelle zeigt, hat sich in Österreich das Patienten-Pflegekraft-Verhältnis zwischen 1980 und 2006 mehr als verdoppelt. In Polen hat sich das Verhältnis zwischen 1985 und 1995 ebenfalls gebessert, ist dann aber im Jahr 2004 nahezu

auf seinen Wert von 1985 abgefallen. Dasselbe kann für die Slowakei festgehalten werden, wobei die Verschlechterung des Pflegepersonal-Patienten-Verhältnisses dort erst um 2002/2003 aufgetreten ist. Auch die Tschechische Republik zeigt ein ähnliches Bild, wobei hier der Rückgang nach 2002/2003 nicht ganz so dramatisch war, wie dies in Polen und der Slowakei der Fall war.

Nach Buchan variieren die Anteile der im Ausland geborenen Pflegekräfte und Ärzte relativ stark innerhalb der europäischen OECD-Länder. Finnland z. B. weist nur einen 0,8%-Anteil an im Ausland geborenen Pflegekräften auf, während es in Irland, Österreich und Großbritannien zwischen 14% und 15% sind (vgl. Buchan, 2008, 10). In den USA sind in einigen Teilen sogar 60% bis 70% des Pflegepersonals aus dem Ausland (vgl. Habermann/Stagge, 2010, 45).

3.6 Probleme aufgrund der Migrationshintergründe

Aus mehreren Studien geht hervor, dass die Eingliederung von migrantischen Pflegekräften meist mit Problemen und Belastungen für die Betroffenen verbunden ist. Eine Metastudie von insgesamt 29 Studien nennt Sprach- und Kommunikationsprobleme, mangelnde Unterstützung seitens der Kollegen und Vorgesetzten, ungenügende Orientierung vor und/oder nach der Ankunft, Unterschiede in Pflegepraktiken und Ungleichbehandlung (vgl. Kawi/Xu, 2009, 180). Timonen und Doyle führten 40 qualitative Interviews in Irland mit migrantischen Pflegekräften durch. Ein wesentliches Ergebnis dieser Studie war, dass v. a. dunkelhäutige Befragte Diskriminierungen seitens der Kollegen und der Vorgesetzten erfahren (vgl. Timonen/Doyle, 2010, 38). Eine weitere Studie, durchgeführt von Obrey et al. (2007) hat gezeigt, dass dunkelhäutige Pflegekräfte aus Afrika, den karibischen Inseln und Asien über Diskriminierungserlebnisse berichten, über Probleme in der Arbeit mit Kollegen und über Dequalifizierung (vgl. Obrey et al., 2007, 2226). Schließlich sei noch die Migrant Nurses Study erwähnt, die in Kooperation mit der Universität Wien im Jahr 2009 auf Basis von 43 biografischen Interviews zu Migrations- und Integrationserfahrungen durchgeführt wurde. Die Befragten erlebten häufig Dequalifizierungen, d. h. sie mussten Tätigkeiten verrichten, die weit unter ihrem Ausbildungsstand lagen (vgl. Karl-Trummer, 2010, 116) und berichteten von

Diskriminierung, wobei dies insbesondere das dunkelhäutige Pflegepersonal betraf (vgl. Karl-Trummer, 2010, 117).

Gerade die sprachlichen Probleme der Pflegekräfte sollten ernst genommen werden, da es sich, wie Friebe festhält, „bei der Pflege um eine ‚personenbezogene Dienstleistungs- und Unterstützungsbeziehung‘ handelt“ (Friebe, 2006, 18). In der Pflege ist es wichtig, sprachlich der jeweiligen Situation gewachsen zu sein, „um gemeinsame Handlungen mit den jeweiligen Akteuren zu vereinbaren und durchzuführen“ (Friebe, 2006, 18). Auch sind kommunikative und sprachliche Fähigkeiten notwendig, um die Interaktionen bestimmten Kriterien oder Standards entsprechend erfüllen zu können. Dazu gehören nicht nur die berufliche fachliche Kompetenz, sondern wie erwähnt auch gewisse kommunikative und sprachliche Fähigkeiten (vgl. Friebe, 2006, 18). Insofern weist Friebe darauf hin, dass sich mangelnde Sprachkenntnisse auf die Qualität der Pflege durchaus auswirken können, v. a. auch aufgrund der Tatsache, dass Mängel im Sprachverständnis eine Quelle für Missverständnisse sein können (vgl. Friebe, 2006, 19).

Zum Thema der Belastung durch Diskriminierung aufgrund der Hautfarbe halten Habermann und Stagge unter Bezugnahme auf Studien des Royal College of Nursing (2002, 2005) fest, dass ausländisches Pflegepersonal, welches auf den ersten Blick nicht als aus einem anderen Land stammend erkannt wird, weniger Probleme im Pflegealltag erfährt als jenes, das aufgrund der Hautfarbe oder sonstiger Äußerlichkeiten sofort als Pflegepersonal mit Migrationshintergrund erkannt wird. Häufig würde es so zu institutionellem Rassismus gegenüber den Betroffenen kommen (vgl. Habermann/Stagge, 2010, 47). Inwieweit diese Erfahrungen auch von den Befragten in Kapitel 6 gemacht wurden, wird die Auswertung in Abschnitt 6.2 noch zeigen.

3.7 Integrationsspezifische Maßnahmen

Im Zusammenhang mit Interkulturalität halten Habermann und Stagge fest, dass man sich besonders in Tätigkeitsbereichen im Gesundheitswesen die Frage stellen muss, „what constitutes a negative outcome with regard to multicultural teams

and how it does come about“ (Habermann/Stagge, 2010, 49). Habermann und Stagge fragen hier weiters, ob es möglicherweise aufgrund von Sprachschwierigkeiten zu Problemen kommen könnte, ob Sprachprobleme dazu führen könnten, dass kleine private Unterhaltungen zwischen Kollegen nicht stattfinden können, ob fehlende Strategien zur Überwindung von kulturellen Barrieren die Ursache sein könnten, dass Teammitglieder aufeinander losgehen bzw. aufeinander herumhacken etc. Gerade in Pflorgeteams, so die Autoren, könne multikulturelle Diversität bis zu einem gewissen Grad auch hinderlich sein, wenn keine Maßnahmen seitens des Managements gegen Probleme ergriffen würden. Es scheint als gebe es Grenzen für die kulturelle Unterschiedlichkeit in Pflorgeteams im Hinblick auf deren Produktivität. Einige der Teammitglieder sollten den örtlich vorherrschenden kulturellen Hintergrund haben um Neuankömmlinge zu integrieren (vgl. Habermann/Stagge, 2010, 49).

Dabei, so Friebe, könnte der Migrationshintergrund der ausländischen Mitglieder eines Pflorgeteams im positiven Sinne genutzt werden, da diese Teammitglieder über das Wissen zu anderen Kulturen und zu anderen gesellschaftlichen Verhältnissen, zu anderen Wertvorstellungen, politischen Situationen, Normen und Religionen verfügen. Darüber hinaus seien sie mehrsprachig und würden über Strategien verfügen, sich in einer fremden Sprache auszudrücken, selbst wenn die rein sprachlichen Kenntnisse nicht reichen. Sie hätten Migrationserfahrung und würden sowohl Gefühle des Vertrauens als auch der Fremdheit kennen, sie hatten bereits lernen müssen, sich in neuen Situationen zurechtzufinden etc. All dieses Wissen könnten derartige Mitglieder eines Pflorgeteams an Neuankömmlinge weitergeben, allerdings würden diese Erfahrungen noch nicht bedeuten, „dass Pflegende mit Migrationshintergrund schon ‚automatisch‘ interkulturell kompetent handeln“ (Friebe, 2006, 51f). Ihr Migrationshintergrund allein würde noch nicht vor Vorurteilen, vor Überheblichkeit, vor Stereotypen oder Intoleranz schützen. Es sei die Reflexion der eigenen Erfahrungen, Gefühle und Vorstellungen dazu nötig, um auf Grundlage von diesem Wissen Empathie für Neuankömmlinge im Team zu entwickeln (vgl. Friebe, 2006, 52). D. h. genau hier müsste von der Managementseite her im Hinblick auf interkulturelle Maßnahmen innerhalb des Pflorgeteams angesetzt werden.

Friebe hält auch fest, dass dort, wo Programme der Personal- und Organisationsentwicklung gleichzeitig initiiert seien, der Transfer von interkulturellem Lernen besonders gut gelingen würde. Man könne in Pflegeeinrichtungen eigene Projekte starten, im Zuge derer ein „systematischer Prozess der interkulturellen Öffnung“ eingeleitet werde (Friebe, 2006, 54). Dabei würden das Leitbild der Organisation, die Abläufe und Methoden, die Personalstruktur, das Wissen und die Haltung der Mitarbeiterinnen und die Vernetzung weiterentwickelt. Wichtig sei, dass die Ressourcen von Pflegekräften mit Migrationshintergrund bei diesen Maßnahmen ausreichend genutzt würden. V. a. könnte festgestellt werden, wie die Betroffenen selbst die sprachlichen Defizite beurteilen. In diesem Zusammenhang hält Friebe fest, dass Defizite im Sprachbereich allerdings nicht nur darauf zurückgeführt werden könnten, dass die hier lebenden Migranten sich zu wenig um Sprachverbesserung bemüht hätten, „denn Organisationen tragen Verantwortung für die Qualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ (Friebe, 2006, 54). D. h. auch von der Pflegeeinrichtung selbst bzw. der Magistratsabteilung müssten hier im Fall von Wiener Pflegeheimen die entsprechenden Maßnahmen getroffen werden.

Abschließend hält Friebe fest, dass mangelnde interkulturelle Orientierung sowohl seitens der Mitarbeiter als auch der Organisation in letzter Konsequenz zum Ausschluss der Zugewanderten führen würde. Friebes Lösungsansatz ist, „vorherrschende Defizitorientierung gegenüber Pflegenden mit Migrationshintergrund durch differenzierte Haltungen im Sinne des ‚Managements of Diversity‘ mit Anerkennung der Unterschiede zu ersetzen“ (Friebe, 2006, 54f).

Im Zusammenhang mit der Eingliederung von migrantischen Pflegekräften in ein multikulturelles Team fordert Karl-Trummer, dass sowohl einheimische als auch migrantische Pflegekräfte und Patienten gefordert seien, Schritte zur erfolgreichen Integration zu setzen (vgl. Karl-Trummer, 2010, 109). Dass dies häufig aber nur Wunschdenken und Illusion ist, zeigt die bereits in Abschnitt 3.6 beschriebene Migrant Nurses Study, die 2009 durchgeführt wurde (Interviews mit 43 Pflegekräften). Eines der Ergebnisse der Studie war, dass Integration von migrantischen Pflegekräften in die österreichische Arbeitswelt nur „aufgrund großer persönlicher Anstrengungen der ArbeitsmigrantInnen, die mit einem hohen Ausmaß an Selbstverantwortung und Selbstanspruch die Verantwortung zur Integration wahrneh-

men“ (Karl-Trummer, 2009, 118) gelingt. Unterstützung, so die Ergebnisse der Studie, würde nur zufällig durch Einzelpersonen, die oft selbst Migrationshintergrund aufweisen, erfolgen. Die Gesundheitsorganisationen selbst würden im Hinblick auf den Integrationsprozess ihre Verantwortung nur sehr beschränkt wahrnehmen. „Über strukturell verankerte Integrationsangebote bzw. Unterstützung im Integrationsprozess berichtet niemand in der Stichprobe“ (Karl-Trummer, 2009, 119).

Schließlich sei noch eine Studie von Adams und Kennedy (2006) angeführt, auf die Habermann und Stagge Bezug nehmen. Diese Studie ergab, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Schnitt zehn Jahre brauchen, um sich vollkommen an ihr neues Arbeitsumfeld zu gewöhnen. Habermann und Stagge meinen daher, dass Arbeitgeber, die Pflegepersonal mit Migrationshintergrund anstellen, daher gefordert seien, diesen Adaptionsprozess über die Jahre hinweg zu begleiten und Programme zur Verfügung zu stellen, die nicht nur die ersten Kontakte des ausländischen Pflegepersonals mit der neuen Arbeitsumgebung begleiten, sondern die diesen Anpassungsprozess auf lange Sicht hin begleiten und unterstützen (vgl. Habermann/Stagge, 2010, 47f).

4 Österreich als Aufnahmeland migrantischen Pflegepersonals

4.1 Historischer Rückblick

Als Einwanderungsland blickt Österreich auf eine lange Tradition zurück. Es haben nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges mehrere Zuwanderungswellen nach Österreich stattgefunden. Jährlich kamen ab den 1960er Jahren bis zum Jahr 1974 (Anwerberstopp) zwischen 20.000 und 40.000 migrantische Arbeitskräfte als Gastarbeiter nach Österreich. Durch den Anwerberstopp blieb die Zahl bis zum Ende der 1980er Jahre relativ konstant. Dann führten aber die politischen Veränderungen in Osteuropa (Fall des Eisernen Vorhangs, Kriege im ehemaligen Jugoslawien) zu einer verstärkten Zuwanderung von rund 70.000⁶ Personen pro Jahr. Durch die Quotenregelung im Jahr 1993 senkte sich diese Zahl wieder auf 20.000. Seit 2001 sind neuerdings Zuwanderungsraten von 30.000 bis 50.000 Migranten zu verzeichnen. Auffallend ist, dass Wien hier immer die höchsten Zuwanderungsraten zu verzeichnen hatte. So entfielen im Jahr 2004 z.B. mehr als 40% der Migranten nach Österreich auf das Bundesland Wien (vgl. Baldaszi, 2006, 861).

Auch im Hinblick auf die Einwanderung von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund hat Österreich eine lange Tradition. Bereits in den 1960er Jahren kamen Pflegekräfte aus Ex-Jugoslawien nach Österreich, im Jahr 1974 erfolgte die Anwerbung von 700 Pflegepersonen aus den Philippinen, im Jahr 2001 waren 6,75% aller Pflegekräfte keine österreichischen Staatsbürger. (vgl. Lenhart/Österle, 2007, 9; für detaillierte Zahlen vgl. den nachfolgenden Abschnitt). Rund 84% aller ausländischen Pflegekräfte stammten im Jahr 2001 aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawiens, der Slowakei, der Tschechischen Republik, Polen, Rumänien und Finnland. Der Anteil der Philippinen betrug nur 5,2% (vgl. Simoens et al., 2005, 36).

⁷ Es handelt sich hier um Nettozuwanderungszahlen = Zuwanderung minus Abwanderung

Im Jahr 2007 betrug dann der Anteil der Migranten 10,5% in österreichischen Alten- und Pflegeheimen und 8,2% in Krankenanstalten (vgl. Lenhart/Österle, 2007, 9).

4.2 Zahlen – Daten – Fakten

Zum Personalstand in den Krankenanstalten Österreich seit 1980 gibt die nachfolgende Tabelle einen Überblick:

Dienstsparte	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
<i>Nicht-ärztliches Personal insgesamt</i>	40.481	47.387	55.802	68.859	74.601	77.187	83.815	85.449
<i>Gehobene Dienste für Gesundheits- u. Krankenpflege¹</i>	22.186	26.596	30.842	40.756	46.219	49.294	54.601	55.594
<i>Pflegehilfe²</i>	.	.	.	.	11.148	9.773	9.784	9.654
<i>Gehobene med. techn. Dienste</i>	3.445	4.613	5.896	7.563	8.893	10.704	11.959	12.217
<i>Med. technische Fachdienste</i>	910	1.211	1.260	1.769	1.920	2.109	1.864	1.838
<i>Sanitätshifsdienste</i>	13.114	14.186	17.003	17.741	5.348	4.109	4.294	4.808
<i>Hebammen</i>	826	781	801	1.030	1.073	1.198	1.313	1.338
<i>Ärzte und Ärztinnen</i>	.	.	.	.	17.445	19.295	22.406	22.916

Tabelle 3: Personalstand für nicht-ärztliches Personal in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980. 1) Ab 2004 inklusive kardiotechnischer Dienst. 2) Pflegehilfe können lt. Statistikmeldungen des BMG erst ab 1998 gesondert ausgewiesen werden (vorher bei Sanitätshifsdiensten inkludiert). (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Stand 31. 12. 2011, abgerufen unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022348.html).

Wie aus der Tabelle hervorgeht, ist die Anzahl an gehobenen Diensten für Gesundheit- und Krankenpflege von 1980 bis ins Jahr 2011 kontinuierlich angestiegen und hat sich im Beobachtungszeitraum mehr als verdoppelt (Steigerung um rund das Zweieinhalbfache). Ein anderes Bild bietet die Pflegehilfe, diese ist zumindest in den Krankenanstalten zwischen 2000 und 2011 sogar zurückgegangen (von 11.148 auf 9.654 Personen).

Aufgeteilt nach Herkunftsländern von Pflegekräften in Österreich sehen die Anteile zwischen 1995 und 2005 wie folgt aus:

Herkunftsländer von Pflegekräften in Österreich											
<i>Länder/Jahr Anteil</i>	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	12,2	13,8	11,4	14,9	14,6	13,6	13,7	12,6	11,5	11	16,3
<i>Bosnien und Herzogowina</i>	-	1%	8%	10%	11%	11%	24%	14%	13%	1%	5%
<i>Tschechische Republik</i>	6%	6%	7%	4%	4%	8%	6%	6%	3%	8%	10%
<i>Deutschland</i>	20%	7%	8%	11%	15%	16%	9%	8%	14%	21%	17%
<i>Kroatien</i>	-	10%	3%	-	1%	11%	15%	7%	3%	10%	5%
<i>Philippinen</i>	21%	12%	10%	13%	10%	6%	4%	7%	6%	9%	7%
<i>Polen</i>	13%	10%	4%	18%	21%	5%	7%	9%	13%	3%	14%

Tabelle 4: Zusammensetzung der ausländischen Pflegekräfte nach der Staatsbürgerschaft (Auszug) (Quelle: Lenhart, 2010, 131).

Wie aus der Tabelle hervorgeht, nehmen Pflegekräfte aus Polen anteilmäßig nach Deutschland und den Philippinen Rang drei der erhobenen Herkunftsländer ein.

Zum aktuellen Ausländeranteil in Österreich ist festzuhalten, dass zum Stichtag 1. Jänner 2012 970.000 Ausländer (alle Personen, die keine österreichische Staatsbürgerschaft zum Stichtag haben) in Österreich wohnhaft waren. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (8,4 Millionen) sind dies rund 11%. Von den ausländischen Staatsbürgern wohnen rund 64% bereits seit mehr als fünf Jahren in Österreich,

36% sind erst nach dem 1. Jänner 2007 zugezogen. Nimmt man nicht die österreichische Staatsbürgerschaft, sondern das Geburtsland als Merkmal her, so lebten mit Stichtag 1. Jänner 2012 in Österreich 1,349 Millionen Menschen mit ausländischem Geburtsort (16% der Gesamtbevölkerung) (vgl. Statistik Austria, 2012, 22).

Wirft man nun einen Blick auf die Entwicklung des Ausländeranteils seit 1961, so zeigt sich, dass der Ausländeranteil seither stark gestiegen ist, da im Jahr 1961 in Österreich nur knapp 100.000 ausländische Staatsangehörige wohnten (1,4% der Gesamtbevölkerung). Zwischen Mitte der 60er und Anfang der 70er Jahre erhöhte sich der Anteil der ausländischen Bevölkerung aufgrund der Anwerbung von Arbeitskräften aus Ex-Jugoslawien und der Türkei, sodass der Ausländeranteil im Jahr 1974 auf rund 312.000 Personen (4% der damaligen Gesamtbevölkerung) stieg. Dann blieb dieser Anteil 15 Jahre relativ konstant (vgl. dazu Abschnitt 4.1). Durch die ebenfalls in Abschnitt 4.1 erwähnten Umstände stieg in den 1990er Jahren der Ausländeranteil dann auf über 8% an. Durch strengere Regulierungen der Ausländerbeschäftigungsgesetze und der Aufenthaltsgesetze kam es in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre zu einer Stagnation der Zuwanderung. Allerdings kommt es seit der Jahrtausendwende zu einem abermaligen Anstieg der ausländischen Bevölkerung, der sich durch die verstärkte Zuwanderung aus Staaten der erweiterten EU ergibt. Die nachfolgende Grafik zeigt diese Entwicklung.

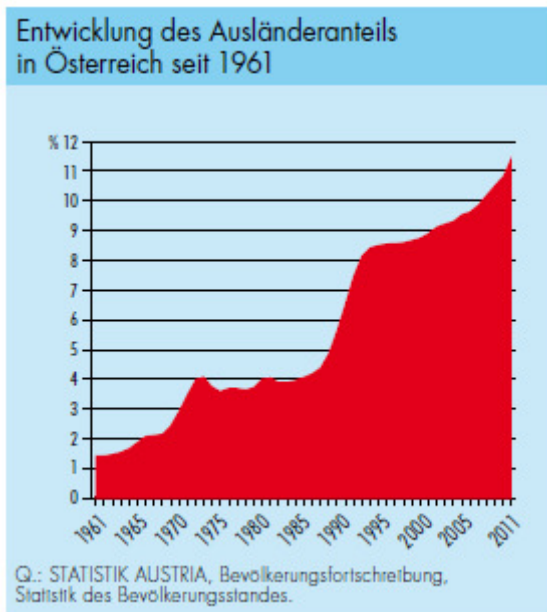


Abbildung 1: Entwicklung des Ausländeranteils in Österreich seit 1961

(Quelle: Statistik Austria, 2012, 25).

Getrennt betrachtet nach zugewanderter Nation kann für das Jahr 2011 festgehalten werden, dass der größte Anteil an Ausländern in Österreich aus Deutschland stammt (rund 227.000 Personen), gefolgt von Serbien, Montenegro und dem Kosovo (209.000 Personen). Auf Platz 3 rangieren Menschen mit türkischer Herkunft mit 186.000 Personen. Die Zahl für polnische Staatsbürger betrug zum Stichtag 1. 1. 2012 rund 63.000 Personen und die der chinesischen Staatsbürger rund 15.000 Personen:

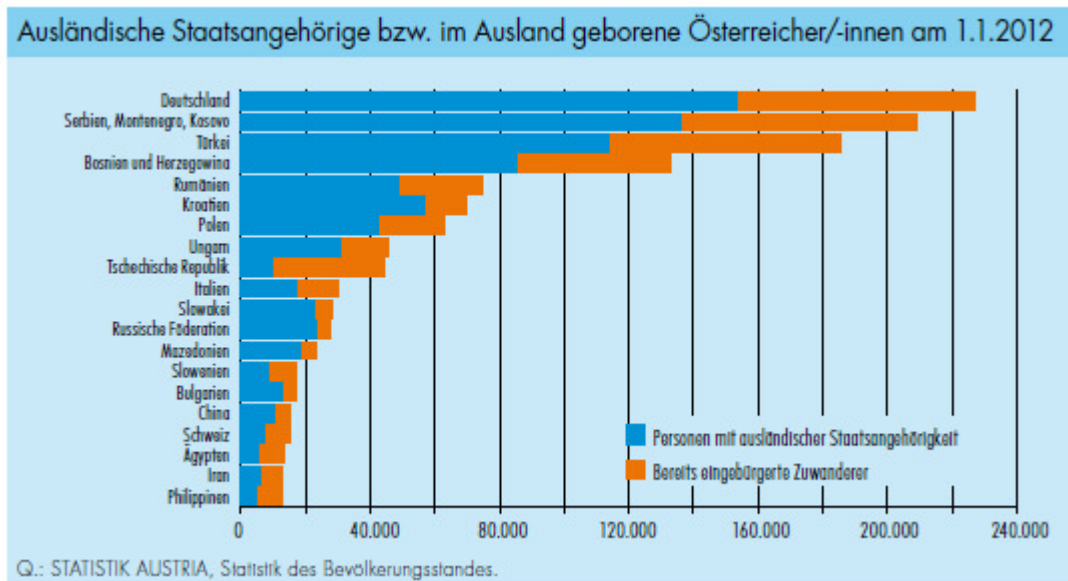


Abbildung 2: Ausländische Staatsangehörige bzw. im Ausland geborene Österreicher zum Stichtag 1. 1. 2012

(Quelle: Statistik Austria, 2012, 27).

Zur beruflichen Situation der Migranten kann festgehalten werden, dass nach Branchen aufgeteilt, nahezu ein Drittel der Beschäftigten in der Sachgütererzeugung (16%) und Handel (15%) tätig war. Danach folgt aber unmittelbar das Gesundheits- und Sozialwesen mit 9%. Die nachfolgende Grafik zeigt dies, wobei hier auch noch ein Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Generation gemacht wird:

Erwerbstätige 2011 nach Branche, Migrationshintergrund und Migrationsgeneration				
Branche	Erwerbstätige			
	Ohne Migrations- hintergrund	Mit Migrationshintergrund		
		Insgesamt	Erste Generation	Zweite Generation
Insgesamt (in 1.000)	3.387,2	756,6	649,0	107,6
Alle Branchen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Handel	15,0%	15,8%	14,4%	23,9%
Sachgütererzeugung	15,6%	16,6%	16,6%	16,7%
Gesundheit und Soziales	9,3%	9,1%	9,4%	7,2%
Bauwesen	8,1%	12,0%	12,3%	10,3%
Öffentl. Verwaltung, Verteidigung	7,6%	2,3%	1,9%	(4,8%)
Erziehung und Unterricht	6,7%	3,9%	4,0%	(2,9%)
Beherbergung, Gastronomie	4,9%	11,4%	12,2%	6,6%
Freie Berufe, Wissenschaft, Technik	5,5%	3,9%	3,8%	(4,6%)
Land- und Forstwirtschaft	6,3%	(0,7%)	(0,7%)	(0,3%)
Verkehrswesen	4,9%	5,6%	5,6%	(5,3%)
Finanz- und Versicherungswesen	4,0%	1,9%	1,8%	(2,6%)
Unternehmensdienstleistungen	2,6%	7,6%	8,2%	(4,1%)
Information, Kommunikation	2,6%	2,0%	1,8%	(3,5%)
Persönliche Dienstleistungen	2,6%	2,3%	2,2%	(3,3%)
Kunst, Unterhaltung	1,7%	1,9%	1,9%	(1,7%)
Wasser-/Energiever- und Entsorgung	1,3%	0,8%	(0,8%)	(0,4%)
Grundstücks- und Wohnungswesen	1,0%	0,9%	(0,8%)	(1,2%)
Haushaltspersonal	0,3%	(0,2%)	(0,3%)	(0,0%)
Bergbau	(0,2%)	(0,5%)	(0,5%)	(0,2%)
Internationale Organisationen	(0,0%)	(0,6%)	(0,7%)	(0,3%)

Q.: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2011, Jahresdurchschnitt über alle Wochen. – Bevölkerung in Privathaushalten. – Branchen sortiert nach Zahl der Erwerbstätigen. – () Werte mit weniger als hochgerechnet 6.000 Personen sind sehr stark zufallsbehaftet und statistisch kaum interpretierbar.

Abbildung 3: Erwerbstätige 2011 nach Branche – Migrationshintergrund und Migrationsgeneration

(Quelle: Statistik Austria, 2012, 57).

Wirft man nun einen Blick auf den Beruf der Pflegekraft allein, so zeigen die Zahlen hier, dass dieser Beruf von Frauen dominiert wird. In Österreich arbeiteten im Jahr 2005 49.294 Personen in der Branche „Gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege in Krankenanstalten“, der Männeranteil betrug in diesem Jahr

nur 12,6%. Auch bei der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zeigt sich dieses Bild. Lediglich in der Sparte „psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege“ beträgt der Anteil der männlichen Pflegekräfte 38,8% (vgl. Lenhart, 2007, 32).

Hinsichtlich der Qualifikationen der Beschäftigten mit Migrationshintergrund ist festzuhalten, dass 28% der im Ausland geborenen Beschäftigten 2008 überqualifiziert waren, wobei dies für Frauen in höherem Maß als für Männer (32% gegenüber 25%) zutrifft. Die folgende Abbildung gibt dazu einen Überblick:

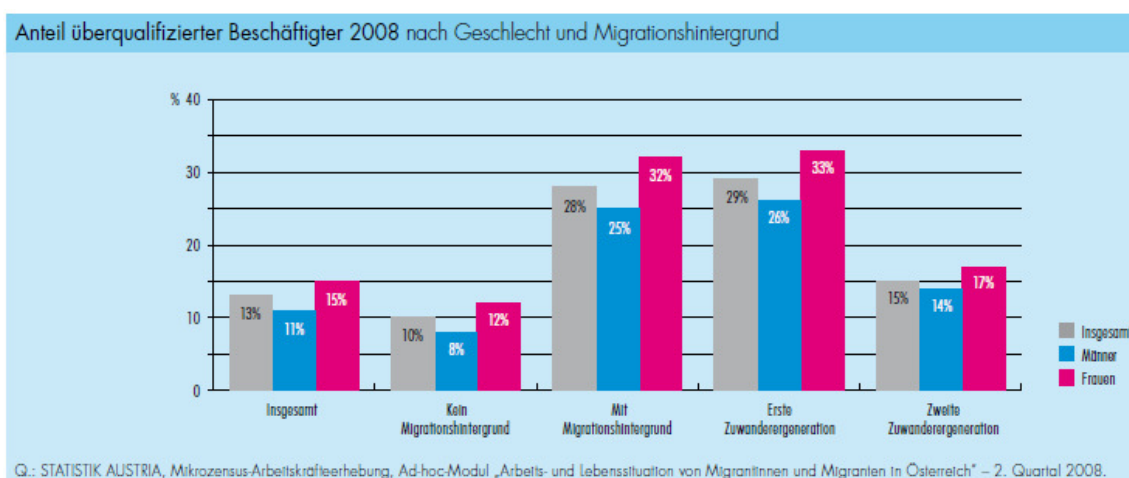


Abbildung 4: Anteil überqualifizierter Beschäftigter nach Geschlecht und Migrationshintergrund

(Quelle: Statistik Austria, 2012, 59).

Aus der Tabelle geht zwar nicht hervor, in welchen Berufen die Beschäftigten überqualifiziert waren bzw. sind, dennoch kann davon ausgegangen werden, dass dies in jedem Fall auf den Beruf der Pflegekraft zutrifft, wie die Auswertung in Abschnitt 6.2 noch zeigen wird.

4.3 Rechtliche Situation in Österreich

Aufenthaltsbestimmungen

Migration wird in Rechtsnormen auf einer nationalen und einer internationalen Ebene geregelt. Es wird dabei zwischen internationalen Verträgen, Europäischem

Unionsrecht und dem österreichischen innerstaatlichen Recht unterschieden. Die österreichischen Rechtsvorschriften sind dabei jedoch sowohl an die völkerrechtlichen Verträge zwischen Österreich und anderen Ländern gebunden wie auch an die Unionsrechte, die in allen EU Mitgliedsstaaten Geltung haben (vgl. Muzak, 2012, 283). Die Richtlinien und Verordnungen der Europäischen Union beinhalten Vorgaben für das innerstaatliche Fremdenrecht der Mitgliedstaaten. Verordnungen innerhalb der Union sind Rechtsvorschriften, die zu unmittelbaren Anwendung dienen, sie sind handlungsleitend, richten sich direkt an die Bürger und es ist nicht gestattet die EU-Verordnungen durch innerstaatliche Gesetze zu umgehen. So haben die Unionsverordnungen Anwendungsvorrang vor den innenstaatlichen Gesetzen. Richtlinien innerhalb der Union sind Rechtsvorschriften, die nicht unmittelbar anwendbar sind. Sie enthalten nur Vorgaben und richten sich an die Mitgliedsstaaten, die die Vorgaben in innerstaatlichen Gesetzen umsetzen müssen (vgl. Muzak, 2012, 285).

Die Europäische Union hat für alle Staatsbürger der Mitgliedstaaten zusätzlich zur nationalen Staatsbürgerschaft eine Unionsbürgerschaft eingeführt, die den Bürgern das Recht auf Bewegungs- und Aufenthaltsfreiheit innerhalb des Territoriums der Mitgliedsstaaten einräumt (Art. 20 AEUV⁷, 2012). Die Unionsbürger haben auch das Recht auf Arbeitnehmerfreizügigkeit und Niederlassungsfreiheit erhalten (vgl. Muzak, 2012, 284). Die Basis für die rechtlichen Regelungen Drittstaatsangehöriger wird in Titel V AEUV unter „Raum der Freiheit, der Sicherheit und des Rechtes“ angeführt. Darin enthalten sind u. a. die gemeinsame Visapolitik und insbesondere der Visakodex, die Verordnung zur Regelung der staatlichen Zuständigkeit für Asylverfahren sowie Mindestnormen für die Aufnahmen von Asylwerbern und für die Zu- und Aberkennung der Flüchtlingseigenschaft (vgl. Muzak, 2012, 285). Durch eine Quotenregelung wird festgelegt, wie viele erstmalige Aufenthaltstitel an Bürger der Drittstaaten in einem Jahr maximal erteilt werden können. Diese Anzahl wird vorher durch die Verordnung der Bundesregierung festgelegt. Hochqualifizierte Arbeitskräfte sind von der Quotenregelung nicht betroffen. Sie erhalten den neuen Aufenthaltstitel der „Rot-Weiß-Rot Karte“ (Muzak, 2012, 291). Befristete Aufenthaltstiteln werden für ein Jahr ausgestellt. Für Dritt-

⁷<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0047:0200:de:PDF>
(22.12.2012)

staatsbürger, die die Auflagen der Integrationsvereinbarung erfüllt haben und in den letzten zwei Jahren rechtmäßig im Bundesgebiet gelebt haben, wird der Aufenthaltstitel für drei Jahre verlängert. Nach fünf Jahren ununterbrochener Niederlassung kann ein „Daueraufenthalt-EG“ verliehen werden (vgl. NAG⁸, 2012).

Ausländerbeschäftigungsgesetz

Die unselbstständig erwerbstätigen Angehörigen der Drittstaaten brauchen, um in Österreich arbeiten zu können, neben dem rechtskräftigen Aufenthaltstitel, der die Ausübung einer Beschäftigung nicht ausschließt, eine Bewilligung nach dem Ausländerbeschäftigungsgesetz. Besitzer des Aufenthaltstitels der „Rot-Weiß-Rot-Karte“ sind von dieser Bewilligung ausgenommen (vgl. Muzak, 2012, 289). Der Antrag für eine Beschäftigungsbewilligung muss von einem zukünftigen Arbeitgeber gestellt werden. Beschäftigungsbewilligung ist grundsätzlich an den antragstellenden Arbeitgeber geknüpft. Sie wird für einen Arbeitsplatz und für eine bestimmte berufliche Tätigkeit ausgestellt und ihre Gültigkeit erstreckt sich über maximal ein Jahr. Nach einem Jahr legaler Beschäftigung während der letzten 14 Monate besteht die Möglichkeit, eine Arbeitserlaubnis zu beantragen. Die Arbeitserlaubnis bietet mehr Freiheit für Arbeitnehmer, denn mit einem derartigen Dokument darf man innerhalb eines Bundeslandes, für das sie gilt, den Arbeitsplatz frei wählen. Die Arbeitserlaubnis wird für maximal zwei Jahre ausgestellt, wenn die betreffende Person innerhalb der letzten zwei Jahre mindestens eineinhalb Jahre legal beschäftigt war und einen gültigen Aufenthaltstitel besitzt, kann sie verlängert werden. Nach fünf Jahren rechtlich begründeter Arbeit wird in der Regel für die nächsten fünf Jahre ein Befreiungsschein erteilt, der den freien Zugang zum Arbeitsmarkt verleiht. Unbeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt besitzen auch Personen, die über den Aufenthaltstitel „Rot-Weiß-Rot-Karte plus“ und „Daueraufenthalt-EG“ verfügen (vgl. Ausländerbeschäftigungsgesetz⁹, 2012).

⁸<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008365> (22.4.2012)

⁹<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008365> (07.12.2012)

Berufszulassung

Bevor Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, in Österreich arbeiten können, muss ihre Ausbildung durch die zuständige Behörde auf ihre Gleichwertigkeit überprüft werden. Im Allgemeinen wird zwischen Berufszulassung und Nostrifikation unterschieden, wobei die Staatsangehörigkeit der betroffenen Person das entscheidende Kriterium dafür ist.

Berufszulassungsverfahren betreffen die Bürger der Europäischen Union sowie Staatsangehörige des EWR und der Schweiz. Die Grundlage dafür bilden die europäischen Richtlinien über die Berufsanerkennungsregeln. Wie der Internetseite des für dieses Verfahren zuständigen Bundesministeriums für Gesundheit zu entnehmen ist, ist die inhaltliche Überprüfung der Berufsqualifikationen durch das „verkürzte Berufszulassungsverfahren (One-Stop)“ stark vereinfacht. Bei Erfüllen der Voraussetzungen bekommt man die Berufszulassung binnen einer halben Stunde (vgl. Bundesministerium für Gesundheit¹⁰, 2012).

In der nachstehenden Tabelle finden sich Zahlen zu den Anerkennungen der Berufsqualifikationen von polnischen Pflegekräften in Österreich.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gesundheits- und Krankenpflege	23	55	35	13	28	18	24	11	16
Pflegehilfe	1	18	36	19	2	4	8	5	2
Gesundheits- und Krankenpflege – Lehraufgaben	0	1	0	1	1	0	0	0	0

Tabelle 5: Anerkennungen von polnischen Qualifikationsnachweisen in der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich. Eigene Zusammenstellung auf Basis der Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit am 25.02.2010 und 05.12.2012

¹⁰http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Anerkennung/Anerkennung_einer_auslaendischen_Berufsqualifikation_in_einem_sonstigen_nichtaerztlichen_Gesundheitsberuf (27.11.2012)

Die Zahlen der Tabelle zeigen, dass in den Jahren 2005 und 2006 (unmittelbar nach dem Beitritt Polens zur Europäischen Union im Jahr 2004) die Anzahl der polnischen Pflegekräfte die Interesse an Arbeit in Österreich zeigten höher war als in den darauf folgenden Jahren.

Die Nostrifikation betrifft die Angehörigen der Drittstaaten. Der Antrag auf Nostrifikation ist beim örtlich zuständigen Amt der Landesregierung zu stellen. In Wien ist das Magistrat der Stadt Wien, Magistratsabteilung 40, dafür zuständig. Neben dem Ansuchen und einem Lebenslauf sind dem Antrag das Diplom- oder Abschlussprüfungszeugnis sowie Nachweise über die besuchten Lehrveranstaltungen und bestandene Prüfungen, der Nachweis eines Hauptwohnsitzes in Österreich und gegebenenfalls der Nachweis über die Bewerbung um eine Stelle in Österreich, Bestätigungen über Berufserfahrung und eine Kopie des Reisepass beizulegen. Die Verwaltungsgebühren belaufen sich auf etwa 300 Euro (vgl. Bundesministerium für Gesundheit¹⁰, 2012). Im Bescheid der Landesregierung wird im Einzelfall genau festgelegt in welchen Fächern Veranstaltungen noch besucht und ergänzende Prüfungen abgelegt und gegebenenfalls Praktika absolviert werden müssen (vgl. Virtuelles Amt¹¹, 2012).

Einen Überblick über die Nostrifikationen chinesischer Pflegekräfte zwischen 1995 und 2012 gibt die folgende Tabelle:

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
25	69	32	49	23	9	3	6	9
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
22	20	5	6	2	4	0	0	3

Tabelle 6: Anträge auf Nostrifikation von chinesischen Staatsbürgern im Amt der Wiener Landesregierung. Eigene Zusammenstellung auf Basis der Auskunft des Amtes der Wiener Landesregierung am 05.12. und 10.12.2012

¹¹<http://www.wien.gv.at/amtshelfer/gesundheitsrecht/nostrifikation/ausbildung-erkennung.html> (11.11.2012)

Wie aus der Tabelle hervorgeht, lag die Zahl an Nostrifikationen zwischen 1995 und 1999 relativ hoch, sank dann aber stark ab (mit Ausnahme von 2004 und 2005) und kam ab 2010 nahezu völlig zum Erliegen.

In sprachlicher Hinsicht ist schließlich festzuhalten, dass seit dem 1. 1. 2003 das Aufenthaltsrecht Bestimmungen enthält, gemäß dem Zuwanderer aus Drittstaaten Kenntnisse der deutschen Sprache aufweisen müssen, wenn sie den Wunsch haben, sich unbefristet in Österreich aufhalten zu wollen (vgl. de Cillia, 2012, 190).

4.4 Integrationsspezifische Maßnahmen

Die Statistik Austria verfügt über Daten, in denen Gesamtösterreich unabhängig von der Staatsbürgerschaft zum Funktionieren der Integration befragt wurde. In dieser Befragung waren nur 3,4% der Österreicher der Meinung, dass Integration sehr gut funktioniert, 12% waren der Meinung, dass sie sehr schlecht funktioniert. Immerhin noch 45,4% hielten fest, dass sie eher schlecht funktioniert. Damit sieht mehr als die Hälfte der Österreicher den Integrationsprozess als nicht zufriedenstellend. Die nachfolgende Abbildung zeigt die konkreten Ergebnisse der Erhebung:

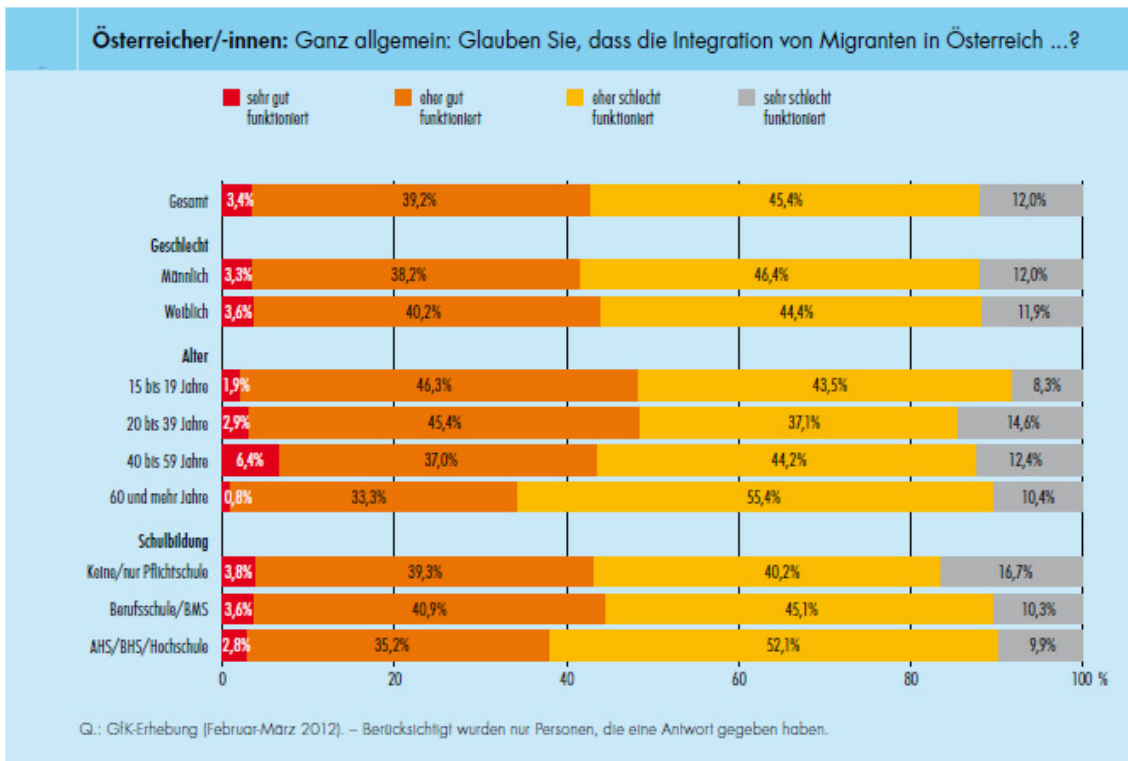


Abbildung 5: Österreicher/-innen: Ganz allgemein: Glauben Sie, dass die Integration von Migranten in Österreich...?

(Quelle: Statistik Austria 2012, 89, basierend auf einer GfK-Erhebung (Februar bis März 2012)).

Interessant stellt sich im Vergleich dazu die Frage an die Zuwanderer dar, die gefragt wurden, ob sie sich in Österreich heimisch bzw. zu Hause fühlten. Wie aus der nachfolgenden Abbildung hervorgeht, fühlt sich immerhin die überwiegende Mehrheit der Befragten in Österreich völlig bzw. eher heimisch. Sowohl geschlechtsspezifisch als auch bildungsspezifisch sind hier keine auffallenden Unterschiede zu erkennen, außer in der Gruppe jener, die keinen Pflichtschulabschluss absolviert haben, wo der Anteil derer, die sich in Österreich völlig bzw. eher heimisch fühlen, bei nur rund 67% liegt, während dieser Prozentsatz bei den anderen befragten Gruppen im Schnitt bei rund 80% liegt.

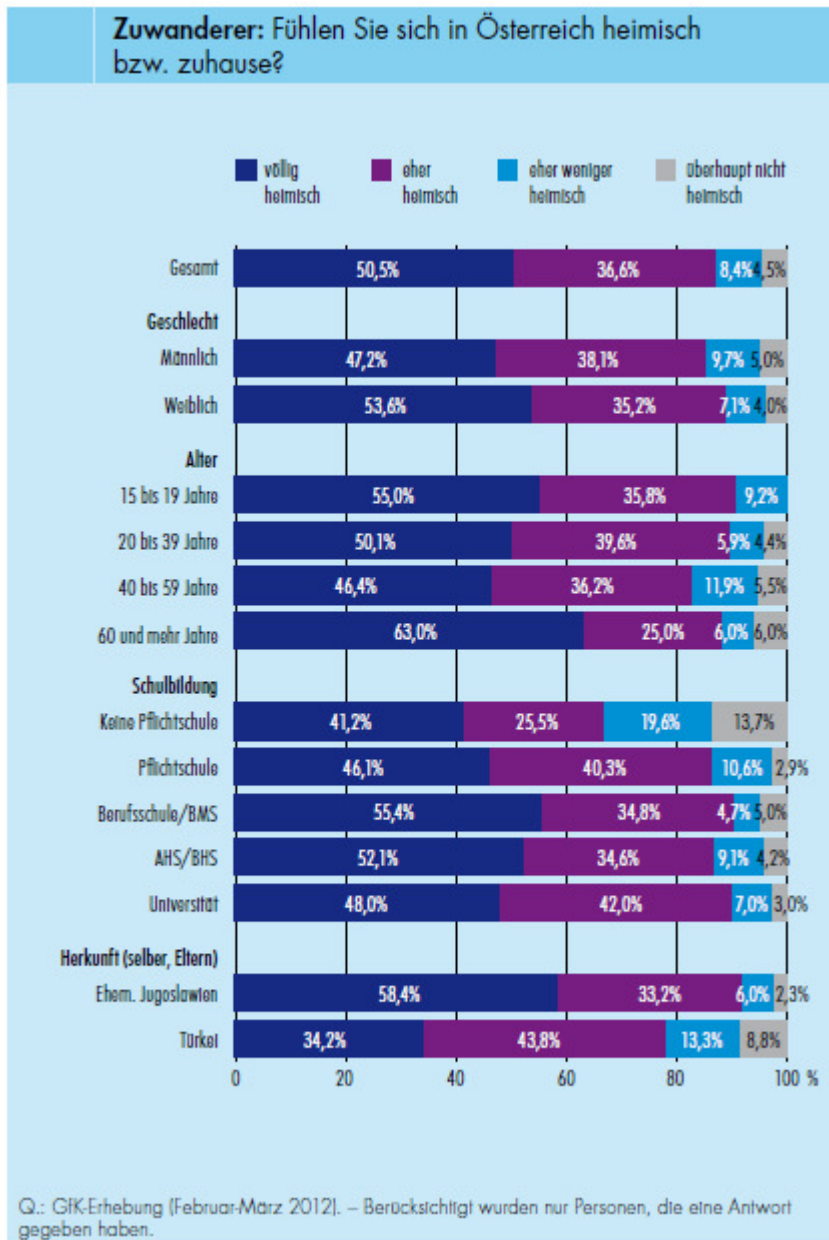


Abbildung 6: Zuwanderer: Fühlen Sie sich in Österreich heimisch bzw. zu Hause?

(Quelle: Statistik Austria 2012, 91, basierend auf einer GfK-Erhebung (Februar bis März 2012)).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Frage „Haben Sie das Gefühl, dass sie in Österreich benachteiligt werden, weil sie Zuwanderer sind?“. Wieder ist die überwiegende Mehrheit eher nicht bzw. selten oder nie der Meinung, benachteiligt zu werden. Eine Ausnahme stellt hier wieder die Gruppe ohne Pflichtschulabschluss dar, bei der sich rund 46% immer/meistens bzw. eher schon benachteiligt fühlen. Das-

selbe gilt für türkeistämmige Migranten, wo der Anteil jener, die sich benachteiligt fühlen, immerhin rund 58% beträgt.

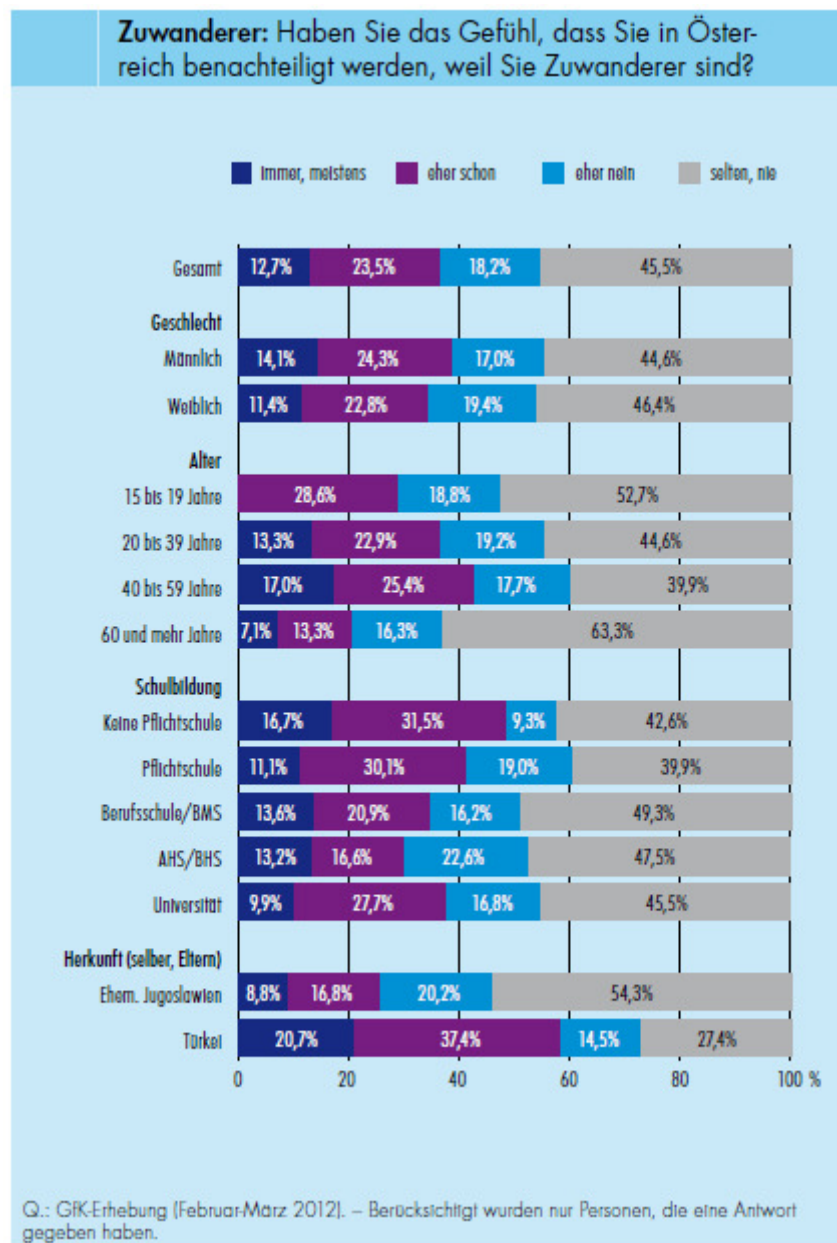


Abbildung 7: Zuwanderer: Haben Sie das Gefühl, dass sie in Österreich benachteiligt werden, weil sie Zuwanderer sind?

(Quelle: Statistik Austria 2012, 95, basierend auf einer GfK-Erhebung (Februar bis März 2012)).

Die Angaben zeigen somit, dass sich Migranten in Österreich mehrheitlich zu Hause und nicht ausgegrenzt fühlen. Inwieweit dies von den Befragten in der Erhebung in Kapitel 6 ebenfalls zu Protokoll gegeben wird bzw. dies mit deren Aussagen nicht übereinstimmt, wird die Auswertung in Abschnitt 6.2 noch zeigen.

5 Zu den Herkunftsländern der Untersuchungsgruppe: Polen und China

Nachdem die Befragten in der Untersuchung in Kapitel 6 aus den Herkunftsländern Polen und China stammen, sollen hier in aller Kürze die wesentlichsten für die Erhebung relevanten Fakten für diese beiden Länder bzw. deren Staatsangehörigen dargelegt werden.

5.1 Polen

5.1.1 Mentalität, Kultur, Werte

Ende des 18. Jahrhunderts lebten in Polen viele ethnische Gruppen, doch geschichtliche Ereignisse wie die Teilung von Polen, seine Wiedererstehung, die Zwangsmigration nach dem Zweiten Weltkrieg und die neue Grenzziehung haben dazu geführt, dass die polnische Bevölkerung ethnisch, sprachlich, konfessionell und kulturell sehr homogen wurde. Bei der Volkszählung 2002 lag der Anteil der ethnischen Minderheiten in Polen bei etwa 3%, um das Jahr 1945 waren dies noch knappe 20% (vgl. Loew, 2009, 360f). Somit hat die nationale Zugehörigkeit im polnischen Wertesystem eine besonders hohe Stellung. Dies lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass der im Jahre 1918 endlich wieder gewonnenen Souveränität mit Ausbruch des Krieges 1939 abermals ein Ende gesetzt wurde. So mussten die Polen erneut um die Unabhängigkeit ihres Landes kämpfen. Insgesamt sind die Polen stolz auf ihre Geschichte und sind von der besonderen Rolle ihres Landes überzeugt. So zeigt sich auch eine intensive Bindung an nationale Symbole. Wird ihr Land von Fremden kritisiert, reagieren sie äußerst heftig (vgl. Jedrzejczyk/Rassadin, 2006, 46f).

Polen ist darüber hinaus ein sehr katholisches Land, in etwa 95% der Gesamtbevölkerung ist römisch-katholisch (vgl. Bingen, 2009, 373). Somit hat auch die Religion einen wichtigen Platz in der polnischen Wertehierarchie. Patriotismus und Katholizismus waren über Jahrhunderte hinweg in der polnischen Geschichte untrennbar miteinander verbunden (vgl. Jedrzejczyk/Rassadin, 2006, 47). Aus die-

sem Grund hat Polen auch den Spitznamen „Bollwerk des Christentums“ (Boski, 2003, 130).

Einen weiteren wichtigen Stellenwert nimmt im Wertesystem der Polen die Familie ein. Polen haben ein starkes familiäres Zusammengehörigkeitsgefühl und sehr intensive familiäre Kontakte. Diese finden nicht sporadisch, sondern regelmäßig statt. Auch Eltern nehmen in der Regel am Leben ihrer bereits erwachsenen Kinder teil und werden häufig in wichtige Entscheidungen mit einbezogen. Eltern helfen auch oft bei der finanziellen Unterstützung der jungen Erwachsenen und bei der Erziehung der Enkelkinder (vgl. Jedrzejczyk/Rassadin, 2006, 49). Auch Wilhelm hält fest, dass Meinungsumfragen seit Jahren bestätigen, dass ein harmonisches Familienleben in Polen zu den wesentlichsten Werten zählt. Die Scheidungsrate ist mit 20% eine der niedrigsten in Europa. Auch ist es häufig so, dass pflegebedürftige Familienmitglieder häufiger als in westlichen Ländern bei den Angehörigen verbleiben (vgl. Wilhelm, 2006, 57). Schließlich sei auch der Wunsch nach Freiheit genannt, der zu den bedeutendsten Werten in Polen zählt. Freiheit, so Jedrzejczyk/Rassadin sei ein wichtiges Element des polnischen Nationalbewusstseins geworden (vgl. Jedrzejczyk/Rassadin, 2006, 49).

Im Bezug auf das Planungsverhalten der Polen ist festzuhalten, dass Polen eine gewisse zeitliche Kurzsichtigkeit nachgesagt wird, denn der Zeithorizont der Polen ist stärker auf die Gegenwart als auf die Zukunft gerichtet. Polen haben insgesamt Schwierigkeiten, ihre Aktivitäten über einen längeren Zeitraum zu planen (vgl. Kochanowicz/Marody, 2006, 99).

5.1.2 Wirtschaftliche Situation

Mit dem Zusammenbruch des Staatssozialismus Ende der 1980er Jahre hat Polen eine institutionelle Revolution durchlaufen. Ausländische Beobachter haben festgestellt, dass Polen im Vergleich zu anderen postsozialistischen Gesellschaften im wirtschaftlichen Bereich relativ erfolgreich war. Allerdings verschlechterte sich die wirtschaftliche Situation seit der 2. Hälfte der 1990er Jahre zusehends. Denn während das BIP zwischen 1995 und 2007 zwar beträchtlich stieg (immerhin um 346%), endete der steile Zuwachs mit 1996 und in den Folgejahren wurden nur

geringe Zuwächse erzielt (vgl. Proniewski, 2009, 263). Die Aufgliederung der Bruttowertschöpfung nach Tätigkeitsbereichen zeigt, dass im Bereich Gesundheit, Schutz und Sozialfürsorge die Zahlen (in Prozent) zwischen 1995 und 2004 kaum gestiegen sind (1995: 3,32%, 2004: 3,61%) (vgl. Proniewski, 2009, 265).

In wirtschaftlicher Hinsicht ist des Weiteren auf Individualebene festzuhalten, dass die polnische Gesellschaft in gewisser Weise einer vorkapitalistischen Gesellschaft ähnelt, da Geld offensichtlich einen sehr hohen Stellenwert hat. Dies zeigt sich in einem demonstrativen Konsum von importierten Autos, repräsentativen Häusern und großen Hochzeiten. Auf der anderen Seite wird Reichtum oft mit Unehrenhaftigkeit assoziiert (vgl. Kochanowicz/Marody, 2006, 99).

Im Hinblick auf Beschäftigungsstand und Beschäftigungsstruktur nach 1990 lässt sich festhalten, dass die politische Wende und die Einführung der sozialen Marktwirtschaft einen starken Produktions- und Beschäftigungsrückgang hervorgerufen haben. Die Arbeitslosenrate stieg von 6,1% im Jahr 1990 auf 13,2% im Jahr 1996, sank dann in den beiden Folgejahren auf rund 10% ab und begann im Jahr 1999 wieder anzusteigen, um in den Jahren 2002 und 2003 ein Maximum von exakt 20% zu erreichen. Seit 2002 ist die Zahl der Arbeitslosen wieder fallend (vgl. Szylko-Skoczny, 2009, 294f). Es überrascht daher nicht, dass die meisten der Befragten aus der empirischen Erhebung in Kapitel 6 gerade in der Zeit zwischen 1995 und 1997 nach Österreich gekommen sind.

5.1.3 Pflegeausbildung in Polen

Die Pflegeausbildung in Polen wurde bis zum Jahr 1980 des Öfteren erweitert und neu gestaltet. Ab 1980 wurde in den Schulen ein einheitliches Ausbildungsprogramm eingeführt. Zu diesem Zeitpunkt gab es zwei Möglichkeiten die Berufsqualifikationen zu erwerben. Zum einem direkt nach der achtjährigen Grundausbildung in einem medizinischen Lyceum - "Liceum Medyczne", dessen Abschluss mit Matura erfolgte und dessen Absolventen ein Diplom für Krankenpflege erhielten. Ab 1991 hat man die Rekrutierung von Kandidaten für dieses Schulsystem eingestellt. Zum anderem gab es für Personen, die eine Reifeprüfung vorweisen konnten, die Option die Pflegeausbildung in einem zweijährigen medizinischen Be-

rufsstudium (Fachhochschule) - „Medyczne Studium Zawodowe“ - zu absolvieren. Im Jahr 1992 wurde diese Ausbildung auf zweieinhalb Jahre erweitert und im Schuljahr 2002/2003 wurde zum letzten Mal für dieses Ausbildungssystem rekrutiert (vgl. Ministerstwo Zdrowia¹², 2012; vgl. dazu auch Rappold, 2003, 30).

Polens Beitritt zur Europäischen Union 2004 hatte große Auswirkungen auf die Pflegeausbildung in Polen. Bereits in der Vorbereitungsphase kam es im polnischen Pflegeausbildungssystem zu großen Veränderungen, deren Ziel die Anhebung des Ausbildungsniveaus und die Anpassung an Anforderungen und europäische Standards war. Bald nach 2000 erfolgte die Pflegeausbildung in Fachhochschulen und an den Universitäten (vgl. Zdziebło et al., 2011, 27). Um die Qualität der Pflegeausbildung in Polen zu sichern, wurde 2002 für Fachhochschulen und Universitäten, die Pflegeausbildung anbieten, ein Akkreditierungsverfahren eingeführt (vgl. Zdziebło et al., 2011, 28). Im April 2012 waren 73 Pflegeausbildungsstätten durch den KRASzM (Krajowa Rada Akredytacji Szkolnictwa Medycznego) akkreditiert und zur Ausbildung der Pflegekräfte berechtigt (vgl. Ministerstwo Zdrowia¹³, 2012).

Derzeit erfolgt die Pflegeausbildung in Polen, wie es dem Gesetz über Pflegeberufe von 15 Juli 2011 (Dz. Nr. 174, poz. 1039¹⁴) zu entnehmen ist, auf zwei Niveaus:

- Studia pierwszego stopnia - „Studia licencjackie“ (Studium ersten Grades - Bachelor)

Diese Ausbildung dauert mindestens drei Jahre. Die praktische Ausbildung umfasst mindestens die Hälfte und der theoretische Teil mindestens ein Drittel. Die Lehrinhalte beinhalten unter anderem Anatomie, Physiologie, Biochemie und Biophysik (vgl. Dz. U. 2007.164.1166¹⁵). Nach der Abgabe der Diplomarbeit wird eine Diplomprüfung abgelegt. Sie soll der Überprüfung des Wissens und praktischen Kenntnisse dienen. Erfolgreiche Absolventen haben den Titel „Licencjata pielęgniarstwa“ welcher einem Bachelortitel entspricht. Sie besitzen

¹²<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b2&ms=1&ml=pl&mi=0&mx=0&mt=&my=0&ma=03040> (12.03.2012)

¹³<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m7&ms=594&ml=pl&mi=594&mx=0&mt=&my=460&ma=7644> (18.04.2012)

¹⁴<http://www.abc.com.pl/du-akt/-/akt/dz-u-11-174-1039> (18.04.2012)

¹⁵<http://www.lex.pl/du-akt/-/akt/dz-u-07-164-1166> (18.04.2012)

Berufsqualifikationen und sind zur Berufsausübung berechtigt (vgl. Dz. U. Nr. 174, poz. 1039¹⁴).

- Studia drugiego stopnia – „Studium zweiten Grades“ - ein Magisterstudium. Das „Studium zweiten Grades“ ist Personen vorbehalten, die das Studium ersten Grades erfolgreich absolviert haben. Das Studium soll nicht weniger als 4 Semester dauern, mindestens 1300 Stunden Unterricht und mindestens 120 ECTS umfassen. Die Lehrinhalte beinhalten unter anderem Psychotherapie, neue diagnostische Techniken, Theorien der Pflege, europäische Pflege, Intensivtherapie und Intensivpflege, Management in der Pflege und Fachkrankenpflege. Ein Praktikum soll nicht weniger als 4 Wochen umfassen (vgl. Dz. U. Nr. 174, poz. 1039¹⁴). Erfolgreiche Absolventen haben den Titel „Magister der Krankenpflege“ (vgl. Rappold, 2003, 30)

Nach erfolgreichem Abschluss der Pflegeausbildung besteht in Polen die Pflicht der Registrierung bei der Kammer für Krankenpflege und Geburtshilfe (Izba Piełęgniarek i Poloznych), die auch die Erlaubnis zur Berufsausübung ausstellt. Die Benachrichtigung der Kammer erfolgt durch die Ausbildungsstätte (vgl. Rappold, 2003). Darüber hinaus gibt es für Personen, welche die Berufsqualifikationen und das Recht der Berufsausübung besitzen und in den letzten fünf Jahren mindestens zwei Jahre ihren Beruf ausgeübt haben, die Möglichkeit der Spezialisierung (vgl. Dz. U. Nr.174 Poz. 1039¹⁴).

5.2 China

5.2.1 Mentalität, Kultur, Werte

Der chinesische Kulturkreis sowie die chinesische Mentalität sind von Familiensinn, Höflichkeit, Vermeiden von Direktheit, Geduld und Bescheidenheit sowie Respekt vor Autoritäten geprägt.

Zur Vorrangigkeit der Familie halten Huang et al. fest, dass mit Familie die Vorstellungen von Wärme und Glück assoziiert werden. Selbst im modernen China steht

die Familie nach wie vor im Mittelpunkt, obwohl sich bereits große Parallelen zu vielen westlichen Industrieländern ergeben haben, so z. B. der Trend zur Kleinfamilie bzw. die Landflucht. Auch ist die gegenseitige Unterstützung und die Hilfe in der Familie Pflicht. Man teilt alles und leidet auch gemeinsam in der Not (vgl. Huang et al., 2012, 29).

Ein weiteres wichtiges Element in der chinesischen Mentalität ist das der Höflichkeit. Freundlichkeit, Aufrichtigkeit, Höflichkeit sind wichtige Werte, v. a. gegenüber der älteren Generation. Höflichkeit hat das Ziel, miteinander harmonisch auszukommen und eine gewisse Gruppenordnung bewahren zu können (vgl. Huang et al., 2012, 83).

Höflichkeit ist auch ein Weg zu einem weiteren wichtigen Konzept in der chinesischen Mentalität, nämlich dem der Harmonie. Das Ideal zwischenmenschlicher Beziehungen stellt im traditionellen China die Harmonie dar. Der Chinese möchte Ruhe und Ordnung sowie stabile Verhältnisse (vgl. Zinzius, 2007, 42). „Die Harmonie (he) verkörpert eine traditionelle Wertvorstellung, die wie kaum eine andere so konsequent hochgehalten wurde und nach wie vor als das höchste Prinzip in der interpersonalen Beziehung gelten dürfte“ (Liang/Kammhuber, 2003, 173). Harmonie wird im Chinesischen v. a. als zwischenmenschliche Harmonie verstanden. In diesem Sinne wird auch großer Wert darauf gelegt, offene Konfliktaustragung zu vermeiden, Streit soll unbedingt vermieden werden (vgl. Zinzius, 2007, 42). Es ist für ein höfliches Miteinander wichtig, die soziale Interaktion so zu gestalten, dass keine Konfliktsituation entsteht (vgl. Liang/Kammhuber, 2003, 173).

Das Durchsetzen eigener Interessen ohne Rücksicht auf andere Gruppenmitglieder ist in der chinesischen Gesellschaft verpönt. Forderungen werden nicht direkt abgelehnt, wenn dies den anderen unangenehm wäre. Ein klares „Nein“ wird in China vermieden und ein „Ja“ bedeutet nicht immer Einverständnis. Oft ist es ein „ambivalentes Ja“ und es wird der Sensibilität des anderen überlassen zu erkennen, ob vielleicht nicht eher „Nein“ gemeint war (vgl. Zinzius, 2007, 43). Hier besteht ein großer Unterschied zwischen Asien und Europa. Während im Westen großer Wert auf Konfliktfähigkeit, Konstruktivität und sachliche Aussprache gelegt wird, gilt in China das Prinzip des Bestrebens nach Konfliktvermeidung. Mei-

nungsverschiedenheiten durch offene Diskussion zu klären ist für einen Chinesen kein gangbarer Weg, denn Harmonie und die Bewahrung des Gesichts haben Vorrang (vgl. Zinzius, 2007, 163).

Um die Harmonie zu wahren, ist es auch wichtig, niemanden direkt zu kritisieren bzw. das Gesicht des anderen zu wahren. Direkte Kritik oder Bloßstellung vor allem in Anwesenheit von Dritten bedeutet für den Kritisierten einen Gesichtsverlust. Wer dem Gegenüber Gesichtsverlust zufügt, verliert selbst das eigene Gesicht. Das Gesicht verliert auch jemand, der den Anforderungen nicht genügt, die an ihn gestellt werden oder ein Versprechen nicht hält. „Gesicht geben“ heißt, das Ansehen einer Person zu vermehren, etwa durch Respekt, Lob oder Anerkennung vor allem in Anwesenheit vor Höher- oder Gleichgestellten. Das Wahren des Gesichts anderen, ist der Erhalt des eigenen Gesichts (vgl. Zinzius, 2007, 44f).

So verpacken viele Chinesen auch Kritik und Ablehnung zwischen den Zeilen, meist hinter Sprichwörtern (vgl. Huang et al., 2012, 91). Oft sind Chinesen es auch gewohnt, sich entgegen ihrer eigenen Meinung abweichend zu äußern. Verneinungen oder Bejahungen werden, wie bereits erwähnt, oft umschrieben oder im übertragenen Sinne abstrakt kodiert und umformuliert. Europäer kommen häufig mit dieser Art der Kommunikation nur schwer zurecht, was immer wieder zu Missverständnissen führt (vgl. Huang et al., 2012, 226). Überhaupt wird in China relativ wenig gesprochen (vgl. dazu auch die Ausführungen in Abschnitt 6.2). Schweigen ist Gold. Längere Gesprächspausen empfinden Chinesen nicht als unangenehm, Pausen werden genutzt um nachzudenken sich zu erholen oder um Gesprächspartner auch sein Gegenüber zu durchblicken. Langer direkter Blickkontakt wird vermieden. Nach kurzem Blickkontakt bricht man diesen ab und sieht an der anderen Person vorbei. Gegenüber Vorgesetzten gilt konstanter Blickkontakt sogar als Respektlosigkeit (vgl. Zinzius, 2007, 101).

Weitere Merkmal der chinesischen Mentalität sind Geduld und Bescheidenheit. Im Volksmund in China sagt man, dass der Erfolgreiche in der Geschichte immer schon viel Geduld gebraucht habe. Bescheidenheit ist für die Chinesen nötig, um den Neid von anderen zu vermeiden. Insofern ist Selbsterniedrigung ein wichtiger Teil der Lebensphilosophie für Chinesen (vgl. Huang et al., 2012, 97). Im Umgang

mit Vorgesetzten ist die Kommunikation meist vertikal statt horizontal, d. h. Mitarbeiter haben sehr großem Respekt vor Vorgesetzten, Meinungen gegenüber Vorgesetzten werden kaum geäußert (vgl. Huang et al., 2012, 137). Auch Liang und Kammhuber weisen darauf hin, dass der Vorgesetzte eine nicht kritisierbare Autorität darstellt (vgl. Liang/Kammhuber, 2003, 175). Auch ist der Vorgesetzte häufig Problemlösungsinstanz bei Konflikten zwischen Kollegen (vgl. Huang et al., 2012, 141).

Zum Umgang mit Kollegen ist festzuhalten, dass sich der chinesische Arbeitnehmer relativ wenig um die anderen kümmert, häufig herrscht auch Misstrauen zwischen Kollegen, wobei dies eher eine Folge der Kulturrevolution war, deren Auswirkungen heute nicht mehr so stark zu spüren sind. Sollte es zu Konflikten zwischen Kollegen kommen, so ist, wie bereits erwähnt, der Vorgesetzte gefragt, hier als Problemlösungsperson auf den Plan zu treten (vgl. Huang et al., 2012, 140f).

In China wird das Alter geehrt und es genießt hohes Ansehen. Es heißt „je älter man ist, desto größer ist die Macht, die man hat“ (Zinzius, 2007, 59). Das hierarchische Denken des Konfuzianismus verlangt Unterwürfigkeit von Jüngeren gegenüber Älteren. Die wichtigen Entscheidungen werden vom ältesten männlichen Familienmitglied getroffen. Die hierarchisch hohe Position des Alters zeigt sich auch in Firmen. Entscheidungen in Gremien sind stark abhängig von der Meinung des ältesten Mitglieds. Zwar ist auch hier einiges an Veränderung im Gang und Entscheidungen beruhen verstärkt auf Sachkenntnis und Fachwissen, doch die Hochachtung des Alters bleibt erhalten. Die Chinesischen Verhaltensregeln verlangen weiterhin Älteren nicht zu widersprechen (vgl. Zinzius, 2007, 59f).

5.2.2 Pflegeausbildung in China

Pflege als Berufsstand begann in China im Jahr 1884. Zu dieser Zeit wurden Spitäler in Shanghai und Fuzhou eröffnet. Nach der Eröffnung der Spitäler in Shanghai und Fuzhou wurden auch Trainingsprogramme für Pflege gestartet (vgl. ShuZhen, 2001, 217). 1888 wurde durch die Amerikanerin Ella Johnson (vgl. Chan/Wong, 1999, 1301) die erste Pflegeschule für chinesische Pflegekräfte eröffnet (vgl. ShuZhen, 2001, 217; Smith/Tang, 2004, 16). Die 1909 gegründete

CAN (Chinese Nursing Association) fungierte als einzige Akkreditierungsinstanz für alle Ebenen der Pflegeausbildungsprogramme (vgl. ShuZhen, 2001, 218). 1921 wurde eine Universitätsschule für Pflege an der Universität in Peking etabliert (vgl. ShuZhen, 2001, 217). Das „Peking Union Medical College“ (PUMC) mit seiner 5-jährigen „Bachelor of Nursing“-Ausbildung war die erste von vielen Pflegeschulen, die zwischen 1920 und den 1930ern entstanden (vgl. Smith/Tang, 2004, 17) und 1937 existierten 183 registrierte Einrichtungen (vgl. Chan/Wong, 1999, 1301). 1949 waren bereits 216 Pflegeausbildungsprogramme aktiv und das PUMC hatte bis 1952 insgesamt 264 Pflegekräfte mit Bachelor Level hervorgebracht (vgl. Smith/Tang, 2004, 17). Mit 1952 trat eine Ausbildungsreform nach einem sowjetischen Modell in Kraft und alle „secondary school“-Ausbildungen für Pflege wurden eingestellt (vgl. Xu et al., 2000, 208). 1967 bis 1977 wurde die Pflegeausbildung durch die Kulturrevolution dann praktisch stillgelegt. Ausbildung wurde von der Regierung als nicht essentiell eingestuft und die meisten Pflegeschulen wurden geschlossen (vgl. Smith/Tang, 2004, 17). Nach der Kulturrevolution nahmen Pflegeschulen wieder ihre Tätigkeit auf. Während der 1980er Jahre erkannte die chinesische Regierung die dringende Notwendigkeit von Pflege und von Pflegeausbildung (vgl. Chan/Wong, 1999, 1301).

Die Pflegeausbildung in China entwickelte sich nun schnell (vgl. Wong et al., 2000, 97) und 1983 gab es diese in China wieder auf einem Bachelor Level (vgl. Smith/Tang, 2004, 17; vgl. dazu auch ShuZhen, 2001, 218). 1996 gab es 503 Programme auf Zertifikatsniveau in Pflege- und Gesundheitsschulen, 31 Programme auf Diplomniveau in Colleges und an Universitäten und 18 Programme auf Bachelorniveau an Universitäten (vgl. Wong et al., 2000, 97). Im Jahr 2000 existierten mindestens fünf postgraduelle Ausbildungsprogramme (vgl. Wong et al., 2000, 97f).

Beinahe alle genehmigten Ausbildungsprogramme für Pflegekräfte in China führen zur Lizenzierung als „Registered Nurse“ (RN) (vgl. Xu et al., 2000, 208f). Es gibt 3 wesentliche Wege um den Status RN zu erlangen: „Secondary Nursing Education“-Programme, „Zhuanke“-Programme und Bachelor Programme (vgl. Xu et al., 2000, 208). 1996 wurde durch das Gesundheitsministerium eingeführt, dass diese Zertifizierung 2 Jahre gültig ist und alle Pflegekräfte einen entsprechenden

Bildungsnachweis liefern müssen, um diese zu erneuern (vgl. Wong et al., 2000, 97).

Inhaltlich sollen diese Ausbildungsprogramme technisches Pflegewissen und Fertigkeiten vermitteln. Sie beinhalten sowohl Pflegekurse wie auch Kurse in Naturwissenschaften und Verhaltenswissenschaften (vgl. ShuZhen, 2001, 219). Unter anderem gibt es auch eine auf Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) spezialisierte „Secondary Nursing Education“. Diese Ausbildung soll Pflegekräfte hervorbringen, die in der Lage sind, entsprechend der ganzheitlichen Sichtweise, der Philosophie und der Grundsätze der TCM pflegerisch zu handeln und Behandlungstechniken der TCM wie Akkupunktur anzuwenden (vgl. Xu et al., 2000, 209). Nach Absolvierung einer „Secondary Nursing Education“ ist man berechtigt, an der „National Nurse Licensure Examination“ (NNLE) teilzunehmen. Mit Bestehen der NNLE erhält man den Status RN (vgl. Xu et al., 2000, 209).

6 Empirie

6.1 Methodische Vorgehensweise

6.1.1 Zur Erhebungsmethode

Der empirische Teil der Arbeit basiert auf zehn problemzentrierten Leitfadeninterviews, durchgeführt nach der Erhebungsmethode von Witzel (1985). Diese Art der Befragung bietet bereits eine gewisse Strukturierung des erhobenen Datenmaterials. Dennoch können sich die Interviewpartner (IPs) spontan zu bestimmten Fragen äußern. Dadurch kann es auch zu längeren narrativen Teilen kommen. Dies ermöglicht ein umfassendes Bild um einen tieferen Einblick in die Thematik zu gewinnen.

6.1.2 Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden gliedert sich in insgesamt vier Kategorien (bezeichnet mit römischen Ziffern), die jeweils wiederum in zwei bis fünf Fragen (arabische Ziffern) unterteilt sind. In der ersten Kategorie sind Fragen zur Vorphase der Tätigkeit als Pflegekraft in Österreich erfasst: 1. Aufenthalt in Österreich seit wann? 2. Motive für den Wunsch als Pflegekraft in Österreich zu arbeiten, 3. Vorinformationen zu Österreich bzw. Vorbereitung auf die Tätigkeit als Pflegekraft in Österreich, 4. Formales (Aufenthaltsbewilligung, Arbeitsgenehmigung, Nostrifizierung, etc.), 5. Erwartungen in Bezug auf die Tätigkeit. Der zweite Frageblock umfasst die Fragen zur Ausbildung bzw. zur Umsetzung des Gelernten (Frage 6). Darüber hinaus sollte in diesem Block auch geklärt werden, wie sich der Arbeitsbeginn der Befragten gestaltete (Frage 7). Der dritte Frageblock war den Menschen im Arbeitsumfeld gewidmet. Es sollte erfragt werden, wie die Zusammenarbeit mit Kollegen, Vorgesetzten und den Patienten verlaufen ist bzw. verläuft (Fragen 8-10) und welche integrationsspezifischen Maßnahmen von öffentlicher Seite bzw. von Seiten der Leitung ergriffen worden sind (Frage 11). Der vierte Frageblock schließlich bezog sich auf Privates und die Zukunft. Zum einen sollte erfragt werden, in welcher fa-

miliären Situation sich die Befragten bei Ankunft in Österreich befanden und sich heute befinden (Frage 12), warum sie sich entschlossen haben, in Österreich zu bleiben (Frage 13) und wie sie ihre Zukunft sehen (Frage 14). Die von Mayring geforderte Kategorisierung hat sich somit aus den Frageblöcken und die Unterkategorien aus den einzelnen Fragen ergeben. Der gesamte Interviewleitfaden befindet sich im Anhang.

6.1.3 Interviewpartnerinnen

Zu den Interviewpartnerinnen ist festzuhalten, dass zu diesen bereits vor der Erhebung teilweise persönlicher Kontakt bestanden hat. Jene Interviewpartnerinnen, die die Verfasserin der vorliegenden Arbeit nicht gekannt hat, wurden im Zuge eines Schneeballverfahrens lukriert. Die Interviews selbst fanden entweder in den Wohnungen der Befragten oder aber in Kaffeehäusern statt, die genügend Ruhe für ein derartiges Interview boten.

Einschlusskriterien für die Interviewpartner:

- Die an dem Interview teilnehmenden Pflegepersonen haben „persönlichen Migrationserfahrung“, sind in Polen oder China geboren und haben jeweils dort auch ihre Pflegeausbildung auf Diplomniveau absolviert.
- Die an dem Interview teilnehmenden Pflegepersonen arbeiten aktuell seit mindestens 3 Jahren in einem österreichischen Pflegeheim.
- Es gab vorab explizit keine Einschränkungen bezüglich Geschlecht oder Alter.

Die nachstehende Tabelle bietet einen Überblick über die demografischen Daten der interviewten Pflegepersonen:

Demografische Daten der Interviewpartnerinnen						
	Herkunftsland	Staatsbürgerschaft	Geschlecht	Alter	Familienstand	Migration
IP1	China	Österreich	weiblich	39	verheiratet	1997
IP2	China	Österreich	weiblich	44	ledig	1997
IP3	China	Österreich	weiblich	49	verheiratet	1995
IP4	China	Österreich	weiblich	49	verheiratet	1997
IP5	China	Österreich	weiblich	50	ledig	1997
IP6	Polen	Polen	weiblich	42	verheiratet	1995
IP7	Polen	Polen	weiblich	40	verheiratet	1995
IP8	Polen	Polen	weiblich	40	verheiratet	1993
IP9	Polen	Österreich	weiblich	55	verheiratet	1991
IP10	Polen	Österreich	weiblich	49	verheiratet	1992

Tabelle 7: Demografische Daten der Interviewpartnerinnen

Wie in der Tabelle ersichtlich, wurden jeweils fünf polnisch- und fünf chinesischstämmige Pflegekräfte für die Stichprobe rekrutiert. Alle teilnehmenden Personen sind weiblich und sind in den Neunziger Jahren nach Österreich gekommen. Das Alter der Interviewpartnerinnen liegt zwischen 39 und 55 Jahren. Die befragten Chinesinnen sind nun alle österreichische Staatsbürgerinnen, während von den polnischen Befragten nur zwei die österreichische Staatsbürgerschaft angenommen haben.

6.1.4 Zum Forschungsprozess

Zunächst wurde auf Basis eines Interviewleitfadens der von Dr. Novak-Zezula und Dr. Karl-Trummer im Rahmen des Projekts "Migrant Nurses Study" 2009/2010 entwickelt wurde ein Interviewleitfaden für die Arbeit erstellt. Anschließend daran wurde versucht, neben den bereits bekannten Pflegekräften, die sich zu einem

Interview bereit erklärt hatten, weiter Pflegekräfte zu kontaktieren, wobei sich diese Kontakte über Empfehlungen ergeben haben. Die Interviews selbst wurden auf einem analogen Diktiergerät aufgenommen und anschließend transkribiert (Abschnitt 6.2). Die Auswertung erfolgt auf Basis dieser Transkripte, wobei nach der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, 115 ff) vorgegangen wurde. Aussagekräftige Passagen wurden wörtlich wiedergegeben.

6.2 Auswertung¹⁶

6.2.1 Interviewperson 1

6.2.1.1 Vorphase

Aufenthalt in Österreich seit wann

IP 1 gab an, seit 1997 hier zu sein.

Motive für den Wunsch nach einer Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich

Die Befragte gab für den Wunsch für ihre Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich an, dass sie das Ausland sehen wollte. Es sei damals noch sehr schwer gewesen, aus China auszureisen, sie wollte aber die Welt sehen. Es habe allerdings noch einen anderen Grund gegeben, den die Befragte allerdings nicht nennen wollte.

Vorinformationen und Vorbereitung

In Bezug auf die Vorbereitungen hielt IP 1 fest, dass es einen Vertrag zwischen der Stadt Wien und China hinsichtlich des Entsendens von chinesischen diplomierten Krankenschwestern nach Wien gegeben habe. Dieser habe sich auf zwei Jahre erstreckt und sämtliche Vorbereitungen, die für das Ergreifen der Tätigkeit in Wien nötig gewesen sei, hätten die chinesischen bzw. österreichischen Behörden

¹⁶ Bei IP 1-5 handelt es sich um chinesische Pflegekräfte, bei IP 6-10 um polnische.

erledigt, angefangen von einem intensiven Deutschkurs bis hin zum Organisieren von Dienstwohnungen in Wien. Die Vorinformationen, die sie über Österreich hatte, seien gewesen, dass sie ein wenig über dieses Land von einer Kollegin, die mit einer Vorgruppe in Österreich war, erfahren habe, durch diese Information hätte sie sich aber keine konkrete Vorstellung machen können.

Bürokratisches und Formales

Besondere Formalitäten, so IP 1, seien nicht zu erfüllen gewesen, da wie bereits erwähnt, alles sowohl von österreichischer als auch chinesischer Seite her vorbereitet gewesen sei. Ihre Ausbildung musste sie dann aber nach Ablauf der zwei Jahre nostrifizieren lassen, was im Großen und Ganzen nicht schwierig gewesen sei, außer bei den Gesetzestexten habe sie keinerlei Probleme mit der Nostrifizierung gehabt.

Erwartungen an die Tätigkeit in Österreich

Besondere Erwartungen im Bezug auf Österreich oder ihre Tätigkeit hier habe sie keine gehabt, sie sei damals sehr jung gewesen: „Ich wollte nur schauen, wie es in einem anderen Land alles so ist“ (IP 1).

6.2.1.2 Ausbildung und Umsetzung

Umsetzung des Gelernten aus dem Heimatland bzw. Unterschiede in Bezug auf die pflegerische Tätigkeit

Zur Frage, ob sie das zu Hause Gelernte hier in Österreich umsetzen habe können, gab IP 1 an, dass sie zu Hause extrem viel Medizinisches gelernt habe, das sie hier in Österreich nicht zur Anwendung bringen könne. In China würden diplomierte Krankenschwestern kaum Körperpflege durchführen, jedoch sehr viele medizinische Tätigkeiten wie das Verabreichen von Infusionen, Erstversorgung bei Notfällen, Blutabnahmen etc. Hier in Österreich sei sie nahezu ausschließlich mit pflegetechnischen Angelegenheiten befasst. Von dem Gelernten könne sie hier daher nur sehr wenig umsetzen, es sei sehr gewöhnungsbedürftig gewesen. „Hier braucht man nicht so viel machen. Am Anfang war das für mich schon irgendwie eigenartig. Ich wusste gar nicht, was ich machen soll. Ich möchte etwas tun, aber ich brauche nicht“ (IP 1).

Schwierigkeiten zu Arbeitsbeginn

Zu Beginn ihrer Tätigkeit habe sie große Probleme mit der Sprache gehabt, v. a. jene Kollegen, die schnell oder im Dialekt gesprochen hätten, hätte sie nur ganz schwer verstanden. Dasselbe galt auch für Patienten. Darüber hinaus war auch von der Tätigkeit her alles neu. Sie habe das erste Mal alte Menschen gesehen, die im Sterben gelegen sind, das sei für sie sehr schwer gewesen. Mit der Zeit habe sie sich aber an die Tätigkeit gewöhnt, die insgesamt auch nicht sehr schwierig gewesen sei. Ein paar Mal andere Teammitglieder bei der Ausführung der Tätigkeiten zu beobachten, sei genug gewesen, um zu wissen, wie bei der Pflege hier konkret vorgegangen werde.

6.2.1.3 Menschen im Arbeitsumfeld

Unterstützung bzw. Aufnahme seitens der Kollegen im Team

Besondere Probleme im Team habe sie weder zu Beginn gehabt, noch habe sie diese jetzt. Es seien immer schon relativ viele Ausländer unter den Schwestern gewesen, mindestens 50%. Am Anfang seien es allerdings große sprachliche Probleme gewesen, die sie gehabt habe. Manche der Kollegen hätten ihr immer geholfen, manche aber nicht. V. a. die Tatsache, dass sie nicht viel gesprochen habe, sei bei manchen nicht gut angekommen. Chinesen seien nun einmal nicht sehr gesprächig, vor allem nicht bei der Arbeit. In China werde die Arbeit erledigt, ohne dazwischen „die ganze Zeit zu tratschen“ (IP 1). Bei ihr sei das aber von manchen so ausgelegt worden, dass wenig reden auch wenig arbeiten bedeute. Es sei hier aber nicht nur Kritik von Österreichern, sondern auch von Ausländern, so z. B. Tschechen, gekommen. Ansonsten habe es aber keinerlei Probleme mit den Kollegen gegeben.

Verhältnis zu den Vorgesetzten

Mit den Vorgesetzten sei sie immer gut ausgekommen, außer auf der ersten Station. Dort habe der Vorgesetzte ein Problem gehabt, er habe mit Ausländern „nicht so gut können“ (IP 1), habe sie aber dennoch beurteilt und das, obwohl er lange Zeit im Krankenstand gewesen sei. Die Beurteilung sei nicht gut genug gewesen.

Alle anderen Vorgesetzten seien immer nett zu ihr gewesen. Sie habe auch die entsprechende Unterstützung von ihnen erhalten.

Erfahrungen mit Patienten

Im Pflegeheim sei sie mit den Patienten immer gut zurechtgekommen. Dort seien die Patienten auch Ausländer gewöhnt gewesen. In der Hauskrankenpflege, wo sie vorübergehend tätig gewesen sei, habe sich dies aber geändert. Es habe im Besonderen ein Erlebnis gegeben, wo eine alte Dame behauptet habe, sie würde sie überhaupt nicht verstehen und hatte deshalb eine andere Krankenschwester angefordert. Ihre Chefin sei damals aber hinter ihr gestanden und habe der Dame am Telefon mitgeteilt, dass sie unterschreiben müsse, dass eine Krankenschwester geschickt worden sei, einen Ersatz gebe es nicht. Da habe sich die Dame entschieden, sie bleiben zu lassen und konnte sie dann plötzlich doch verstehen. „Dann hat sie mit mir geredet und Blablabla, dann zum Schluss hat die zu mir gesagt, sie kann mich doch schon verstehen. Ich habe darauf gesagt: ‚Sie haben mit mir gar nichts geredet und dann gehen sie gleich zum Telefon‘“ (IP 1).

Integrationsspezifische Maßnahmen

Weder während der zwei Jahre, während denen sie bei der Gemeinde Wien unter Vertrag gewesen sei, noch anschließend habe es jemals auf beruflicher Ebene integrationsspezifische Maßnahmen gegeben.

6.2.1.4 Privates/Zukunft

Familiäres

IP 1 gab an, fünf Jahre nach ihrer Ankunft in Österreich einen Chinesen geheiratet zu haben. Nun habe sie zwei kleine Kinder.

Gründe für den weiteren Verbleib in Österreich

Auf die Frage, warum sie in Österreich geblieben sei, gab IP 1 an, dass es ihr hier sehr gut gefallen habe und sie noch weiterhin reisen möchte, da sie noch andere Länder sehen möchte.

Pläne für die Zukunft

IP 1 gab an, keinerlei Karrierepläne zu haben. Ihre Kinder seien noch klein, sie habe daher wenig Zeit, sich auf eine „Karriere“ zu konzentrieren. In fünf Jahren werde sich an dieser Tatsache eigentlich noch nichts geändert haben. An die Pension denke sie noch nicht, d. h. sie wisse noch nicht, wo sie ihre Pension verbringen wolle. Die Pension sei noch zwanzig Jahre weg, möglicherweise würden in 20 Jahren auch gar keine Pensionszahlungen mehr geleistet. Gerade dann sei eine Rückkehr nach China eher wahrscheinlich.

6.2.2 Interviewperson 2

6.2.2.1 Vorphase

Aufenthalt in Österreich seit wann

IP 2 gab an, seit 1997 in Österreich zu sein.

Motive für den Wunsch nach einer Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich

Als Grund für ihre Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich gab IP 2 an, dass es ein Austauschprojekt zwischen China und Österreich gegeben habe. Eine medizinische Gruppe aus Österreich, die Interesse an chinesischer Medizin und Akupunktur gehabt habe, soll nach China gekommen sein. Im Austausch dafür sei eine Gruppe von chinesischen Krankenschwestern nach Wien gekommen. Es seien verschiedene Gruppen gewesen, eine aus Peking, drei Gruppen aus Shanghai, drei oder vier Gruppen aus Chin-Tao. Ihre Gruppe sei die letzte gewesen, aus Peking. Ein Grund, warum sie hier hergekommen sei, sei jener gewesen, weil sie gewusst habe, dass sie hier gut verdienen werde. Daheim habe sie als Stationsschwester eine Station geleitet. Der Job sei extrem stressig und belastend gewesen, sie habe sehr viel arbeiten müssen. Sie wollte ihre Situation verändern und verbessern.

Vorinformationen zu Österreich sowie Vorbereitungen

Über Österreich selbst habe sie nichts gewusst, vorbereitet sei sie nur in Bezug auf ihre sprachlichen Kenntnisse worden. Sie habe ein Jahr lang einen Deutsch-

kurs in China besucht, dann sei jemand aus Wien nach China zur Prüfungsabnahme gekommen. Es sei sowohl eine mündliche als auch eine schriftliche Prüfung gewesen. Von den dreißig Bewerberinnen wurden dann schließlich 18 genommen. Sämtliche Dokumente seien dann von den Behörden vorbereitet worden, auch Personalwohnungen in Wien seien schon bereit gestanden und einen Geldvorschuss habe es ebenfalls gegeben. Es sei alles sehr gut organisiert gewesen. Im Bezug auf die Tätigkeit, die sie erwartet hatte, gab IP 2 an, dass sie erwartet hatte, als Krankenschwester im Spital zu arbeiten. Dies sei den Teilnehmerinnen in China auch gesagt worden. Dann sei sie aber eingeteilt worden in einem Pflegeheim zu arbeiten.

Bürokratisches und Formales

Für die zwei Jahre, während denen sie für die Gemeinde Wien gearbeitet habe, habe es nichts mehr Formales für sie zu erledigen gegeben. Allerdings musste sie nach Ablauf der zwei Jahre ihre Unterlagen nostrifizieren lassen. Bei der Gemeinde habe sie aufgrund des Vertrages als diplomierte Krankenschwester gearbeitet, nach Ablauf der zwei Vertragsjahre habe sie eine neue Stelle im privaten Bereich suchen müssen um in Österreich bleiben zu können. Sie habe dann offiziell als Pflegehelferin gearbeitet, inoffiziell habe sie aber die Arbeit einer diplomierten Krankenschwester verrichtet. Die Fächer, die sie bei Nostrifizierung nachmachen musste, seien Röntgen, Hygiene, Gesetze, geriatrische Pflege und Psychiatrie gewesen. Die Nostrifizierung selbst sei überaus schwierig für sie gewesen, es seien bestimmte Auflagen einzuhalten gewesen. Darüber hinaus habe die Nostrifizierung relativ viel Geld gekostet. Das Schwierigste sei aber die Tatsache gewesen, dass die Prüfungsvorbereitungen neben einer 40-stündigen Arbeitswoche erledigen habe müssen und keinen Urlaub bekommen habe. Nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der Gemeinde habe sie bald eine Arbeitserlaubnis und ein Visum erhalten. Hier seien ihr keinerlei Steine in den Weg gelegt worden.

Erwartungen an die Tätigkeit in Österreich

IP 2 hatte sich erwartet, in einem Krankenhaus zu arbeiten, wurde dann aber in einem Pflegeheim untergebracht. Anschließend habe sie dann bei der Caritas gearbeitet. Die Arbeit sei sehr schwer gewesen, täglich seien 46 Patienten zu betreuen gewesen. In einem kleinen Pflegeheim im 13. Bezirk, in dem sie dann

anschließend gearbeitet habe, sei es aber einfacher für sie gewesen. Nach erfolgreicher Nostrifizierung habe sie dennoch erneut bei der Gemeinde Wien zu arbeiten begonnen. Ursprünglich habe sie nicht viel erwartet, v. a. dachte sie, dass sie nur zwei Jahre bleiben würde. Im Vergleich zu China sei es dennoch eine Verbesserung gewesen, dort habe sie noch schwerer arbeiten müssen. Sie sei Stationschwester gewesen und habe die Arbeit als psychisch belastend empfunden. Sogar in Ihrer Freizeit habe sie gearbeitet. Für sie sei es in Österreich im Vergleich wie im Paradies.

6.2.2.2 Ausbildung und Umsetzung

Umsetzung des Gelernten aus dem Heimatland bzw. Unterschiede in Bezug auf die pflegerische Tätigkeit

Die Ausbildung, die sie in China erhalten habe, würde sie für die Tätigkeit in Österreich vollkommen überqualifizieren. Die Ausbildung sei dort sowohl auf schulmedizinische als auch auf traditionell chinesisch-medizinische (TCM) Behandlungsmethoden ausgerichtet. In China habe sie Blutabnahmen gemacht und Magensonden gesetzt. Körperpflege war nicht Teil ihrer Aufgabe. Auch das Verabreichen einer Leibschüssel sei damals nicht in ihr Aufgabengebiet gefallen. Aus menschlichen Gründen habe sie es natürlich getan, in ihrem Arbeitsspektrum sei es jedoch nicht vorgekommen. Es seien die Verwandten, die dafür zuständig seien. Sie selbst denke aber, dass es auch in China bald so sein werde, dass die körperliche Pflege in den Bereich der Krankenschwestern fallen werde, denn aufgrund der Tatsache, dass pro Familie nur ein Kind da ist, werden in Zukunft bald zu wenige Angehörige für die Körperpflege zur Verfügung stehen. Insgesamt seien die Arbeitsbereiche in China bzw. in Österreich aber „zwei verschiedene Welten“ (IP 1).

Schwierigkeiten zu Arbeitsbeginn

Der Anfang hier sei ihr sehr, sehr schwer gefallen, die Tätigkeit habe ihr nicht gefallen. „Am Anfang hat es mir hier nicht gefallen. Also Stuhl putzen und solches. Wo sehe ich da mein Wert? Ich habe viel Erfahrung im Krankenhaus. Warum muss ich das machen? Aber mit der Zeit gewöhnt man sich, und so gelassen“ (IP 2).

6.2.2.3 Menschen im Arbeitsumfeld

Unterstützung bzw. Aufnahme seitens der Kollegen im Team

IP 2 berichtete, dass ihre Freundin ein gutes Team zu Arbeitsbeginn erwischt habe, sie selbst allerdings nicht. Die Kolleginnen auf der ersten Station seien größtenteils unfair zu ihr gewesen, unehrlich und v. a. sehr faul. Sie wurde sehr viel ausgenutzt. Es war zwar nicht ausgesprochen, aber wenn der Schmutzwäschewagen – eine der unliebsamsten Tätigkeiten – zu machen gewesen sei, so sei dies ohne Frage ihr Job gewesen. Auch mit Deutsch habe sie große Probleme gehabt, sie habe viel nachfragen müssen und dies hätten die Kolleginnen ausgenutzt. Sie hätten zwar geholfen, aber hätten sie arbeitsmäßig ausgenutzt. Es sei ihnen auch nie eingefallen zu fragen, ob sie gemeinsam mit ihr in die Pause gehen wollten. Streit habe sie dennoch vermieden. Sie habe zwar ihre eigene Meinung gehabt, aber diese für sich zu behalten sei eine Niveaufrage.

Verhältnis zu den Vorgesetzten

Bereits der erste Tag sei sehr schlecht gewesen. Ihre Vorgesetzte habe gehört, wie sie Deutsch gesprochen habe und habe gesagt, sie solle sich in den Tagraum setzen zu den Patienten, um Deutsch zu lernen, was von der Vorgesetzten aber verantwortungslos und gedankenlos gewesen sei, denn die meisten Patienten seien dement und verwirrt gewesen, manche sogar aggressiv. Dennoch habe sie nicht widersprochen. Es sei für Chinesen typisch, immer ruhig zu bleiben und sich nicht zu beklagen, fleißig zu sein, bescheiden zu bleiben, zurückgezogen zu sein, nicht zu streiten und Konflikte zu vermeiden.

Erfahrungen mit Patienten

Die meisten Patienten seien in Ordnung und nett. Teilweise habe sie es v.a. am Anfang aber auch mit aggressiven Patienten zu tun gehabt. Einmal hätte sie sogar eine Ohrfeige von einer Patientin bekommen. Für sie die lohnendste Tätigkeit im Zusammenhang mit Patienten sei die Kurzzeitpflege gewesen. Die Patienten seien liegend auf die Station gekommen oder im Rollstuhl und hätten nach guter Pflege nach einiger Zeit die Station teilweise wieder gehend verlassen können.

Integrationspezifische Maßnahmen

Im Arbeitsbereich seien keinerlei integrationsspezifische Maßnahmen ergriffen worden. Sie selbst habe in ihrer Freizeit einen Deutschkurs belegt. Mit der Sprache habe sie dennoch immer noch Schwierigkeiten.

6.2.2.4 Privates/Zukunft

Familiäres

Sie habe hier in Österreich keine Familie und fühle sich daher oft einsam. Ihre gesamte Familie sei in China, wo sie etwa alle 2 Jahre einmal für fünf Wochen hinfahre und Urlaub mache. Dort sei sie dann allerdings meistens davon drei Wochen krank.

Gründe für den weiteren Verbleib in Österreich

Sie habe, als sie hierher gekommen sei, nicht geplant, zu bleiben. Von ihrer Gruppe seien aber andere Kolleginnen geblieben, wobei manche dies von Anfang an vorhatten und so sei schlussendlich auch sie hier in Österreich geblieben.

Pläne für die Zukunft

IP 2 gab an, in Österreich bleiben zu wollen. Möglicherweise wolle sie hier auch ihre Pension verbringen. Sie hielt abschließend noch fest, dass sie nach Österreich kommen wollte, um in ein demokratisches Land zu kommen, denn Demokratie „gab's bei uns in China nicht. Ich wollte so sehr dann zu der Demokratie, dass man sagen kann, was man denkt. Aber wenn ich jetzt so überlege, ist das in Österreich auch keine große Demokratie. Weil man muss immer überlegen, was man so sagt, damit man keine Schwierigkeiten mit den Vorgesetzten bekommt“ (IP 2).

6.2.3 Interviewperson 3

6.2.3.1 Vorphase

Aufenthalt in Österreich seit wann

IP 3 gab an, 1995 nach Österreich gekommen zu sein.

Motive für den Wunsch nach einer Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich

IP 3 hielt fest, dass es einen Vertrag zwischen Wien und Peking gegeben habe, den habe der damalige Bürgermeister Zilk ausgehandelt. Eine Nostrifizierung der Diplome sei nicht nötig gewesen. Ihr eigentliches Motiv sei gewesen, dass sie sehen wollte, wie Krankenschwestern in Europa bzw. Österreich arbeiten. Von Seiten der Stadt Peking habe es geheißen, dass die Schwestern nach Europa geschickt werden sollten, dass sie „dort supermedizinische Technik lernen“ (IP 3). Für sie selbst sei es damals eine Chance, aus China hinauszukommen und etwas von der Welt zu sehen gewesen.

Vorinformationen zu Österreich sowie Vorbereitungen

Vorbereitungen in bürokratischer Hinsicht seien keine notwendig gewesen, da sich die Stadt Wien bzw. Peking bereits um alles gekümmert haben. Allerdings habe sie ein Jahr lang in China intensiv Deutsch gelernt und sei dabei vom Dienst freigestellt gewesen, habe aber in dieser Zeit kein Gehalt bezogen. Andere Kolleginnen, die in anderen Gruppen waren, hätten ihr Gehalt allerdings weiter bezogen. Zur Abnahme der Prüfung sei ein Gesandter der Magistratsabteilung in Wien gekommen. Die Erteilung der Arbeitserlaubnis habe sich dann aber hingezogen. In der Zwischenzeit habe sie in China allerdings nicht gearbeitet und musste von den Eltern finanziell unterstützt werden. Die Politik sei damals in Österreich in den 90er Jahren sehr ausländerfeindlich gewesen, daher habe sich die Aufenthaltserlaubnis relativ lange hingezogen. Wien habe das damals sehr schlau gemacht, weil die Stadt somit nichts oder kaum etwas in die Krankenschwestern investieren musste. Die Ausbildung hätten sie ja bereits gehabt und der Deutschkurs habe in China stattgefunden.

Bürokratisches und Formales

Wie bereits erwähnt, seien die formalen Dinge bereits vom Staat erledigt worden, auch die Wohnung im Schwesternwohnheim sei von der Stadt Wien organisiert worden.

Erwartungen an die Tätigkeit in Österreich

Ihre Erwartungen seien keineswegs erfüllt worden. Sie habe erwartet, in einem Spital zu arbeiten und landete dann aber im Pflegeheim. Das Gefühl war entsetzlich, „dieses Gefühl kann ich bis jetzt nicht mit dem richtigen Wort beschreiben“ (IP

3). Sie habe keinerlei Einschulung erhalten für die Pflege und wusste nicht einmal, wie man einen Patienten mit dem Waschlappen wäscht. Darüber hinaus habe sie nur sehr schlecht Deutsch gesprochen. Die gesamte Arbeit und Tätigkeit habe sich auf das Ausspeisen und das Ausscheiden bezogen. Sie habe sich regelrecht degradiert gefühlt.

6.2.3.2 Ausbildung und Umsetzung

Umsetzung des Gelernten aus dem Heimatland bzw. Unterschiede in Bezug auf die pflegerische Tätigkeit

IP 3 hielt fest, dass sie kaum etwas von dem in China gelernten in Wien als Krankenschwester umsetzen konnte bzw. kann. In China habe sie die Tätigkeiten ausgeführt, die hier ein Turnusarzt ausübe. Sie habe Zentralvenenkatheter gesetzt, Katheter bei Männern und Frauen, Magensonden, Blut abgenommen, Infusionen verabreicht, Venflons gesetzt. Es sei dies die tägliche Routine gewesen. Ihre dreijährige Diplomschwesternausbildung aus China sei hier kaum verwertbar. Außerdem habe sie in China auch im Krankenhaus gearbeitet. Dort habe sie als Praxisanleiterin gearbeitet und dann als Stationsschwester. All diese Erfahrung zähle hier in Österreich nicht.

Schwierigkeiten zu Arbeitsbeginn

Hinsichtlich des Arbeitsbeginns gab IP 3 an, dass sie v. a. sprachliche Schwierigkeiten gehabt habe, ansonsten sei der Arbeitsbeginn v. a. aufgrund der bereits beschriebenen Probleme (Pflege statt medizinischer Betreuung) sehr schwierig gewesen.

6.2.3.3 Menschen im Arbeitsumfeld

Unterstützung bzw. Aufnahme seitens der Kollegen im Team

In kollegialer Hinsicht hielt IP 3 fest, dass das Auskommen mit den Kollegen sehr von den Stationen bzw. von Personen selbst abhängen. Sie habe mehr medizinische Vorbildung, andererseits aber weniger Erfahrung bei Körperpflege gehabt. Sie habe das Gefühl gehabt, dass manche Kollegen auf sie etwas neidisch gewesen seien aufgrund ihrer guten Ausbildung. Manche Kollegen hätten am Anfang

die Augen verdreht, weil sie nicht einmal gewusst habe, wie man einen Patienten mit dem Waschlappen wasche. Ein Jahr lang habe sie mit einer chinesischen Kollegin zusammengearbeitet, die bereits vor ihr da gewesen sei, dies habe ihr sehr viel geholfen. V. a. seien sie ein multikulturelles Team gewesen und jede Nation habe ihren eigenen Charakter, „vielleicht mit manche Kollegin ist eh leicht und man versteht sich besser, aber ich versuche mich gut mit allen [zu verstehen], für mich auch eine Herausforderung. Natürlich mit manchen, zum Beispiel mit den indischen Kollegen und mit Österreichern, irgendwie musst du schon auch drum kümmern, und dieser Charakter und Kultur ist doch unterschied[lich], du kannst nicht mit jedem selben Spaß machen“ (IP 3). Und weiter meinte IP 3: : „Die Österreicher geben hier vor, was da als korrekt akzeptiert wird, verstehst du? Die ausländische Person kann dann verzichten zu diskutieren, da ist Österreich, da ist diese Kultur und meine Geschichte, aber meine Meinung ist eh mehr so: wenn du nur mit bestimmte Person arbeitest, die du gern hast, hast du keine andere Chance wie die andere Leute, andere Arbeitsmethoden kennen zu lernen oder so was, natürlich kostet ja, ich habe nicht so viel Durchsetzungsvermögen“ (IP 3).

Verhältnis zu den Vorgesetzten

Am Anfang sei sie sehr zufrieden gewesen mit ihren Vorgesetzten. Ihre Deutschschwäche und ihre mangelnden Pflegekenntnisse hätten im Zusammenhang mit den Vorgesetzten nie eine Rolle gespielt. In den Folgejahren habe sie aber auch mit Vorgesetzten zu tun gehabt, die weniger freundlich und verständnisvoll gewesen seien.

Erfahrungen mit Patienten

Zu den Patienten gab IP 3 an, dass sie mit Patienten immer gut auskomme. „Wir Asiaten sind immer freundlich, und dann sind die Patienten auch freundlich zu uns“ (IP 3). Es seien eher dunkelhäutige Schwestern, die Probleme mit den Patienten hätten.

Integrationsspezifische Maßnahmen

IP 3 hielt fest, dass es in integrationsspezifischer Hinsicht keinerlei Angebote am Arbeitsplatz gegeben habe. Vom Teamgeist her habe sie allerdings das Gefühl gehabt, dass sie letztendlich immer fremd bleiben würde. „Ja sicher, egal ob du

besser arbeitest als die anderen, du machst deine Arbeit sehr gewissenhaft, aber trotzdem du bleibst immer fremd, ich habe solches Gefühl. Und ich habe so ein Zwang, viel mehr zu arbeiten, weil ich glaube, manche Inländer denken, wenn Fremde hier kommen Geld zu verdienen sollen dann mehr arbeiten“ (IP 3).

6.2.3.4 Privates/Zukunft

Familiäres

Zuerst sei sie alleine da gewesen, nach vier Jahren sei es dann möglich gewesen, die Familie nachzuholen. Sie sei hier sowohl mit Chinesen als auch mit Österreichern befreundet, sie komme mit beiden Gruppen gut zurecht, denn jede Nation habe ihren eigenen Charakter.

Gründe für den weiteren Verbleib in Österreich

Als sie hierher gekommen sei, habe sie gedacht, sie würde nach zwei Jahren wieder nach Hause reisen. Dies sei aber gar nicht möglich gewesen, denn es sei ihr vom Geld nicht viel über geblieben, sie musste jeden Monat 5000 Schilling an China zurück bezahlen und dann auch noch die Schwesternwohnung bezahlen. Eine Minute nach China anzurufen habe damals 26 Schilling gekostet, sie habe eine Familie und ein Kind, d. h. sie musste sehr oft nach China anrufen. Auch die Urlaube nach Hause kosteten Geld, Geschenke mussten für alle gekauft werden und nach zwei Jahren sei eigentlich kaum Geld da gewesen. Daher habe sie entschieden in Wien zu bleiben.

Pläne für die Zukunft

Jetzt würde sie gern wieder zurückgehen, aber das ginge nicht, denn sie habe in China alles verloren, sie habe dort nur elf Jahre gearbeitet und in das Pensions-system eingezahlt.

6.2.4 Interviewperson 4¹⁷

6.2.4.1 Vorphase

Aufenthalt in Österreich seit wann

IP 4 ist 1997 nach Österreich gekommen.

Motive für den Wunsch nach einer Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich

Die Befragte gab an, dass es einen Vertrag mit Wien gegeben habe, im Zuge dessen sechs Gruppen von Krankenschwestern nach Österreich gekommen seien. Sie sei in der letzten Gruppe mit insgesamt 27 Krankenschwestern gewesen. Die Arbeit in China sei für sie in Ordnung gewesen, sie habe sich aber Europa anschauen wollen, was damals nicht einfach gewesen sei, weil man aus China damals nicht so leicht ausreise habe können. Der Vertrag habe einen zweijährigen Aufenthalt vorgesehen.

Vorinformationen zu Österreich sowie Vorbereitungen

Informationen über Österreich habe sie keine gehabt. Sie habe ein Jahr Deutsch lernen müssen, habe ihr Gehalt aber weiterhin bezahlt bekommen, musste dieses aber schlussendlich wieder zurückzahlen. Manche ihrer Kolleginnen konnten den Betrag auch erst zurückzahlen, als sie bereits in Österreich waren. Diese Rückzahlung erfolgte dann auf Raten.

Bürokratisches und Formales

Ihr Diplom sei hier anerkannt worden. Nach zwei Jahren habe der Vertrag aber geendet und für eine weitere Tätigkeit in Österreich sei eine Nostrifikation nötig gewesen. Sie habe Prüfungen in insgesamt sechs Fächern ablegen müssen: Hygiene, Gesetze, Arbeitsgesetze, Röntgen, Psychiatrie und Psychiatrische Pflege.

Erwartungen an die Tätigkeit in Österreich

IP 4 gab an, nicht viel nachgedacht zu haben, sie wollte sich einfach nur Europa anschauen.

¹⁷ IP stand unter relativ großen Zeitdruck, daher fielen ihre Antworten eher kurz aus.

6.2.4.2 Ausbildung und Umsetzung

Umsetzung des Gelernten aus dem Heimatland bzw. Unterschiede in Bezug auf die pflegerische Tätigkeit

Es sei in China alles anders gewesen. Die Krankenschwestern seien nicht mit der Körperpflege befasst gewesen, dies hätten Familie und Freunde getan. Die diplomierten Krankenschwestern hätten nur die Betten gemacht und Tätigkeiten ausgeführt, die Ärzte hier machen. In China würden Ärzte hauptsächlich anordnen, die Schwestern würden die Anordnungen dann umsetzen. Sie selbst konnte von ihrer eigenen Ausbildung nur insofern profitieren, als sie damals bereits gelernt habe, Leute zu beobachten und relativ schnell zu erkennen, was ihnen fehle.

Schwierigkeiten zu Arbeitsbeginn

IP 4 gab an, dass zu Beginn alles ganz neu und anders gewesen sei, v. a. die Sprache sei eine große Hürde gewesen. Sie sei zwar in dem einen Jahr gut vorbereitet worden, die Sprache sei jedoch so völlig verschieden von ihrer Muttersprache, sodass trotz intensiver Vorbereitung nur Grundkenntnisse vorhanden waren. Auch die Tatsache, dass sie hauptsächlich mit der Pflege und nicht mit medizinischen Angelegenheiten betraut war, sei am Anfang ein Problem für sie gewesen.

6.2.4.3 Menschen im Arbeitsumfeld

Unterstützung bzw. Aufnahme seitens der Kollegen im Team

Die Kollegen seien von Anfang an sehr nett gewesen, es sei alles sehr neu gewesen und die Kollegen hätten sie unterstützt. Es würde immer unfreundliche Menschen geben, doch „ich kann mit jedem umgehen, Arbeit ist Arbeit, man muss sich Team anpassen“ (IP 4).

Verhältnis zu den Vorgesetzten

Auch zu den Vorgesetzten gab IP 4 an, dass sie von Anfang an Unterstützung erhalten habe und dass sie durchwegs immer sehr freundlich behandelt worden sei.

Erfahrungen mit Patienten

Zu den Patienten könne sie nichts Negatives sagen, sie habe hier keine negativen Erfahrungen gemacht. In China seien die Leute nur weniger alt und orientierter, hier seien die meisten in den Pflegeheimen sehr verwirrt, dies habe die Arbeit mit den Patienten teilweise schwierig gemacht.

Integrationspezifische Maßnahmen

Zur Frage nach integrationspezifischen Maßnahmen am Arbeitsplatz hielt IP 4 fest: „Nein, hab ich noch nie gehört“ (IP 4).

6.2.4.4 Privates/Zukunft

Familiäres

Sie habe nach einigen Jahren Aufenthalt in Wien die Familie nachgeholt und sie hätten beschlossen, nun hier zu bleiben, da sie sich an die Kultur und das Leben hier bereits gewöhnt hätten.

Gründe für den weiteren Verbleib in Österreich

Andere aus ihrer Gruppe seien ebenfalls geblieben und so habe auch sie sich entschieden. V. a. wollte sie noch einen Teil Europas sehen und wie gesagt, sie habe sich dann bereits an das Leben hier gewöhnt.

Pläne für die Zukunft

In der Pension wolle sie möglicherweise nach China zurückgehen, sie sei sich noch nicht sicher. Eine Möglichkeit sei, ein halbes Jahr in China und ein halbes Jahr in Österreich zu verbringen.

6.2.5 Interviewperson 5

6.2.5.1 Vorphase

Aufenthalt in Österreich seit wann

IP 5 gab an, 1997 nach Österreich gekommen zu sein.

Motive für den Wunsch nach einer Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich

Es habe sich um eine Gruppe aus Peking gehandelt, die 19 diplomierte Krankenschwestern umfasst habe. Es habe einen Vertrag zwischen Peking und Wien gegeben, im Zuge dessen vorgesehen war, chinesische Diplomkrankenschwestern nach Österreich zu schicken „um moderne Technik zu lernen“ (IP 5). Im Gegenzug sollte eine Gruppe Österreicher nach China kommen, um dort die Grundlagen der Akupunktur zu erlernen. Sie selbst habe sich dafür entschieden, nach Österreich zu kommen, weil sie die Europa bzw. die Welt kennen lernen wollte.

Vorinformationen zu Österreich sowie Vorbereitungen

In China habe sie ein Jahr lang Deutsch gelernt. Drei Tage in der Woche habe sie im Deutschkurs verbracht, die anderen drei Tage habe sie Dienst im Krankenhaus gehabt. V. a. medizinisches Deutsch musste erlernt werden. Es sei den Krankenschwestern versprochen worden, in einem Krankenhaus zu arbeiten, dann habe es aber geheißen, dass im Krankenhaus kein Platz mehr frei sei und sie deshalb ins Pflegeheim müssten. Informationen über Österreich habe sie keine gehabt. Sie habe sich lediglich vorgestellt, alle Österreicher würden singen, Geige spielen und es gebe in Österreich viele Konzerte.

Bürokratisches und Formales

Für die ersten zwei Jahre habe sie keine Nostrifikation gebraucht, dann habe sie aber begonnen, in einem Kloster zu arbeiten und eine Nostrifizierung sei nötig gewesen. Diese sei sehr schwierig gewesen, denn zuerst habe sie sich eine entsprechende Schule suchen müssen, wo sie die nötigen Prüfungen ablegen konnte. Darüber hinaus war es auch nötig, extrem gut Deutsch zu können, da in mehreren Fächern Prüfungen abgelegt werden mussten: Pharmazie, Gesetze, Altenpflege, Psychiatrie, Ernährung.

Erwartungen an die Tätigkeit in Österreich

Sie selbst habe keine großartigen Erwartungen gehabt, sie wollte nur nach Europa und wollte v. a. auch sehen, wie Krankenschwestern in Österreich arbeiten. Sie habe nicht damit gerechnet, ins Pflegeheim zu kommen. Sie sei überaus neugierig gewesen und v. a. auch sehr lernwillig. „Ja, ja, ja. Ganz neugierig war ich. Weil damals bei uns hat es frisch angefangen mit Computer Tabletten einzuschachteln. Ich hab glaubt, hier is a noch schneller als bei uns, ja? Aber es ist umgekehrt“ (IP

5). Sie habe sich auch erwartet, mehr von ihren Akupunkturkenntnissen einbringen zu können, dies sei aber nicht der Fall gewesen.

6.2.5.2 Ausbildung und Umsetzung

Umsetzung des Gelernten aus dem Heimatland bzw. Unterschiede in Bezug auf die pflegerische Tätigkeit

Ihr Gelerntes konnte sie teilweise schon umsetzen. Alles, was sie über traditionelle chinesische Medizin und Akupunktur wusste, konnte sie jedoch kaum anwenden. In China habe sie insgesamt fünf Jahre auf einer Akupunkturabteilung gearbeitet. Bei der chinesischen Ausbildung zur Diplomkrankenschwester sei eine Akupunturausbildung dabei, man könne jederzeit ohne ärztliche Aufsicht akupunktieren. Darüber hinaus habe sie in China dreizehn Jahre auf der Intensivstation gearbeitet, habe dort EKGs gemacht, Blutabnahmen, Setzen von Zentralvenenkathetern etc. Sie brauchte dazu weder Arzt noch ärztliche Anordnung, d. h. auch ihr oblag die Entscheidungen, was getan wurde. Darüber hinaus habe sie auch ein sehr gutes Gespür für Patienten, sie würde sofort merken, was ihnen fehlt. Würde sie dies in Österreich aber Ärzten mitteilen, so werde ihr kein Glaube geschenkt. Auch habe sie einmal versucht, auf der Wachkomapatientenstation v. a. jungen Patienten wieder in den Bewusstseinszustand zu bringen, dies hätte sie mittels Akupunktur und Massagen tun wollen. Die Ärzte, die dies zu entscheiden hätten, lehnten dies jedoch ab und auch die Mutter eines Patienten meinte: „Am besten sind die Österreicher, die anderen sind mir wurscht“ (IP 5).

Schwierigkeiten zu Arbeitsbeginn

Im Pflegeheim war es anfangs relativ schwierig für sie. Sie habe absolut nichts verstanden. „Das kann ich gar nicht ja beschreiben, ich kein Wort verstanden habe. Ich versteh ka Wort. Hab mich gefragt: wo hast du denn Deutsch gelernt? Ich habe gar nichts verstanden“. Die Kollegen hätten fast nur Dialekt gesprochen. 80% auf ihrer Station seien Wiener gewesen, diese hätten zu schnell und zu schlampig gesprochen. Nach einer Woche sei dies aber langsam besser geworden. Zumindest habe sie dann gut mitarbeiten können, auch wenn sie nach wie vor wenig verstanden habe.

6.2.5.3 Menschen im Arbeitsumfeld

Unterstützung bzw. Aufnahme seitens der Kollegen im Team

Die Kollegen im Pflegeheim seien alle sehr lieb zu ihr gewesen, auch die Pflegehelfer. Ihr sei immer alles gezeigt worden. Eine Erfahrung mit einer lesbischen Kollegin habe sie gehabt, die sie am Anfang nicht einordnen konnte. Sie kannte aus China keine lesbischen Frauen und wusste nicht, wie sie mit dieser Kollegin umgehen konnte, fand dann aber bald heraus, dass sie auch diese Kollegin auf einer freundlichen Distanz halten konnte. Im Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Kollegen hielt die Befragte darüber hinaus fest, dass es in Österreich anders als in China sei, in China habe sie nur die Verantwortung für sich selbst: „Ich schau nur auf mich und nicht auf andere“ (IP 5). In Österreich sei es aber Gesetz, die anderen ebenfalls im Blick zu haben und es sei auch gefordert, andere auf Fehler aufmerksam zu machen.

Verhältnis zu den Vorgesetzten

Die Stationsschwester sei damals im Pflegeheim sehr nett gewesen. Die Vertretung sei allerdings ziemlich hochnäsig gewesen. Sie habe immer gesagt, zuerst komme der Dienst und dann das Leben. Aber sonst habe es mit den Vorgesetzten keine Probleme gegeben.

Erfahrungen mit Patienten

Zu den Patienten hielt IP 5 fest, dass der Umgang mit den Patienten sehr unterschiedlich sei. Manche seien extrem dement, manche seien noch sehr bewusst, würden sich aber dennoch nichts sagen lassen. Es habe z. B. in ihrem ersten Pflegeheim eine Patientin gegeben, die extrem viel Wasser getrunken habe. Sie habe ihr gesagt, dass dies schädlich sei, dennoch habe sie nicht auf sie gehört. Die Dementen würden wiederum vergessen, zu trinken und würden daher zu wenig Flüssigkeitszufuhr haben. Auch der Pflegeplanung sei ein wenig stressbeladen für sie gewesen. Darüber hinaus habe sie im Zusammenhang mit den Patienten auch gestört, dass die Mahlzeiten in Plastikgeschirr aufbereitet werden. „Diese ganze Plastikessen, das ist alles ungesund“ (IP 5). Mit den Angehörigen sei sie allerdings relativ gut ausgekommen, dennoch habe es immer wieder welche ge-

geben, die gemeint hätten, sie würden Krankenschwestern aus Österreich bevorzugen. Von einer Patientin sei sie auch „Schwester ohne Nase“ genannt worden.

Integrationspezifische Maßnahmen

Integrationspezifische Maßnahmen habe es keine gegeben. IP 5 wusste mit dieser Frage nichts anzufangen.

6.2.5.4 Privates/Zukunft

Familiäres

Sie habe keine Familie, sie wohne hier in Wien allein.

Gründe für den weiteren Verbleib in Österreich

Zunächst hatte sie vor, nur zwei Jahre zu bleiben, da sie eine Mutter mit Herzproblemen zu Hause hatte. Dann sei die Mutter aber an Krebs erkrankt und sie habe sich entschlossen, länger zu bleiben, um das nötige Geld für die Chemotherapie zu verdienen. 2009 sei die Mutter dann gestorben, sie sei aber trotzdem in Österreich geblieben.

Pläne für die Zukunft

Sie habe vor, in Österreich zu bleiben. Wo sie ihre Pension verbringen würde, könne sie noch nicht sagen. Sie denke aber, dass dies eher in Österreich sein werde. Eine Karriere brauche sie nicht, sie habe Hobbies und die würden sie glücklich machen (Malen). Darüber hinaus könne sie sich immer ein wenig Geld mit Akupunktur und Ernährungsberatung verdienen. Insgesamt sei sie hier gut aufgehoben. Sie habe einen sehr netten Freundeskreis, bestehend aus Österreichern und Chinesen.

6.2.6 Interviewperson 6

6.2.6.1 Vorphase

Aufenthalt in Österreich seit wann

IP 6 gab an, seit 1995 in Österreich zu sein.

Motive für den Wunsch nach einer Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich

Der Grund, warum sie sich für eine Arbeit in Österreich entschieden habe, sei der gewesen, dass zu der Zeit, als sie mit der Diplomkrankenschwesternschule in Polen fertig gewesen sei, größere politische Umbrüche in Polen stattgefunden hätten. Dadurch sei die Arbeitsmarktsituation relativ schlecht gewesen. Sie habe jemanden in Österreich gekannt, der sie ermuntert habe, nach Österreich zu kommen. Ihr Hauptmotiv sei gewesen, Geld zu verdienen, zum einen mehr, als das in Polen möglich wäre und zum anderen überhaupt Arbeit zu bekommen.

Vorinformationen zu Österreich sowie Vorbereitungen

Österreich selbst habe sie kaum gekannt. Sie habe nur einmal hier zwei Tage verbracht, ansonsten wusste sie nichts. Ihr war es aber auch nicht wichtig, etwas über das Land zu wissen. Einen Deutschkurs habe sie ebenfalls nicht gemacht. Sie habe lediglich ein Jahr Deutschunterricht als Freigegegenstand in der Schule gehabt.

Bürokratisches und Formales

Die Formalitäten bzw. die bürokratischen Anforderungen seien extrem hoch und schwierig gewesen, sie sei von einem Amt zum anderen geschickt worden und niemand wusste konkret, wo sie wirklich mit der Abwicklung der bürokratischen Anforderungen beginnen solle. Manche hätten ihr gesagt, wenn sie eine Arbeitsbewilligung habe, würde sie auch ein Visum erhalten, andere hätten wieder umgekehrt angegeben, zuerst sei das Visum nötig, daraufhin würde eine Arbeitsbewilligung folgen. Dabei hätte man sie dringend im Pflegeheim gebraucht. In einem Pflegeheim in dem eine Bekannte von ihr gearbeitet habe sei sie in die Direktion geschickt worden und man habe ihr mitgeteilt, dass sie eine Deutschprüfung in drei Monaten ablegen müsse um dort arbeiten zu können. Sie habe dann intensiv Deutsch gelernt und die Prüfung mit Auszeichnung bestanden. Dann sei ein Antrag am Magistrat nötig gewesen. Es seien sehr viele Stempelmarken zu bezahlen gewesen. Ständig habe sie auf Bescheide warten müssen, teilweise sei sie dafür zurück nach Polen gefahren. Sie sei dann immer wieder nur gekommen, um Amtssangelegenheiten zu erledigen. Auch das Visum sei beim ersten Mal abgelehnt worden, dann habe sie eine Berufung eingelegt, sehr lange keine Antwort be-

kommen und dann erfahren, dass der Berufungsantrag im Amt verloren gegangen sei. Solange der erste Antrag aber nicht offiziell beantwortet worden sei, dürfe kein neuer gestellt werden. Insgesamt habe sie mehrere tausend Schilling und viele Nerven aufwenden müssen. Im Hinblick auf die Nostrifizierung hielt IP 6 fest, dass sie zwar sofort zu arbeiten beginnen konnte, als die Formalitäten endlich erledigt waren, dass es für sie allerdings notwendig gewesen sei, ihre Ausbildung binnen 2 Jahren nostrifizieren zu lassen. Um die Nostrifizierung habe sich aber die Gemeinde Wien gekümmert und auch dahingehend alles organisiert. Prüfungen musste sie in Hygiene, Mikrobiologie, Röntgen und Gesetze ablegen.

Erwartungen an die Tätigkeit in Österreich

Ursprünglich habe sie keinerlei großartige Erwartungen gehabt, sie wollte lediglich zwei Jahre hier bleiben, Geld verdienen, dies auf die Seite legen können und dann wieder nach Hause zurückgehen. Sie habe sich schon sehr auf die Arbeit gefreut, habe aber auch ein wenig Angst vor dem Pflegeheim gehabt. Ihre Erwartungen seien insgesamt alle erfüllt worden. Sie sei sehr zufrieden mit dem Job gewesen und sei dies auch heute noch. Sie sei jetzt Stationsschwesternvertretung und würde hier mehr verdienen als dies in Polen möglich wäre.

6.2.6.2 Ausbildung und Umsetzung

Umsetzung des Gelernten aus dem Heimatland bzw. Unterschiede in Bezug auf die pflegerische Tätigkeit

Sie konnte von dem Gelernten bisher nur relativ wenig umsetzen, in Polen würden Schwestern ohne ärztliche Anordnung manche Medikamente, so z. B. bestimmte Schmerzmittel und Abführmittel, verabreichen können, Blut abnehmen etc. All dies sei hier nicht möglich. Sie denke, dass Blutabnehmen habe sie in der Zwischenzeit sogar schon verlernt. Darüber hinaus sei auch die Körperpflege in Österreich viel schwieriger, man würde sich bis zu einem gewissen Grad als diplomierte Krankenschwester damit degradiert fühlen. Es ginge ausschließlich um Essen und Ausscheidung.

Schwierigkeiten zu Arbeitsbeginn

Es sei für sie anfangs eine sehr schwere Arbeit gewesen. In Polen habe man als diplomierte Krankenschwester die Pflege hauptsächlich theoretisch gelernt, die Ausbildung sei, wie gesagt, medizinischer ausgerichtet gewesen. Eingeschult habe sie in Österreich niemand, aber sie habe zugeschaut und habe dann die Dinge nachgemacht, wie sie die Kollegen erledigt hätten. Dennoch war sie am Anfang davon überzeugt, nach den zwei Jahren, nachdem die Nostrifizierung abgeschlossen sei, in ein Krankenhaus zu wechseln. Der Gestank war kaum auszuhalten und die Arbeit empfand sie als relativ erniedrigend. Sie hatte auch das Gefühl und hat dies auch immer noch, dass Krankenschwestern in Österreich ein niedrigeres Ansehen als in Polen haben. Am Anfang war es auch schwierig, weil sie von ihrem Kind getrennt war. Was positiv zu bemerken war, war, dass die Ausstattung in Österreich um ein Vielfaches besser gewesen sei. Es habe genug Wäsche und Hilfsmittel gegeben, „und man musste nicht immer irgendwie improvisieren so wie in Polen“ (IP 6).

6.2.6.3 Menschen im Arbeitsumfeld

Unterstützung bzw. Aufnahme seitens der Kollegen im Team

Die Kolleginnen seien immer freundlich gewesen, es sei aber ein bisschen schwierig für sie gewesen, weil sie relativ jung gewesen sei, als sie gekommen sei und als diplomierte Krankenschwester wie eine Pflegehelferin arbeiten habe müssen. Auch die Sprache sei etwas schwierig gewesen. Oft hätten die Kolleginnen im Dialekt gesprochen. Nachfragen habe sie sich nicht immer getraut, weil sie nicht dumm wirken wollte. Insgesamt habe sie sich aber schnell ins Team integriert. Sie sei auch sehr viel gelobt worden. Eine andere Kollegin von den Philippinen habe gleichzeitig mit ihr begonnen und diese habe es viel schwerer gehabt. Manche Kollegen „sind oft wirklich ungut zu ihr gewesen“ (IP 6).

Verhältnis zu den Vorgesetzten

Am Anfang sei die Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten nicht besonders gut gewesen. Sie habe keine Unterstützung erhalten und sei von Anfang an „voll eingeteilt worden, gleich 36 Patienten allein in der ersten Woche nur mit einer Pflegehelferin“ (IP 6). Die Stationschwester sei darüber hinaus ausländerfeindlich gewesen. Sie habe immer darauf geachtet, dass sie keine vier Tage hintereinan-

der frei bekomme. Wenn z. B. eine Kollegin mit ihr tauschen habe wollen und sie dadurch vier Tage frei bekommen hätte, habe die Stationsschwester diese Kollegin aufgefordert, mit jemand anderem und nicht mit ihr zu tauschen. Dieser Zustand habe so lange angedauert, bis sie eine Aussprache mit der Stationsschwester gefordert habe. Diese sei ihr jedoch solange ausgewichen, bis sie dann eine Aussprache über die Oberschwester verlangt habe. Danach habe sie die Stationsschwester in Ruhe gelassen. Ein paar Jahre später sei eine andere Stationsschwester gekommen, die sei sehr nett, „sie schaut nur auf das Wohl ihrer Mitarbeiter, ganz egal, aus welchem Land sie kommen“ (IP 6).

Erfahrungen mit Patienten

Mit Patienten gebe es keine Probleme, „die haben mich alle sehr gern, bis heute noch“ (IP 6). Sehr viele der Patienten würden glauben, sie käme aus Deutschland oder Vorarlberg, weil ihr Deutsch in der Zwischenzeit schon so gut geworden sei.

Integrationspezifische Maßnahmen

Integrationspezifische Maßnahmen habe sie noch nie im Zuge ihrer Arbeit bemerkt.

6.2.6.4 Privates/Zukunft

Familiäres

Ihre Familie habe sie nach einigen Jahren nach Österreich nachgeholt und nun würden alle hier leben. Die Tatsache, dass sie von ihrem Kind jetzt nicht mehr getrennt sei, sei für sie sehr wichtig.

Gründe für den weiteren Verbleib in Österreich

Sie habe sich entschlossen, hier zu bleiben, weil die Einkunftsmöglichkeiten hier besser gewesen seien und zurück wolle sie nun nicht mehr gehen, da ihr Lebensmittelpunkt nun in Österreich liege.

Pläne für die Zukunft

Was sie in der Pension machen werde, sei noch unklar. Sie sei in der Zwischenzeit schon sehr an die österreichische Mentalität angepasst, aber dennoch: „Man

ist irgendwie als Ausländer, so irgendwie dazwischen. Zwischen den Ländern. Man ist nicht mehr im Heimatland, aber so ganz Österreich gehört man auch nicht. So irgendwie zerrissen“ (IP 6).

6.2.7 Interviewperson 7

6.2.7.1 Vorphase

Aufenthalt in Österreich seit wann

IP 7 kam 1995 nach Wien.

Motive für den Wunsch nach einer Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich

IP 7 gab an, zur Tochter ihres Bruders nach Wien gekommen zu sein, die ins Spital habe müssen, weil sie schwer krank gewesen sei. Ihr rechtes Auge sei entzündet gewesen, sie habe 40 Grad Fieber gehabt, in Polen habe man ihr mit Medikamenten nicht helfen können. Sie wurde dann im AKH behandelt und sie sei dann ein Monat bei der Tochter des Bruders geblieben. Die Tochter sei in Österreich versichert gewesen, weil der Bruder in Österreich eine Anstellung gehabt habe. Während ihrer Aufenthalte im AKH bei ihrer Nichte habe sie dann eine polnische Krankenschwester kennen gelernt und habe ihr gesagt, dass sie ebenfalls Diplomkrankenschwester in Polen sei. Die polnische Krankenschwester habe ihr vorgeschlagen, doch nach Wien zu kommen, woraufhin sie gemeint habe, dass sie kein Deutsch könne. Die polnische Kollegin habe aber gemeint, Deutsch könne man relativ schnell in einem Kurs erlernen, sie würde hier in Österreich mehr verdienen und v. a. sei hier ein Mangel an diplomierten Krankenschwestern. Sie solle keine Sorge haben, sie würde ihr auch helfen. Und so habe sie sich dann entschieden, nach Wien zu kommen.

Vorinformationen zu Österreich sowie Vorbereitungen

Vorbereitende Tätigkeiten habe sie keine unternommen. Sie sei ein Jahr später gekommen und habe dann ein Jahr lang eine alte Dame privat betreut. Dabei habe sie Deutsch gelernt und auch bereits im Pflegeberuf Erfahrungen gesammelt. Die alte Dame habe ihr geraten, in einem Pflegeheim zu arbeiten.

Bürokratisches und Formales

So bewarb sie sich in einem Pflegeheim, wo man ihr gesagt habe, sie solle alle Dokumente bringen. Insgesamt musste sie dann eine Deutschprüfung ablegen und konnte zu arbeiten beginnen. Nach fünf Monaten habe sie dann begonnen zu nostrifizieren. Die Nostrifikation sei extrem kompliziert gewesen, v. a. aus sprachlicher Sicht. Die Prüfung über die Gesetze sei für sie kaum machbar gewesen, insgesamt habe sie es dann aber geschafft.

Erwartungen an die Tätigkeit in Österreich

Ihre Erwartungen seien mehr als erfüllt worden. Sie sei hier in Österreich mehr als zufrieden. Insgesamt habe sie gedacht, die Arbeit in Österreich wäre schlechter und würde problematischer ablaufen, v. a. wegen ihrer Deutschkenntnisse, aber insgesamt sei alles leicht gewesen. Am Anfang habe sie noch ins Krankenhaus gewollt, dann habe sie aber gesehen, wie lohnend die Pflege von alten Menschen sei und wie gut die Patienten und die Kollegen zu ihr seien und so habe sie sich entschlossen, im Pflegeheim zu bleiben: „Also hab ich schon gedacht, dass ich, ich möchte schon bisschen etwas anders, was ich in Polen gemacht habe, weißt du, die Blutabnahme und die andere Sache außer Körperpflege bei den Patienten aber dann habe ich [gedacht] ‚Mein Gott, das ist auch gut‘. Und bin ich geblieben“ (IP 7).

6.2.7.2 Ausbildung und Umsetzung

Umsetzung des Gelernten aus dem Heimatland bzw. Unterschiede in Bezug auf die pflegerische Tätigkeit

Die Tätigkeit als diplomierte Krankenschwester in Österreich sei vollkommen anders als jene in Polen. In Polen seien sowohl Ausbildung als auch Tätigkeit sehr medizinisch orientiert. Man müsse Blut abnehmen, Venflons setzen etc. Allerdings habe sie derartige Tätigkeiten das letzte Mal vor 15 Jahren gemacht. Am Anfang sei es schwerer gewesen, all dies nicht mehr ausführen zu können, jetzt habe sie sich bereits daran gewöhnt. Dennoch fehle ihr diese Tätigkeit: „Es geht mir ab, das Medizinische. Als Diplomierte in einem Pflegeheim muss man die Arbeit von Diplomierten und Pflegehelfern machen. Ich hätte gern, dass das getrennt wäre. Dass jede[r] seine Arbeit macht. Dass Diplomierte ihre Arbeit machen. Ich arbeite sehr

gern am Krankenbett. Aber es fehlt mir diese Tätigkeiten mit mehr Anspruch, die ich in Polen gemacht habe“ (IP 7). In Polen habe sie relativ wenig Körperpflege gemacht, dennoch mache ihr diese Art der Arbeit nichts aus. Sie habe Freude, mit und am Patienten zu arbeiten.

Schwierigkeiten zu Arbeitsbeginn

Der Anfang sei nicht allzu schwer gewesen. Sie habe eine Kollegin gehabt, die habe ihr wirklich sehr gut geholfen. Sie habe ihr sehr viel gezeigt und auch alles erklärt. Die Stationsschwesterstellvertreterin sei ebenfalls Polin gewesen. Alle hätten sie sehr gut am Anfang unterstützt. Das schwerste für sie sei die Körperpflege gewesen, diese habe sie sehr ermüdet.

6.2.7.3 Menschen im Arbeitsumfeld

Unterstützung bzw. Aufnahme seitens der Kollegen im Team

Insgesamt seien die Kollegen und Kolleginnen immer sehr nett gewesen. Es gebe aber immer wieder welche, die ihr „ständig alles anschaffen wollen“ (IP 7). Sie selbst sei nur 20 Stunden beschäftigt und manche Kollegen würden daher erwarten, dass sie in den 20 Stunden mehr Arbeit leistet, als jene, die Vollzeit beschäftigt seien. Es handle sich dabei sowohl um Österreicher als auch Ausländer. Immer wieder werde ihr von diesen Kollegen die Frage gestellt, warum sie nicht in Polen bliebe. Dies sei extrem verletzend. „Du machst 20 Stunden, warum bleibst du nicht in Polen und kommst hier?“ Das tut weh, weißt du? Das tut schon weh“ (IP 7).

Verhältnis zu den Vorgesetzten

Mit den Vorgesetzten komme sie sehr gut aus, sie habe immer viel Unterstützung bekommen. Sowohl die direkten Vorgesetzten als auch die Vertretungen seien immer sehr freundlich gewesen.

Erfahrungen mit Patienten

Die Patienten seien immer sehr zufrieden mit ihr gewesen, sie sei gut von ihnen angenommen worden. Sie habe auch immer viel mit ihnen gesprochen und sich

Zeit für sie genommen, alte Menschen würden so etwas brauchen, und sie habe zwar in der Sprache noch ein bisschen Probleme, aber das Wichtige sei der zwischenmenschliche Kontakt.

Integrationspezifische Maßnahmen

IP 7 konnte keine integrationspezifischen Maßnahmen angeben.

6.2.7.4 Privates/Zukunft

Familiäres

Ihre Familie sei in Polen (ihr Mann und ihr Sohn). Dies würde gut für sie passen. Sie würde zwei Tage in Österreich arbeiten, dann habe sie meist fünf Tage um nach Polen zu fahren, weil sie eben fünf Tage frei habe. Das einzig Schlimme sei, wenn sie dann von Polen wieder wegmüsse, die Familie und sie seien dann immer etwas traurig. Insgesamt sei diese Regelung aber sehr gut für alle.

Gründe für den weiteren Verbleib in Österreich

IP 7 gab an, dass sie hauptsächlich wegen der besseren Verdienstmöglichkeiten in Österreich geblieben sei.

Pläne für die Zukunft

IP 7 führte aus, dass sie bis zur Pension bleiben wolle, in der Pension wolle sie dann aber zurück in ihr Heimatland gehen.

6.2.8 Interviewperson 8

6.2.8.1 Vorphase

Aufenthalt in Österreich seit wann

IP 8 gab an, seit Jänner 1993 in Österreich zu arbeiten.

Motive für den Wunsch nach einer Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich

Sie habe damals eine Freundin in Österreich besucht, die bereits ein Jahr in Österreich gearbeitet habe und ihr gesagt habe, dass die Jobmöglichkeiten für dip-

lomierte Pflegekräfte sehr gut seien. Darüber hinaus hätten ihr auch noch zwei andere Freundinnen, die im Pflegeberuf bereits tätig waren, gesagt, dass in Österreich Pflegekräfte gesucht würden.

Vorinformationen zu Österreich sowie Vorbereitungen

IP 8 wusste von Verwandten, die in Österreich arbeiteten, ein wenig über das Land, ansonsten hatte sie aber keine Vorinformationen über Österreich. Diese seien ihr auch nicht sehr wichtig gewesen.

Bürokratisches und Formales

Die Ausbildung der Befragten bedurfte, wie bei den anderen Kollegen auch, einer Nostrifizierung. Insgesamt mussten vier Prüfungen abgelegt werden: Mikrobiologie, Hygiene, Gesetze und Röntgen. Man habe ihr damals mitgeteilt, wenn sie die Nostrifikation nicht innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen habe, dann würde sie gehaltsmäßig hinunter gestuft werden. Insofern sorgte sie dafür, dass sie diesen Zeitrahmen einhielt.

Erwartungen an die Tätigkeit in Österreich

Erwartungen habe sie keine speziellen gehabt, außer einer finanziellen Besserstellung als zu Hause. Ihr höchstes Ziel sei aber insgesamt gewesen, die Sprache zu erlernen. Rückblickend müsse sie feststellen, dass sie nicht wirklich zufrieden sei und sich ihre Erwartungen nicht wirklich erfüllt hätten. Sie habe in der Zwischenzeit ein Doppelstudium abgelegt, habe mehrere Ergänzungsprüfungen für die Führungsebene absolviert und sich insgesamt schon vier Mal um den Stationsschwesterposten beworben, es sei aber nichts daraus geworden, „weil es ist überall vorprogrammiert, wer was bekommt und wann“ (IP 8).

6.2.8.2 Ausbildung und Umsetzung

Umsetzung des Gelernten aus dem Heimatland bzw. Unterschiede in Bezug auf die pflegerische Tätigkeit

Zum Unterschied zu Polen hielt IP 8 fest, dass sie die Ausstattung in Österreich besser fände als in Polen, es gebe mehr Mittel, die Ausstattung sei moderner. Umgekehrt sei ihre Ausbildung zur Krankenschwester in Polen besser gewesen,

diese habe akademisches Niveau gehabt. Polen sei damals weiter als Österreich in der Pflege gewesen. Vieles würde auch heute noch geändert gehören. „Es ist alles viel zu starr, es gehört alles aufgelockert und ganz einfach freier gestaltet. Ich würde die mobile Pflege anders vernetzen und gewisse Dinge anders überdenken, also zum Beispiel, wie betreue ich Patienten, die aus einer Vollzeitpflege kommen und nicht dement sind und draußen in der Gesellschaft alleine leben? Und für Pflegeheime eignen sie sich nicht, weil sie keine Unterstützung bekommen würden in der Pflegegeldstufe, was mache ich mit so einem Klienten?“ (IP 8).

Schwierigkeiten zu Arbeitsbeginn

Der Anfang sei nicht wirklich schwer gewesen, den Pflegeprozess habe sie bereits in der Schule gelernt, es war für sie nichts Neues. Auch in Polen habe sie bereits im Pflegeberuf gearbeitet. Es habe keine großen Unterschiede gegeben. Auch die Sprache sei kein Problem gewesen, sie habe immer schon sehr gut Deutsch gesprochen.

6.2.8.3 Menschen im Arbeitsumfeld

Unterstützung bzw. Aufnahme seitens der Kollegen im Team

IP 8 gab an, dass die Teams sehr international seien und meinte, dass die Nationen unterschiedlich seien. Manche würden typische Verhaltensmuster für bestimmte Nationen an den Tag legen, „aber im Großen und Ganzen sehe ich das positiv“ (IP 8). Sie habe mit Kollegen keinerlei Probleme, es sei nur schwierig, mit jenen, die nicht ausreichend gut Deutsch können würden. „Also, für mich war die Arbeit insofern schwierig, weil man nicht kommunizieren konnte, wenn das Vis-a-Vis die Sprache nicht so beherrscht hat. [...] Oder wenn da gewisse Ansichten für mich unverständlich waren, weil das offensichtlich an Mentalitätsgründen gelegen ist“ (IP 8). Am liebsten seien ihr Kollegen, die selbstständig und selbstverantwortlich handeln würden. „Mündige Kollegen, die wissen, warum sie die Arbeit machen und warum so und nicht anders. Und die professionell agieren und nicht irgendwie Aufsichtspersonen, die gerade ein Problem lösen wollen, einmal mit einem größeren Erfolg, einmal mit einem kleineren. Sicherlich ist in dieser Branche Kommunikation das A und O, ja und wenn die Angehörigen mehr Wissen hätten oder mehr Verständnis hätten für die Grunderkrankungen ihrer Mütter oder Väter oder Be-

kannten, das wäre schön. Aber ich glaub, mit der Geriatrie hat man so schlechte Erfahrungen gemacht, dass das noch immer in den Köpfen der Menschen so präsent ist. Und das macht es schwierig, weil dadurch entstehen Vorurteile bzw. Sachen, die in den Köpfen präsent sind. Und wir als die nächste oder übernächste Generation können nichts dafür. Wir kennen das aus der Geschichte“ (IP 8). Wesentlich sei auch, dass man die Sprache gut beherrsche, denn nur so können man „sich über seinen Ausländerstatus abheben. Je besser ich mich ausdrücken kann, je besser ich gewisse Dinge definieren kann und je deutlicher meine Aussprache ist, desto besser. Ja natürlich, das Aussehen spielt sicherlich auch eine Rolle und eine gewisse Empathie“ (IP 8).

Verhältnis zu den Vorgesetzten

Im Zusammenhang mit den Vorgesetzten meinte IP 8, dass es nicht sehr viele geben würde, die einen fördern würden. Die Vorgesetzten hätten kein Interesse daran, Mitarbeiter zu unterstützen. Jeder würde nur auf sich selbst schauen. Wer sich nicht auskenne, habe Pech gehabt. Hinsichtlich des Migrationshintergrundes meinte sie in Bezug auf die Vorgesetzten, dass man sich auf diesen nicht ausreden dürfe. „Ich denke mir, das hat mit einem persönlich zu tun. Man kann nicht andauernd auf seinem Migrationshintergrund hocken. Bis zu einer gewissen Anzahl von Jahren kann man sprechen von einem Migrationshintergrund, natürlich hat man einen und daran wird sich nichts ändern, aber sobald man die Sprache gelernt hat – und ich finde, das ist das erste, was man tun muss – gibt es keine Ausreden mehr“ (IP 8).

Erfahrungen mit Patienten

In Bezug auf die Patienten könne sie nicht klagen, sie sei immer gut angekommen und gut aufgenommen worden. Das einzige sei, dass die Patienten hier höhere Ansprüche hätten als in Polen. Darüber hinaus sei auch die Kluft zu den Angehörigen größer als in Polen. Die Angehörigen würden häufig nichts von medizinischen Dingen verstehen und würden sich dann gegen verschiedene Maßnahmen aussprechen. In Polen sei dies nicht so.

Integrationspezifische Maßnahmen

Integrationspezifische Maßnahmen habe es im Konkreten keine gegeben, es habe lediglich einmal eine Oberschwester gegeben, die versucht hatte, multikulturelle Feste zu gestalten. So habe man versucht, eine Weihnachtsfeier aus philippinischer Sicht zu gestalten oder auch kulturelle Elemente einzubringen. Man hat also versucht, mehrere Nationen bzw. Kulturen „unter einen Hut zu bekommen, das waren Ansätze“ (IP 8).

6.2.8.4 Privates/Zukunft

Familiäres

Die Familie habe sie nicht nachholen müssen, denn sie habe ihren Mann erst hier kennen gelernt. Auch ihr Kind sei hier geboren. Ihre Eltern und Geschwister seien allerdings in Polen. Ihr Freundeskreis sei bunt gemischt, sowohl Österreicher als auch Polen.

Gründe für den weiteren Verbleib in Österreich

Die Befragte hielt fest, dass sie hauptsächlich wegen der Familie und auch wegen der besseren Verdienstmöglichkeiten hier geblieben sei.

Pläne für die Zukunft

Ob sie in Österreich bleibe oder nicht, könne sie nicht sagen. Sie habe in der Zwischenzeit, wie bereits erwähnt, ein Doppelstudium abgeschlossen und sich viel fortgebildet, möglicherweise würden sich hier nun bessere Berufschancen eröffnen. Vielleicht würde sie aber auch überhaupt den Job wechseln. Vor habe sie jedenfalls, sich krenzieren zu lassen und dann etwas auf privater Ebene zu beginnen. Ob sie weiterhin hier bleibe, würde v. a. auf die finanziellen Perspektiven ankommen. Sie ihrerseits möchte jedoch auf alle Fälle noch vor der Pension nach Polen zurück.

6.2.9 Interviewperson 9

6.2.9.1 Vorphase

Aufenthalt in Österreich seit wann

IP 9 ist seit 1991 hier.

Motive für den Wunsch nach einer Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich

IP 9 berichtete, dass eine Schwester Oberin eines Pflegeheimes und ein polenstämmiger Arzt zu einem polnischen Minister gekommen sei, weil Österreich damals eine gewisse Anzahl diplomierter Krankenschwestern gebraucht habe. Vorrangig ging es jedoch um [Name der Pflegeeinrichtung], das 500 Krankenpflegepersonen aufnehmen habe sollen. Insgesamt hätten sich dann 26 Pflegepersonen gemeldet, sie hätte von der Angelegenheit über die Pflegekammer in Polen erfahren. Ihre Motivation sei hauptsächlich das Geld gewesen. Sie habe vorgehabt, sich mit ihrem Mann ein Haus zu bauen, da sie bis dahin in einem Wohnheim mit ihm gewohnt habe. Sie habe etwas für die Familie tun wollen. Sie wollte im Ausland Geld verdienen, eigentlich in Amerika oder Deutschland, doch die Sache mit Österreich habe sich dann glücklich ergeben.

Vorinformationen zu Österreich sowie Vorbereitungen

Sie sei im Grunde ohne Vorbereitung und auch mit sehr geringen Deutschkenntnissen nach Österreich gekommen und sei sofort aufgenommen worden. Es sei aber ein Deutschkurs in Wien von den österreichischen Behörden organisiert worden.

Bürokratisches und Formales

Die zuständige Magistratsabteilung habe sie beim Besorgen der Arbeitsbewilligung unterstützt. Darüber hinaus habe man ihr jedoch nicht geholfen. Sie habe keine Wohnung gehabt und auch keine Hilfe in bürokratischen Angelegenheiten. V. a. musste sie alles selbst zahlen. Eine Sache war, dass für eine Untersuchung und Blutabnahme extra nach Wien gereist werden musste, die Reisekosten hätten die Teilnehmer selbst begleichen müssen, auch als der Bus ein zweites Mal nach Wien fahren musste, weil beim ersten Termin die Blutabnahmestelle bereits ge-

geschlossen gewesen sei. Im Bezug auf ihre Papiere berichtet IP 9 noch, dass die Papiere bei der zuständigen Magistratsabteilung verloren gegangen seien. Sie habe die Papiere dann alle nochmals nachmachen müssen und nochmals übersetzen lassen müssen, alles auf ihre eigenen Kosten. Die Nostrifikation sei sehr schwierig gewesen, sie habe neben ihrem Dienst als Krankenschwester, lernen müssen. V. a. sprachlich sei das sehr schwierig für sie gewesen. Insgesamt habe sie dann mit Auszeichnung nostrifiziert, weil sie alles auswendig gewusst habe.

Erwartungen an die Tätigkeit in Österreich

Ihre Erwartungen seien v. a. finanzieller Natur gewesen. Sie wollte zwei Jahre in Wien bleiben. Die finanziellen Erwartungen hätten sich nur teilweise erfüllt, ansonsten wäre sie nach einer gewissen Zeit, wenn sie genügend Geld gespart hätte, wieder zurück nach Polen gegangen.

6.2.9.2 Ausbildung und Umsetzung

Umsetzung des Gelernten aus dem Heimatland bzw. Unterschiede in Bezug auf die pflegerische Tätigkeit

Die Tätigkeit in Österreich sei eine vollkommen andere als jene in Polen. In Polen habe sie keine Pflege zu erledigen gehabt, sie sei beschäftigt gewesen mit Blutabnahmen, mit intramuskulären bzw. intravenösen Injektionen, mit Verbandwechsel etc. Sie habe in Polen auch auf der Neuroinfektionsabteilung für Kinder gearbeitet. Selbstverständlich hätten die Kinder dort Pflege bekommen, aber die Pflege von Kindern sei anders. Darüber hinaus habe es in Polen keine Venflons gegeben. Für eine Blutabnahme oder Infusion habe eine Schwester das Kind gehalten, die andere habe es mit der Nadel in den Kopf stechen müssen. Venflons gab es einfach nicht. Es sei von den Materialien her in Polen viel schwerer gewesen. „Das war eine ganz andere Welt“ (IP 9). Auch Wäsche und Material sei in Polen in geringerem Ausmaß zur Verfügung gestanden. Körperlich sei es aber hier anstrengender. Als sie in Polen vor 20 Jahren gearbeitet habe, sei sie auch auf der Lungenambulanz gewesen. Dort habe sie alles gemacht: Anästhesie, OP-Vorbereitung etc.

Schwierigkeiten zu Arbeitsbeginn

Auf die Frage, wie der Arbeitsbeginn war, meinte IP 9: „Das war eine ganz andere Welt, ich dachte, ich bin auf dem Mond“ (IP 9). V. a. die Sprache habe ihr zu schaffen gemacht, alle hätten im Dialekt gesprochen.

6.2.9.3 Menschen im Arbeitsumfeld

Unterstützung bzw. Aufnahme seitens der Kollegen im Team

Es habe einen Stationspfleger gegeben, einen Spanier, der habe sie sehr gut aufgenommen. Er habe v. a. gewusst, dass sie zwei Kinder habe und habe es ihr ermöglicht, einmal pro Monat heimfahren zu können.

Verhältnis zu den Vorgesetzten

Die Stationsschwester der Nachbarstation sei Polin gewesen und daher habe sie gedacht, es würde sich daraus eine gute Zusammenarbeit ergeben. Die Stationsleiterin habe allerdings gesagt, sie habe bereits zwei Tschechinnen und brauche keine Polin. Eine spätere Stationsschwester habe eindeutig Österreicher bevorzugt. Oft seien die Österreicher nur da gesessen und die Ausländer mussten arbeiten, so lang „bis ich einmal komplett ausgezuckt bin und gesagt habe, dass das so einfach nicht weitergeht“ (IP 9). Dies sei allerdings alles schon sehr viele Jahre her, jetzt gebe es so etwas nicht mehr, es sei jetzt alles anders. Jetzt sei sie sowohl mit den Arbeitskollegen als auch mit den Vorgesetzten überaus zufrieden.

Erfahrungen mit Patienten

Sie komme immer sehr gut mit den Patienten aus, sie habe einen guten Zugang zu den Patienten, bevorzuge aber die Betreuung von männlichen Patienten, weil „mit denen mache ich Schmääh und die lachen und das ist einfach ganz anders. Aber ich hab auch mit den Frauen keine Probleme“ (IP 9). Sie sei nie als Krankenschwester zweiter Klasse behandelt worden von den Patienten, nur weil sie Polin sei. Allerdings gebe es sehr wohl rassistische Patienten, es habe einmal einen Vorfall eines indischen Pflegers gegeben, den ein bestimmter Patient, der sehr rassistisch eingestellt war, nicht mochte, sogar die Angehörigen dieses Patienten waren gekommen und wollten ihm ein Ticket kaufen mit den Worten „dass er sich nach Hause, nach Indien schleichen solle“ (IP 9). Sie selbst sei mit diesem rassis-

tischen Patienten aber sehr gut zurecht gekommen, möglicherweise aufgrund ihrer Hellhäutigkeit.

Integrationspezifische Maßnahmen

Integrationspezifische Maßnahmen gebe es keine, sie würde sich aber derartige Maßnahmen wünschen.

6.2.9.4 Privates/Zukunft

Familiäres

Ihr Privatleben sei heute schlechter als früher. Sie müsse drei Wochen arbeiten und könne dann eine Woche nach Hause zu ihrem Mann und ihren Kindern. Mann und Kinder wollen aber nicht nach Österreich. Sie habe noch sechs bis sieben Jahre bis zur Pension. Sie habe überhaupt kein Familienleben, allerdings habe sich damit bereits abgefunden.

Gründe für den weiteren Verbleib in Österreich

Auf die Frage, warum sie in Österreich geblieben sei, antwortete IP 9, dass dies ausschließlich wegen des Geldes gewesen sei. Viel Geld sei aber nicht übrig geblieben, denn es sei die Wohnung zu zahlen, die Fahrten nach Hause etc.

Pläne für die Zukunft

Bis zum Ende ihrer Arbeitszeit müsse sie bleiben. Sie arbeite allerdings gerne und in Österreich gefalle es ihr auch sehr gut. Möglicherweise würde sie mit ihrem Mann dann die Pension hier verbringen. Die Kinder würden dann schon groß sein. Es stehe dahingehend aber noch alles in den Sternen.

6.2.10 Interviewperson 10

6.2.10.1 Vorphase

Aufenthalt in Österreich seit wann

IP 10 kam 1992 nach Österreich.

Motive für den Wunsch nach einer Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich

Sie habe die Information über die offenen Stellenangebote in Österreich zufällig gesehen und habe sich gedacht: „Ich probier es mal“ (IP 10). In Österreich seien Krankenschwestern gebraucht worden, sie habe dann ein Aufnahmegespräch mit der Oberin von [Name der Pflegeeinrichtung] und einem polnischen Arzt gehabt. Ihre Motivation sei hauptsächlich jene gewesen, dass sie mehr Geld verdienen habe können als in Polen. Zudem hätte sie auch einen sicheren Job gehabt, was in Polen damals nicht der Fall gewesen sei.

Vorinformationen zu Österreich sowie Vorbereitungen

Informationen über Österreich habe sie keinerlei gehabt. Sie habe nur gewusst, dass sie in der Geriatrie tätig sein werde. Dass es sich aber nur um Pflege handeln werde, habe sie nicht gewusst.

Bürokratisches und Formales

Ihre Ausbildung sei anerkannt worden, es sei aber nötig gewesen, zu nostrifizieren. Die Nostrifizierung sei von der Gemeinde Wien organisiert worden, sie musste allerdings zwischen den Diensten eine Schule besuchen. Insgesamt seien die Prüfungen aufgrund der Sprache relativ schwer für sie gewesen.

Erwartungen an die Tätigkeit in Österreich

Auf die Frage, ob sich ihre Erwartungen erfüllt hätten, meinte IP 10, dass dies sehr wohl der Fall gewesen sei. Als sie ihr erstes Gehalt erhalten habe, habe sie „Hurra“ gerufen. Auch die Tatsache, dass es in ihrem Pflegeheim möglich gewesen sei, sich mehrere freie Tage auf einmal zu nehmen, habe die Arbeit sehr angenehm gemacht, „Warum bin ich im [Name der Pflegeeinrichtung]? Aufgrund vielleicht meine familiäre Situation, ja? Weil woanders, weißt eh, ist unmöglich freie Tage zu bekommen, um nach Polen zu fahren. Das hat man mir immer ermöglicht. Ja, das muss ich sagen. Das ist der größte Pluspunkt“ (IP 10).

6.2.10.2 Ausbildung und Umsetzung

Umsetzung des Gelernten aus dem Heimatland bzw. Unterschiede in Bezug auf die pflegerische Tätigkeit

Die Ausbildung in Polen sei stärker medizinisch orientiert gewesen. Sie habe auch ein Praktikum auf der Geriatrie gemacht. Auch dieses sei stärker medizinisch ausgerichtet gewesen. Es seien dort keine Windeln zu wechseln gewesen wie hier. In Polen habe sie Bluttransfusionen durchgeführt, Reanimierungen etc. In Österreich stünde ausschließlich die Pflege im Vordergrund. Darüber hinaus werde administrativen Dingen zu viel Bedeutung beigemessen. Ihrer Meinung nach sei der Mensch, der Patient wichtiger, und dort sollte eigentlich mehr Zeit investiert werden.

Schwierigkeiten zu Arbeitsbeginn

Zunächst sei sie sehr überrascht gewesen aufgrund der Tätigkeit, die sie ausüben gehabt habe. Es war ihr nicht klar, wie Windeln gewechselt werden müssen, sie sei dies nur von Babys gewohnt gewesen. Am erwachsenen Körper eine Windel zu wechseln sei für sie etwas vollkommen Neues gewesen. Auch die Sprache habe sie anfangs überfordert. Sie konnte nur sehr wenig sprechen und es hätten sich auch nur einzelne Kollegen und Vorgesetzte bemüht, hochdeutsch zu sprechen. Schriftlich sei sie besser zurechtgekommen, ihr damaliger Chef habe sie bewundert, weil sie so gut schreiben habe können. Sie habe im Lyceum Deutsch gelernt und hatte auch in der Schule sehr gute Noten. In der praktischen Ausübung, v. a. mündlich, war es mit Deutsch jedoch anders. Als sie ihre Kollegen Dialekt sprechen gehört habe, habe sie sich gefragt „Na, hab ich Deutsch gelernt oder was hab ich gelernt?“ (IP 10). Erst als sich Kollegen und Vorgesetzte bemüht hatten, Hochdeutsch mir ihr zu sprechen, habe sie sich gedacht „Nun, ich hab doch ein bisschen Deutsch gelernt“ (IP 10). Auch die Konflikte, die die Kollegen untereinander hatten, waren für sie anfangs belastend und völlig neu. „Da habe ich oft große Augen gemacht, gibt’s so was wirklich? Oder die Menschen, die gegenseitig kämpfen, ohne Grund, das hab ich oft beobachtet“ (IP 10).

6.2.10.3 Menschen im Arbeitsumfeld

Unterstützung bzw. Aufnahme seitens der Kollegen im Team

Über Kollegen könne sie nichts Negatives sagen. Es seien immer alle ausgesprochen freundlich gewesen. Eine einzige Kollegin habe es in ihren Anfängen gegeben, die ausländerfeindlich eingestellt gewesen sei. Sie sei zuckersüß zu ihr ge-

wesen, hätte dann aber hinter ihrem Rücken intrigiert. „Aber es gibt solche Menschen – falsch. Sie hat auch Märchen über mich erzählt, dass ich familiäre Probleme habe, dass mein Mann mich verlassen hat oder ich hab ihn erwischt mit andere“ (IP 10). Ansonsten habe sie über die Kollegen nur Positives zu berichten.

Verhältnis zu den Vorgesetzten

Die Vorgesetzten seien ebenfalls immer nett gewesen. Sie hätten immer Verständnis für „mein getrenntes Leben“ (IP 10) und hätten somit vieles für sie erleichtert. Sie hätten es möglich gemacht, dass sie an jenen Tagen frei bekommt, die nötig gewesen seien, um mehrere Tage frei zu haben, wodurch eine entsprechende Zeitspanne frei geworden sei, um nach Polen zu fahren. Auch Dienstaustauschen sei ihr immer wieder erleichtert worden. Dies sei immer sehr positiv gewesen.

Erfahrungen mit Patienten

Mit den Patienten komme sie immer gut aus. Menschen würden sie ohnehin faszinieren. Manche Patienten würden zwar keine Ausländer mögen, aber es gebe nur wenige, die intolerant gegenüber Ausländern seien. Dasselbe gelte für Angehörige. „Ja, Gefühl hab ich schon gehabt manches Mal. So ein Gefühl, das..., das gibt's auch so. Österreicher, die gegen Ausländer sind. Natürlich“ (IP 10).

Integrationsspezifische Maßnahmen

Derartige Maßnahmen habe es nie gegeben.

6.2.10.4 Privates/Zukunft

Familiäres

Ihre Familie sei in Polen, sie pendle immer nach Hause. Dass die Familie hierher komme, komme nicht in Frage. Die Familie sei zu stark in Polen verwurzelt.

Gründe für den weiteren Verbleib in Österreich

Auf die Frage, warum sie in Österreich geblieben sei, konnte IP 10 keine konkrete Antwort geben. Sie meinte, dass sich ihr Aufenthalt einfach immer wieder verlängert habe. „Und dann hat sich das verlängert und verlängert. Ich hab immer die

Kinder gefragt, auch meinen Mann, aber vor allem die Kinder: ‚Soll ich schon zurück kommen?‘ Jederzeit, ich war immer bereit. Aber die haben immer gesagt: ‚Mama, mach du kein Blödsinn. Bleib in Österreich, du machst es gut. Das hat mich beruhigt, aber trotzdem...‘ (IP 10). D. h. ihre Familie sei mit ihrer ständigen Arbeit in Österreich einverstanden gewesen. Die Entscheidung sei innerfamiliär getroffen worden.

Pläne für die Zukunft

Sie werde auf alle Fälle bis zur Pension hier arbeiten, jetzt aufzuhören wäre ungünstig. Dies gelte aber nur so lange, so lange familiär alles gut laufe. Außerdem liebe sie Österreich. Sie sei mit ihrem Job hier sehr zufrieden und auch mit Österreich sei sie sehr zufrieden. In Bezug auf die Pension habe sie noch keine konkreten Pläne, könne sich aber vorstellen, ihre Pension in ihrem Heimatland zu verbringen.

6.3 Zusammenführung der Interviewergebnisse

6.3.1 Vorphase

Aufenthalt in Österreich seit wann

Wie die Antworten der Befragten gezeigt haben, sind alle IPs in den 1990er Jahren nach Österreich gekommen, um hier als Krankenschwestern tätig zu werden. Vier davon (alle aus China) kamen im Jahr 1997, eine befragte Chinesin kam im Jahr 1995, zwei weitere Polinnen ebenfalls im Jahr 1995 und die anderen drei Polinnen teilten sich auf 1991, 1992, 1993 auf. Im Hinblick auf die polnischen Pflegepersonen ist hier festzuhalten, dass die Jahreszahlen der Ankunft in Österreich sehr wohl mit dem Datum des Eisernen Vorhangs zusammenfallen, der wie in Abschnitt 5.1.2 festgehalten, in den 90er Jahren zu einer verstärkten Migration von Polen ins Ausland führte.

Motive für den Wunsch nach einer Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich

Die Auswertung der Antworten der Befragten hat gezeigt, dass es sich bei den chinesischen Migrantinnen vorwiegend um das Motiv des Kennenlernens anderer

Länder gehandelt hat. Zwei Befragte gaben auch an, dass sie neue Techniken lernen habe wollen und eine nannte die große Arbeitsbelastung zu Hause. Alle fünf führten aber an, dass die eigentliche Motivation aus dem Angebot, für zwei Jahre nach Österreich zu gehen, basierend auf dem Vertrag zwischen Österreich und China, für zwei Jahre chinesische Krankenschwestern einzustellen, um so den Personalmangel entgegen zu wirken, herrührte. Somit kann zu den chinesischen Migrantinnen gesagt werden, dass dieser Vertrag möglicherweise erst den Wunsch nach dem Verlassen des Heimatlandes wach werden hat lassen. Bei den polnischen Krankenschwestern standen eher wirtschaftliche Motive im Vordergrund. Die Befragten nannten höhere Einkommensmöglichkeiten und eine schwierige Jobsituation im Heimatland. Zwei der Befragten (jene, die 1991 und 1992 nach Wien kamen) gaben aber auch an, aufgrund eines Übereinkommens zwischen dem polnischen und den österreichischen zuständigen Behörden nach Österreich gekommen zu sein. Neben wirtschaftlichen Motiven und vertraglichen Anreizen mag aber auch die Tatsache eine Rolle gespielt haben, dass immerhin drei der Befragten Verwandte oder Freunde in Österreich hatten, die Unterstützung beim beruflichen Start in Österreich versprochen bzw. boten.

Vorinformationen zu Österreich sowie Vorbereitungen

Zur Frage der Vorinformation gaben nahezu alle Befragten an, dass sie kaum Informationen über Österreich gehabt hätten, manche hielten hier auch fest, dass diese ihnen nicht wichtig gewesen sei. Naturgemäß hatten die polnischen Befragten aufgrund der geografischen Nähe einen kleinen Informationsvorsprung gegenüber den chinesischen Befragten.

In vorbereitungsspezifischer Hinsicht gaben die fünf chinesischen Befragten an, dass sie einen Intensivdeutschkurs bereits in China absolviert hätten, wobei die Prüfungen von österreichischen Magistratsbeamten in China direkt abgenommen wurden. Dennoch gab von allen Befragten, Chinesinnen und Polinnen, nur eine an keine Sprachprobleme gehabt zu haben. Alle anderen berichteten vor allem zu Beginn ihrer Arbeit Probleme und Einschränkungen durch mangelnde Sprachkenntnisse gehabt zu haben. Zum Teil wurde von massiven Sprachproblemen berichtet. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass der Pflegekräftemangel

damals in Österreich eklatant gewesen sein musste, denn Pflegepersonal mit entsprechend mangelhaften Deutschkenntnissen aufzunehmen, weist auf eine relativ prekäre Situation hin.

Bürokratisches und Formales

Zu den Formalitäten gaben alle Befragten an, dass sie nach einer gewissen Zeit (die chinesischen Befragten nach Ablauf ihres 2-Jahres-Vertrages, die polnischen Befragten innerhalb einer zweijährigen Frist nach Aufnahme ihrer Tätigkeit) ihre Diplome nostrifizieren mussten. Zur Nostrifizierung hielten die Befragten fest, dass diese soweit kein Problem bedeutet hätte, außer in sprachlicher Hinsicht. Vor allem das Fach „Gesetzeslage“ wurde von vielen als schwierig angegeben. Darüber hinaus wurde von drei Befragten auch die Tatsache als erschwerend genannt, dass die Nostrifizierung parallel zur beruflichen Tätigkeit vollzogen werden musste. V. a. die polnischen Befragten gaben an, dass sie häufig Probleme mit den Behörden gehabt hätten und v. a. die Aufenthaltsbewilligung als auch die Arbeitsbewilligung mit sehr vielen bürokratischen Hürden verbunden gewesen sei. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zu den chinesischen Befragten, deren Arbeitseinsatz als Pflegepersonen von staatlicher Seite her vorbereitet worden war und die mit derartigen behördlichen Schikanen nicht zu kämpfen hatten.

Erwartungen an die Tätigkeit in Österreich

Von den fünf chinesischen Befragten gaben drei an, keine Erwartungen gehabt zu haben, sie wollten lediglich schauen, wie es sei, in einem anderen Land zu arbeiten. Zwei der Befragten hielten fest, dass es für sie entsetzlich gewesen sei, ins Pflegeheim zu kommen anstatt in ein Krankenhaus, wie ihnen dies ursprünglich bei Vertragsabschluss versprochen worden war. Von den fünf polnischen Befragten hielten drei fest, dass ihre Erwartungen erfüllt worden seien, dass sie sehr zufrieden im Job seien. Eine Befragte gab an, dass sich ihre finanziellen Erwartungen nicht wirklich erfüllt hätten, sonst wäre sie nach zwei Jahren, ausgestattet mit den entsprechenden Ersparnissen, wieder nach Polen zurückgekehrt. Die fünfte polnische Befragte (IP 8) meinte, dass sie mit ihrer Situation keineswegs zufrieden sei, sie sei vollkommen überqualifiziert, dennoch sei eine Beförderung zur Stationsleitung für sie offenbar unerreichbar. Hier ist auch ein Unterschied zwischen den beiden Befragtengruppen zu erkennen. Die chinesischen Pflegkräfte

erwarteten so zu arbeiten, wie ihnen dies zuvor angekündigt worden war, die polnischen Krankenschwestern konnten hier nicht enttäuscht werden.

6.3.2 Ausbildung und Umsetzung

Umsetzung des Gelernten aus dem Heimatland bzw. Unterschiede in Bezug auf die pflegerische Tätigkeit

Alle zehn Befragten gaben an, dass sie für ihre Tätigkeit überqualifiziert seien, dass sie in ihrem Heimatländern vorwiegend medizinische Tätigkeiten, die hier Ärzte bzw. Turnusärzte ausführen, ausgeübt hätten und in Österreich ausschließlich reine Pflegetätigkeiten erbringen würden. Somit kommt es hier zu der in Abschnitt 3.6 angesprochenen Dequalifizierung von Personal mit Migrationshintergrund, wobei in diesem Zusammenhang festzuhalten ist, dass diese Dequalifikation nicht auf den Migrationshintergrund, sondern auf die unterschiedlichen Rechts- und Ausbildungssysteme des Ziellandes Österreich und der Herkunftsländer der Befragten zurückzuführen ist.

Schwierigkeiten zu Arbeitsbeginn

Alle fünf chinesischen Befragten gaben an, dass sie extreme Sprachschwierigkeiten zu Beginn ihrer Tätigkeit als Krankenschwester in Österreich gehabt hätten. Von den fünf polnischen Befragten hatten zwei zu Beginn sprachliche Schwierigkeiten. Darüber hinaus wurde von den Interviewpartnerinnen auch angegeben, dass es ein Problem gewesen sei, Menschen das erste Mal sterben zu sehen und ständig nur mit den Ausscheidungen der Patienten zu tun zu haben. Des Weiteren wurde auch über die schwere Arbeit geklagt, über die hohe Stundenanzahl und die hohe Patientenanzahl gleich von Anfang an. Gerade im Hinblick auf die Sprachschwierigkeiten ist hier festzuhalten, dass zum Zeitpunkt des Arbeitsbeginnes der Befragten die sprachliche Regelung aus dem Jahr 2003, die in Abschnitt 4.3 angesprochen wurde, noch nicht existiert hat. Wie in Abschnitt 3.7 dargelegt, ist aber die Sprache als Kommunikationsmittel gerade in einem Berufsfeld wie der Pflege eine unabdingbare Voraussetzung für die Ausführung qualitativ hochwertiger Arbeit. Aus dieser Tatsache lässt sich ableiten, dass hier in verstärktem Maß darauf geachtet werden müsste, dass Personal mit Migrationshintergrund, das sehr viel im Kontakt mit Menschen ist, auch über die entsprechenden sprachlichen

Fähigkeiten verfügt. Möglicherweise reicht ein Jahr intensiver Deutschkurs in Heimatland für Personen mit vollkommen anderer Muttersprache als der deutschen (in dem Fall Chinesisch) nicht aus, um ein entsprechendes Deutschniveau zu erreichen.

6.3.3 Menschen im Arbeitsumfeld

Unterstützung bzw. Aufnahme seitens der Kollegen im Team

Zur Frage nach dem Auskommen mit Kollegen bzw. nach der Unterstützung von Kollegen kamen die unterschiedlichsten Antworten. Ein Teil der Befragten gab an, von den Kollegen sehr gut unterstützt worden zu sein. Ein Teil meinte, dass die Kollegen keine große Hilfe gewesen seien, v. a. drei chinesische Befragte gaben an, dass sie Probleme aufgrund ihres Migrationshintergrundes gehabt hätten. IP 1 berichtete, dass sie nicht viel geredet habe und ihr das angelastet worden sei. Dies entspricht allerdings, wie in Abschnitt 5.2 beschrieben, der chinesischen Mentalität. Hier zeigt sich, dass es in multikulturellen Teams mitunter an Verständnis für die andere Kultur fehlt. Zwei Befragte (IP 2 und IP 3) gaben auch an, von den Kollegen aufgrund ihres Migrationshintergrundes ausgenutzt worden zu sein. Auch diese Angaben stimmen mit denen in Abschnitt 3.6 gemachten in Bezug auf die Ausbeutung und Ausgrenzung des Pflegepersonals mit Migrationshintergrund überein. Auch IP 7 hatte angegeben, ausgebeutet worden zu sein (Polin). Zwei Befragte führten des Weiteren an, den Neid der Kollegen auf sich gezogen zu haben, weil ihre Ausbildung über der der Österreicher stand (IP 9 und IP 3). Drei Befragte hatten aber auch zu Protokoll gegeben, dass sie ausgesprochen gut mit Kollegen ausgekommen waren und diese nett und unterstützend ihnen gegenüber gewesen seien. Zum Teil decken sich somit die Aussagen der Befragten mit jenen aus Abschnitt 3.6, wo ebenfalls angegeben wurde, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund teilweise mit mangelnder Unterstützung, herabwürdigender Behandlung und Ausbeutung und Ausgrenzung zu tun hätten.

Verhältnis zu den Vorgesetzten

Von den fünf chinesischen Befragten berichteten zwei, dass sie von Anfang an sehr gut unterstützt worden seien durch die Vorgesetzten, drei meinten aber, dass sie mit unterschiedlichen Vorgesetzten zu tun gehabt hätten, die nicht immer

freundlich gewesen seien. In China lerne man aber, nicht zu klagen, fleißig und bescheiden zu sein, zurückgezogen zu sein und nicht zu streiten. Diese Aussagen decken sich mit jenen von Abschnitt 5.2., wo ebenfalls über Bescheidenheit, Konfliktvermeidung und dem Bestreben nach Harmonie berichtet wurde. Von den fünf polnischen Befragten berichteten ebenfalls zwei, gut von den Vorgesetzten unterstützt worden zu sein, drei hatten Probleme mit den Vorgesetzten, v. a. eine davon aufgrund ihres Migrationshintergrundes. Auch hier kann wieder auf die Aussagen von Abschnitt 3.6 verwiesen werden.

Erfahrungen mit Patienten

Alle zehn Befragten berichteten im Großen und Ganzen keine Probleme mit Patienten gehabt zu haben und von den Patienten immer freundlich behandelt worden zu sein. Jene, die Angehörige erwähnten, berichteten auch von diesen in positiver Weise, außer IP 5, die angab, dass die Angehörigen meist Österreicher bevorzugt hätten. Interessant war auch die Aussage von IP 3, die meinte, sie selbst habe keine Probleme mit Patienten gehabt, es seien eher die dunkelhäutigen Pflegepersonen gewesen, die hier Probleme gehabt hätten. Auch hier sei wieder auf Abschnitt 3.6 verwiesen, wo auf Diskriminierung von Personal mit Migrationshintergrund aufgrund der Hautfarbe berichtet wurde.

Integrationsspezifische Maßnahmen

Alle zehn Befragten gaben an, dass keinerlei integrationsspezifische Maßnahmen von offizieller Seite her ergriffen worden seien. Dies ist besonders im Hinblick auf die Probleme, über die die Befragten berichtet haben und auf die in Abschnitt 3.7 gemachten Empfehlungen bedauernd, da - wie sich im betreffenden Abschnitt gezeigt hat - eigene Programme dafür geschaffen werden sollten, dass der Eingliederungsprozess, der laut der Studie von Adams und Kennedy (2006) am Arbeitsplatz rund zehn Jahre dauert, reibungslos verläuft. Derartige Initiativen würden mit Sicherheit allen Beteiligten (Betroffenen, Kollegen, Vorgesetzten, aber v. a. auch Patienten) zugute kommen.

6.3.4 Privates/Zukunft

Familiäres

Von den fünf chinesischen Befragten berichteten zwei, keine Familie hier zu haben, zwei Befragte gaben an, die Familie nach einigen Jahren nachgeholt zu haben und eine Befragte hatte hier geheiratet. Von den fünf polnischen Befragten hielten zwei fest, die Familie jetzt in Österreich zu haben, drei pendeln aber zwischen Polen und Österreich hin und her. D. h. durch diese Pendelbewegung findet die in Abschnitt 2.3 angesprochene transnationale Mobilität statt. Aufgrund der geografisch unüberwindbaren Pendeldistanz nach China kann dies selbstverständlich nur von den polnischen Pflegekräften praktiziert werden.

Gründe für den weiteren Verbleib in Österreich

Von den fünf chinesischen Befragten gaben drei an, ursprünglich vorgehabt zu haben, nach Hause zu fahren, dann seien aber andere aus der Gruppe geblieben und deswegen seien sie auch geblieben. Eine Befragte meinte, sie sei geblieben, weil sie das Geld für ihre krebserkrankte Mutter verdienen habe müssen. Bei den polnischen Befragten war es so, dass vier der fünf Befragten meinten, wegen der besseren finanziellen Verdienstmöglichkeiten in Österreich geblieben zu sein. Eine Befragte hatte angegeben, dass bereits ihr Lebensmittelpunkt hier sei. V. a. der Familie wegen (bessere Verdienstmöglichkeiten) wird auch von den polnischen Befragten die Tätigkeit in Österreich nicht aufgegeben. Somit zeigt sich wiederum eine Übereinstimmung mit den in Kapitel 5 gemachten Aussagen, dass sowohl in China als auch in Polen die Familie sehr wichtig ist und man innerhalb der Familie immer füreinander da ist.

Pläne für die Zukunft

Zur Frage nach den Zukunftsplänen äußerten sich nahezu alle Befragten ähnlich. Es war für die meisten nicht klar, wo sie die Pension verbringen würden, manche der Befragten waren sich nicht einmal sicher, ob sie bis zur Pension bleiben wollten. Lediglich IP 9 gab an, dass sie aus finanziellen Gründen bis zur Pension bleiben müsse. Vier der Befragten antworteten auf diese Frage, dass sie in Pension eventuell zwischen ihren beiden Heimatländern pendeln wollten.

6.4 Gestaltung der Zusammenarbeit in einem multikulturellen Pflege team

Die Forschungsfrage, die in Abschnitt 1.2 zu Beginn der Arbeit gestellt wurde, war: „Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit für Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in einem multikulturellen Pflege team?“ Wie die vorliegende Arbeit gezeigt hat, gestaltet sich die Zusammenarbeit für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in einem multikulturellen Pflege team nicht immer einfach. Zum einen wurden von den Befragten starke sprachliche Probleme genannt, was nicht zuletzt auch auf den häufigen Einsatz des Dialekts innerhalb der Teams zurück zu führen war. Darüber hinaus mögen sprachliche Probleme, die von den chinesischen Befragten häufiger als von den polnischen Befragten genannt wurden, auch in der Tatsache begründet liegen, dass chinesisch eine syntaktisch und phonetisch vollkommen anders aufgebaute Sprache ist als Deutsch. Darüber hinaus haben sowohl polnische als auch chinesische Befragte durchwegs von Diskriminierungen berichtet. Angeführt wurden das Ausnutzen der Arbeitskraft, das Ausschließen aus dem sozialen Miteinander, wie z.B. dem gemeinsamen Verbringen der Pause, das Erwarten höherer Arbeitsleistung als vom einheimischen Personal, die Diskriminierung seitens der Vorgesetzten, die teilweise österreichisches Personal bevorzug(t)en, und das Übertragen von unliebsamen Aufgaben, wie das „Machen des Schmutzwäschewagens“ an migrantische Pflegekräfte. Umgekehrt wurde aber auch von großer Unterstützung seitens der österreichischen Kollegen aber auch der ausländischen Kollegen und der Vorgesetzten berichtet. Im Hinblick auf die Patienten hat die Erhebung gezeigt, dass hier aufgrund des Migrationshintergrundes kaum Nachteile von den Befragten erfahren wurden. Zu Problemen und Unzufriedenheit hat jedoch unter anderem die Tatsache geführt, dass die Befragten alle für die von ihnen ausgeübte Tätigkeit überqualifiziert waren bzw. sind und auch in ihrem Heimatland durchwegs stark medizinisch orientierte Tätigkeiten ausgeübt haben, während ihre Tätigkeit in Österreich auf Unterstützung bei Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Ausscheidungsprozessen beschränkt war bzw. ist. Gerade in einem Tätigkeitsbereich wie der Pflege von alten und kranken Menschen wäre zu erwarten, dass bei einem derart hohen Anteil an ausländischem Pflegepersonal innerhalb des Pflege team integrationsspezifische Maßnahmen von öf-

fentlicher Seite bzw. seitens der Leitung ergriffen werden. Dies war aber keineswegs der Fall. Alle zehn Befragten gaben an, dass integrationsspezifische Maßnahmen fremd für sie seien.

7 Conclusio

Wie die Arbeit gezeigt hat, ist Migration weder ein neues noch auf ein bestimmtes geografisches Gebiet beschränktes Phänomen. Die Zahlen in Abschnitt 2.2 haben darüber hinaus eindeutig belegt, dass Migration einen beträchtlichen Teil der Weltbevölkerung erfasst. Die Ursachen sind dabei vielfältig, wobei unter Anerkennung der Tatsache, dass monokausale Erklärungen keinen Aufschluss über die Auslöser für Migration liefern können, es dennoch meist wirtschaftliche Motive zu sein scheinen, die Menschen dazu bewegen (vorübergehend) ein fremdes Land zu ihrem neuen Lebensmittelpunkt zu machen. Dass derartige Migrationsbewegungen für alle Betroffenen – Migrirende, Herkunftsland, Zielland – sowohl positive als auch negative Folgen hat, wurde in Abschnitt 2.5 dargelegt. Darüber hinaus hat sich auch gezeigt, dass in den letzten Jahrzehnten immer mehr Frauen am Migrationsgeschehen teilnehmen, wodurch in der Zwischenzeit bereits von einer Feminisierung der Migration gesprochen wird. In Kapitel 2 wurde schließlich auch dargelegt, dass Sprache und Religion stark identitätsbildend sind.

Im Hinblick auf die Migration in der Pflege hat sich gezeigt, dass auch diese Art der Migration bereits auf einen längeren Zeitraum in der Geschichte zurück blickt. Vor allem in der zweiten Hälfte des 20. und den ersten Jahren des 21. Jahrhunderts sind tausende Pflegekräfte meist von Entwicklungsländern in Industrieländer migriert, um dort ihren Beruf zu meist besseren Zahlungs- und auch unter besseren Lebens- und Arbeitsbedingungen auszuüben. Dass dies nur wenige positive Auswirkungen, v.a. für die Herkunftsländer hat, die meist ohnehin unter einem schlechten Gesundheitssystem leiden, verwundert nicht. Neben dem leider nicht häufig auftretenden Brain Gain (weil viele der Betroffenen nicht in ihre Heimatländer zurückkehren) und den nach Hause gesandten remittances sind für das Herkunftsland kaum Zugewinne zu nennen. Viel mehr leiden die Herkunftsländer v.a. unter der Abwanderung eines Teils ihrer qualifizierten Kräfte und unter der Mehrbelastung der im Herkunftsland verbleibenden Pflegekräfte. Somit zahlen sich die vom Herkunftsland ursprünglich getätigten Investitionen in die Ausbildung der betreffenden Personen für Senderländer im Fall der migrierenden, im Zielland verbleibenden Pflegekräfte nicht aus. Aber auch die Betroffenen selbst haben

nicht nur Vorteile aus dem Wechsel ihres Lebensmittelpunktes. In der Literatur wird vielfach von Diskriminierungen, von Benachteiligungen im Arbeitsalltag, von Ausnutzen und Ausgrenzen, von mangelnder Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen und von herabwürdigender Behandlung berichtet. Darüber hinaus muss der Mehrverdienst häufig für hohe Reisekosten, für Besuche ins Herkunftsland, für das Mitbringen von Geschenken und für Sprachkurse im Zielland und die Deckung der alltäglichen Bedürfnisse (Miete, Nahrungsmittel etc.), die im Zielland meist um ein Vielfaches höher als im Herkunftsland sind, herangezogen werden.

Dass dies auch in Österreich teilweise der Fall ist, haben die Ergebnisse der Befragung, die in Kapitel 6 dargelegt wurden, gezeigt. Österreich hat wie viele andere Industrieländer auch, Tradition in der Aufnahme von ausländischem Pflegepersonal. Die Zahlen in Abschnitt 4.2. haben dies deutlich dargestellt. Sowohl Kapitel 4 als auch die empirische Erhebung haben aber auch gezeigt, dass die rechtliche Grundlage für das temporäre bzw. permanente Arbeiten als ausländische Pflegekraft in Österreich einerseits und die realen Lebens- und Arbeitsbedingungen andererseits nicht wirklich mit einander in Einklang stehen. Denn während es für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund aufgrund des eklatanten Pflegepersonal-mangels in Österreich relativ leicht ist, hier eine Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigung zu erhalten, wird von öffentlicher Seite her kaum etwas in integrationsspezifischer Hinsicht - v.a. nicht am Arbeitsplatz - unternommen.

Gerade aufgrund der Tatsache, dass der Anteil ausländischer Pflegekräfte in Pflege-teams teilweise sehr hoch zu sein scheint, wären integrationsspezifische Maßnahmen am Arbeitsplatz aber wesentlich. Darüber hinaus würden Einblicke in verschiedene Kulturen und Sprachen auch für alle Beteiligten des Teams von Vorteil sein und würden mit Sicherheit auch im Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund für das österreichische Personal wertvoll sein. In sprachlicher Hinsicht ist festzuhalten, dass die Befragten von großen Mängeln und Problemen berichtet hatten, was insofern überrascht, als in der Pflege von alten und kranken Menschen die Kommunikation, wie Abschnitt 3.7. gezeigt hat, eine wesentliche Rolle spielt. Genau hier müsste von öffentlicher Seite her ebenfalls mehr getan werden, sodass das sprachliche Niveau bereits bei Einstieg in das Pflegeteam hoch genug

ist, um in ausreichendem Maß mit Patienten, Kollegen und Vorgesetzten kommunizieren zu können.

Zur vorliegenden Untersuchung ist abschließend festzuhalten, dass diese selbstverständlich keine Repräsentativität beanspruchen kann, da die Befragungsgruppe relativ klein war und nur zwei Nationalitäten erfasst wurden. Darüber hinaus wurden Pflegekräfte von nur einer Einrichtung in Wien befragt. Möglicherweise hätte eine Befragung von Angehörigen von mehreren Pflegeheimen andere Ergebnisse gebracht. Allerdings waren die Befragten selbst auch in mehreren Einrichtungen tätig und berichteten durchwegs von ähnlichen Erlebnissen unabhängig von der Pflegeeinrichtung. Dennoch haben die Aussagen der Befragten in den Pflegealltag der Betroffenen gegeben, wobei sich die Aussagen in vielen Punkten mit jenen in der Literatur gedeckt haben.

Insgesamt hat die Arbeit gezeigt, dass sich die Zusammenarbeit für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in einem multikulturellen Pflorgeteam weniger gut gestaltet, als dies zu wünschen wäre, was v.a. im Hinblick auf die Tatsache, dass Schätzungen zeigen, dass sich die Zahl von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Industriestaaten in Zukunft noch verstärken wird, überaus bedenklich ist. Gerade im Hinblick auf die weiterhin steigenden Zahlen sind die öffentlichen Stellen aber gefragt, konkrete Maßnahmen zur Integration von ausländischem Pflegepersonal in österreichische Pflorgeteams zu ergreifen, um so die Qualität in der Pflege weiterhin zu gewährleisten bzw. zu verbessern.

8 Literaturverzeichnis

Werke und Beiträge

Aiken, L.H.; Buchan, J.; Sochalski, J.; Nichols, B.; Poewll, M. (2004). Trends In International Nurse Migration. In: Health Affairs. 23, No. 3, S. 69-77

Atac, I. (2012). Migrationspolitik und Inkorporation von MigrantInnen: Politikwissenschaftliche Perspektiven. In: Fassmann, H. Dahlvik, J. (Hrsg.) (2012). Migrations- und Integrationsforschung – Multidisziplinäre Perspektiven. Zweite erweiterte und überarbeitete Auflage. Wien und Göttingen: Vienna University Press. S. 265-280

Aufhauser, E. (2000). Migration und Geschlecht. In: Husa, K.; Parnreiter, Ch. & Stacher, I. (Hrsg.) (2000). Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts? Frankfurt a. Main: Brandes & Apsel. S. 97-122

Bach, S. (2003). International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues. Geneva: Interantional Labour Office

Bach, S. (2010). Managed Migration? Nurse Recriutment and the consequences of State Policy. In: Industrial Relations Journal 41:3, S. 249-266

Baldaszi, I. (2006). Stand der Forschung zur Migration in Österreich – eine kurze Übersicht. In: Gesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 9/2006, S. 861-865

Bingen, D. (2009). Religionsgemeinschaften. In: Bingen, D. & Ruchniewicz, K. (Hrsg.). Länderbericht Polen. Geschichte, Politik, Wirtschaft, Gesellschaft, Kultur. Frankfurt/New York: Campus Verlag. 373-386

Boski, P. (2003). Polen. In: Thomas, A.; Kamhuber, S.; Schroll-Machl, S. (Hrsg.) (2003). Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Band 2: Länder – Kulturen - Interkulturelle Berufstätigkeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 120-134

Brush, B. (2008). Global Nurse Migration Today. In: Journal of Nursing Scholarship. 40/1, S. 20-25

Buchan, J.; Parkin, T.; Sochalski, J. (2003). International nurse mobility: Trends and policy implications. Geneva: World Health Organization

Buchan, J. (2008). Wie kann die Migration von Gesundheitsfachkräften gesteuert werden, um negative Auswirkungen auf das Angebot zu verhindern? Grundsatzpapier. In: Gesundheitssysteme und Politikanalyse. Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme. Tallinn, Estland. 25-27.6.2008

Buchan, J.; Sochalski, J. (2004). The migration of nurses: trends and policies. In: Bulletin of the World Health Organization. 2004/82 (8), S. 587-594

Chan, S.; Wong, F. (1999). Development of basic nursing education in China and Hong Kong. Journal of Advanced Nursing. 29(6), S. 1300-1307

de Cillia, R. (2012). Migration und Sprache / n. Sprachenpolitik - Sprachförderung – Diskursanalyse. In: Fassmann, H. Dahlvik, J. (Hrsg.) (2012). Migrations- und Integrationsforschung – Multidisziplinäre Perspektiven. Zweite erweiterte und überarbeitete Auflage. Wien und Göttingen: Vienna University Press. S. 185-212

Clark, P.; Stewart, J. B.; Clark, D. A. (2006). The globalization of the labour market for health-care professionals. In: International Labour Review, Vol. 145, No. 1-2, S. 37-64

Fang, Z.Z. (2007). Potential of China in Global Nurse Migration. In: HSR: Health Services Research 42:3, part II, S. 1419-1428

Fassmann, H. (2003). Transnationale Mobilität: Konzeption und Fallbeispiel. In: SWS-Rundschau 43/4, S. 429-449

Fassmann, H. (2012). Konzepte der (biografischen) Migrations- und Integrationsforschung. In: Fassmann, H. Dahlvik, J. (Hrsg.) (2012). Migrations- und Integrationsforschung – Multidisziplinäre Perspektiven. Zweite erweiterte und überarbeitete Auflage. Wien und Göttingen: Vienna University Press. S. 61-94

Fassmann, H.; Dahlvik, J. (Hrsg.) (2012). Migrations- und Integrationsforschung – Multidisziplinäre Perspektiven. Zweite erweiterte und überarbeitete Auflage. Wien und Göttingen: Vienna University Press

Friebe, J. (2006). Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Reinheim: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung

Grubmüller, V. (2012). Migration, Menschenrechte und Entwicklung – Rechtliche und politische Herausforderung der EU durch den Migrationsdruck aus Afrika. Wien: Braumüller

Gupta, S.; Pattilo, C.; Wagh, S. (2007). Impact of Remittances on Poverty and Financial Development in Sub-Saharan Africa, Washington: International Monetary Fund, WP/07/38

Habermann, M.; Stagge, M. (2010). Nurse migration: a challenge for the profession and health-care systems. Journal of Public Health 18/2010, S. 43-51

Han, P. (2000). Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle. Fakten. Politische Konsequenzen. Perspektiven. Stuttgart: Lucius und Lucius

Hödl, G.; Husa, K.; Parnreiter, Ch.; Stacher, I. (2000). Internationale Migration. Globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts?. In: Husa, K.; Parnreiter, Ch.; Stacher, I. (Hrsg.) (2000). Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts? Frankfurt a. Main: Brandes & Apsel, S. 9-24

Huan, N.; Retzbach, R.; Kühlmann, K. (2012). China-Knigge: Chinakompetenz in Kultur und Business. München: Oldenburg Verlag.

Hungerbühler, H. (2007). Einführung in die Thematik – Migration und Entwicklung: eine Partnerschaft mit Widersprüchen? In: Schweizerisches Rotes Kreuz. (Hrsg.) (2007). Migration – ein Beitrag zur Entwicklung? Zürich: Seismoverlag. S. 14-38

Husa, K.; Parnreiter, Ch.; Stacher, I. (Hrsg.) (2000). Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts? Frankfurt a. Main: Brandes & Apsel

Husa, K.; Wohlschlägl, H. (2000). Aktuelle entwicklungstendenzen der Internationalen Arbeitsmigration in Südost- und Ostasien vor dem Hintergrund von Wirtschaftsboom und Asienkrise. In: Husa, K.; Parnreiter, Ch.; Stacher, I. (Hrsg.) (2000). Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts? Frankfurt a. Main: Brandes & Apsel, S. 247-280

International Organisation of Migration (2003). World migration 2003 – Managing migration. Challenges and responses for people on the move. Geneva: IOM

International Organisation of Migration (2005). Migration in an Interconnected World. Geneva: IOM

Jedrzejczyk, P.; Rassadin, J. (2006). Werte und Normen im heutigen Polen. In: Jonkisz, E; Müller, L. (Hrsg.) (2006). Management Guide Polen. Frankfurt am Main: Cross-Culture Publishing. S. 45-56

Jenull-Schiefer, B.; Janig., H. (2004). Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 37, Heft 5, S. 393-401

Jonkisz, E.; Müller, L. (Hrsg.) (2006). Management Guide Polen. Frankfurt am Main: Cross-Culture Publishing.

Karl-Trummer, U. (2010). Migration von Pflegekräften in und nach Europa - Fakten, Chancen, Herausforderungen: Wie gelingt die soziale Integration von migrantischen Pflegekräften in die österreichische Arbeitswelt. In: Köhler, I.; Klambauer, C. (2010). Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft - Herausforderungen und Chancen. Dokumentation der Jahreskonferenz 2010, vom 24./25. November 2010 in Innsbruck Tirol, Wien: Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit, S. 109-119

Kawi, J. & Xu, Y. (2009). Facilitators and Barriers to Adjustment of International Nurses: An Integrative Review. International Nurse Review 2. S. 174-183

Kingma, M. (2007). Nurses on the Move: A Global Overview. In: HSR: Health Services Research 42:3, part II, S. 1481-1498

- Kline, D. (2003). Push and Pull Factors in International Nurse Migration. In: Journal of Nursing Scholarship, Second Quater 2003, S. 107-111
- Kochanowicz, J.; Marody, M. (2006). Die polnische Wirtschaftskultur – Persistenz und Wandel. In: Jonkisz, E.; Müller, L. (Hrsg.) (2006). Management Guide Polen. Frankfurt am Main: Cross-Culture Publishing. S. 91-104
- Lenhart, M. (2007). Die Migration von (weiblichen) Pflegekräften. In: Kurswechsel II/2007, S. 28-35
- Lenhart, M.; Oesterle, A. (2007). migration von pflegekräften: österreichische und europäische trends und perspektiven. In: Österreichische Pflegezeitschrift 12/2007, S. 8-11
- Lenhart, M. (2010). Pflegekräftemigration nach Österreich. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Liang, Y; Kamhuber, S. (2003). Ostasien. In: Thomas, A.; Kamhuber, S.; Schroll-Machl, S. (Hrsg.) (2003). Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Band 2: Länder – Kulturen - Interkulturelle Berufstätigkeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 171-185
- Loew, P. O. (2009). Nationale und ethnische Minderheiten. In: Bingen, D.; Ruchniewicz, K. (Hrsg.). Länderbericht Polen. Geschichte, Politik, Wirtschaft, Gesellschaft, Kultur. Frankfurt/New York: Campus Verlag. S. 360-372
- Mayr, K. (2012). Die ökonomischen Auswirkungen von internationaler Migration. In: Fassmann, H. Dahlvik, J. (Hrsg.) (2012). Migrations- und Integrationsforschung – Multidisziplinäre Perspektiven. Zweite erweiterte und überarbeitete Auflage. Wien und Göttingen: Vienna University Press. S. 109-122
- Mayring, P. (2000): Einführung in die Qualitative Forschung. Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Münz, R. (2000). Migration im Europa des 19. und 20. Jahrhunderts. In: Husa, K.; Parnreiter, Ch.; Stacher, I. (Hrsg.) (2000). Internationale Migration. Die globale

Herausforderung des 21. Jahrhunderts? Frankfurt a. Main: Brandes & Apsel. S. 177-190

Muzak, G. (2012). Migration und öffentliches Recht. In: Fassmann, H.; Dahlvik, J. (Hrsg.) (2012). Migrations- und Integrationsforschung – Multidisziplinäre Perspektiven. Zweite erweiterte und überarbeitete Auflage. Wien und Göttingen: Vienna University Press. S. 281-300

Obray, A.; Vydelingum, V.; Robins, I (2007). Engaging with a New Reality: Experiences of Overseas Minority Ethnic Nurses in the NHS. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2221-2228

Parnreiter, C. (2000). Theorien und Forschungsansätze zu Migration. In: Husa, K.; Parnreiter, Ch.; Stacher, I. (Hrsg.) Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts? Frankfurt a. Main: Brandes & Apsel, S. 25-52

Pittmann, P; Aiken, L.H.; Buchan, J. (2007). International Migration of Nurses: Introduction. In: *HSR: Health Services Research* 42:3, part II, S. 1275-1280

Potz, R. (2012). Religionspolitische und religionsrechtliche Herausforderungen in einer multikulturellen Gesellschaft. In: Fassmann, H.; Dahlvik, J. (Hrsg.) (2012). Migrations- und Integrationsforschung – Multidisziplinäre Perspektiven. Zweite erweiterte und überarbeitete Auflage. Wien und Göttingen: Vienna University Press. S. 301-314

Proniewski, M. (2009). Strukturwandel in der Wirtschaft. In: Bingen, D.; Ruchniewicz, K. (Hrsg.). Länderbericht Polen. Geschichte, Politik, Wirtschaft, Gesellschaft, Kultur. Frankfurt/New York: Campus Verlag. S. 263-272

Rappolt, E. (2003). Ausländische Gesundheitssysteme im Überblick: Polen. *Österreichische Pflegezeitschrift* 10/03. S. 30-31

Reinprecht, C.; Weiss, H. (2012). Migration und Integration: Soziologische Perspektiven und Erklärungsansätze. In: Fassmann, H.; Dahlvik, J. (Hrsg.) (2012). Migrations- und Integrationsforschung – Multidisziplinäre Perspektiven. Zweite

erweiterte und überarbeitete Auflage. Wien und Göttingen: Vienna University Press. S. 13-34

Schweizerisches Rotes Kreuz. (Hrsg.) (2007). Migration – ein Betrag zur Entwicklung? Zürich: Seismo Verlag

ShuZhen, L. (2001). Today's Nursing Education in the People's Republic of China. *Journal of Nursing Education* 01484834, Vol 40, Issue 5. S.217-221

Simoens, S.; Villeneuve, M.; Hurst, J. (2005). Tackling Nurse Shortages in OECD countries. *OECD Health Working Papers*, No. 19, OEDC publishing

Smith, D.; Tang S. (2004). Nursing in China: Historical development, current issues and future challenges. In: *大分看護学研究* 5(2). S.16-20

Statistik Austria (2012). Migration und Integration – Zahlen. Daten. Indikatoren 2012. Wien: Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften.

Strasser, S. (2012). Über Grenzen verbinden: Migrationsforschung in der Sozial- und Kulturanthropologie. In: Fassmann, H.; Dahlvik, J. (Hrsg.) (2012). Migrations- und Integrationsforschung – Multidisziplinäre Perspektiven. Zweite erweiterte und überarbeitete Auflage. Wien und Göttingen: Vienna University Press. S. 35-60

Szylko-Skoczny, M. (2009). Arbeitsmarktlage und Arbeitsmarktpolitik. In: Bingen, D.; Ruchniewicz, K. (Hrsg.). Länderbericht Polen. Geschichte, Politik, Wirtschaft, Gesellschaft, Kultur. Frankfurt/New York: Campus Verlag. S. 294-308

Thomas, A.; Kammhuber, S.; Schroll-Machl, S. (Hrsg.) (2003). Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Band 2: Länder – Kulturen - Interkulturelle Berufstätigkeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Timonen, V.; Doyle, M. (2010). Migrant Care Workers' Relationship with Care Recipients, Colleagues and Employers. *European Journal of Women's Studies* 1. S. 25-41

World Health Organization (2006). The World Health Report 2006: Working together for health, Geneva: WHO

Wilhelm, C. (2006). Die moderne polnische Gesellschaft. Werte und Normen im heutigen Polen. In: Jonkisz, E.; Müller L. (Hrsg.) (2006). Management Guide Polen. Frankfurt am Main: Cross-Culture Publishing. S. 57-64

Wiskow, C. (2007). Internationale Migration von Gesundheitspersonal: WanderarbeiterInnen im globalen Zeitalter? In: Schweizerisches Rotes Kreuz. (Hrsg.) (2007). Migration – ein Beitrag zur Entwicklung? Zürich: Seismoverlag. S. 104-136

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.). Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim und Basel: Beltz

Wong, F.; Chan, S.; Yeung, S. (2000). Trends in Nursing Education in China. Journal of Nursing Scholarship 32:1. S. 97-99

Xu, Y.; Xu, Z.; Zhang, J. (2000). The nursing education system in the People's Republic of China: evolution, structure and reform. International Nursing Review 47. S. 207-217

Zdziebło, K.; Głuszek, S.; Makieła, E., (2011). Wybrane determinaty transformacji kształcenia pielęgniarek w Polsce. In: Stępien., R.; Głuszek, S. (Hrsg.). Ewaluacja kształcenia realizowanego w projekcie systemowym, Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno- Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach w latach 2008-2010. Kielce: Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach. S.21-33

Zeugin, B.; van Dok, G. (2007). *Brain Migration* – Entwicklungspotenzial für arme Länder. In: Schweizerisches Rotes Kreuz. (Hrsg.) (2007). Migration – ein Beitrag zur Entwicklung? Zürich: Seismoverlag. S. 71-103

Zinzius, B. (2007). China-Handbuch für Manager. Kultur, Verhalten und Arbeiten im Reich der Mitte. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag

Internetquellen

AEUV. In: Europa–EU: www.europa.eu

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0047:0200:de:PDF> (22.12.2012)

Ausländerbeschäftigungsgesetz. In: RIS: www.ris.bka.gv.at

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008365> (07.12.2012)

Bundesministerium für Gesundheit: www.bmgf.gv.at

http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Anerkennung/Anerkennung_ener_auslaendischen_Berufsqualifikation_in_einem_sonstigen_nichtaerztlichen_Gesundheitsberuf_ (27.11.2012)

Eurostat newsrelease (2008) Population projections 2008-2060.. In: Europa–EU: www.europa.eu

http://europa.eu/rapid/press-release_STAT-08-119_en.htm?locale=en (03.01.2013)

Ministerstwo Zdrowia: www.mz.gov.pl

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m7&ms=594&ml=pl&mi=594&mx=0&mt=&my=460&ma=7644> (18.04.2012)

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b2&ms=1&ml=pl&mi=0&mx=0&mt=&my=0&ma=03040> (12.03.2012)

Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz. In: RIS: www.ris.bka.gv.at

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004242> (22.04.2012)

Rozporządzenie Ministra Nauki i szkolnictwa wyższego z dnia 12 lipca 2007 (Dz.U.2007.164.1166)

<http://www.lex.pl/du-akt/-/akt/dz-u-07-164-1166> (18.04.2012)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11maja 2004 (Dz. U. 2004 Nr. 110, poz.1170)

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m7&ms=594&ml=pl&mi=594&mx=0&mt=&my=460&ma=2720>"ma=2720 (18. 04. 2012)

Statistik Austria: [www. statistik.at](http://www.statistik.at)

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022348.html (17. 10. 2012)

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz. 1039)

<http://www.abc.com.pl/du-akt/-/akt/dz-u-11-174-1039> (18.04.2012)

9 Anhang

Interviewleitfaden

I. Vorphase

1. Wann sind Sie nach Österreich gekommen?
2. Was hat Sie dazu bewegt, nach Österreich zu kommen und hier als Krankenschwester zu arbeiten?
3. Welche Vorbereitungen mussten Sie dazu treffen und welche Vorinformationen hatten Sie in Bezug auf Österreich?
4. Gab es bürokratische Hürden (Visum, Aufenthaltsbewilligung, Nostrifikation etc.)?
5. Welche Erwartungen hatten Sie in Bezug auf Ihre Arbeit in Österreich?

II. Ausbildung und Umsetzung

6. Können bzw. konnten Sie das im Heimatland Gelernte umsetzen? Welche Unterschiede bestehen zwischen dem, was Sie zu Hause gelernt haben und hier machen?
7. Wie hat sich der Beginn Ihrer Arbeit in Österreich gestaltet? War er schwierig?

III. Menschen im Arbeitsumfeld

8. Wie war bzw. ist die Zusammenarbeit mit den Kollegen?
9. Wie waren bzw. sind Ihre Vorgesetzten?
10. Wie kommen Sie mit den Patienten zurecht?

11. Sind seitens der Institution irgendwelche integrationspezifischen Maßnahmen ergriffen worden, so dass Sie im Team besser ankommen könnten?

IV. Privates/Zukunft

12. Haben Sie hier in Österreich Familie?

13. Warum sind Sie in Österreich geblieben?

14. Wie sehen Sie Ihre Zukunft?

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Vorname: Barbara
Nachname: Ungrad
Geburtsdatum: 24.11.1970
Geburtsort: Kielce
Nationalität: Polen

Ausbildung

1977-1985 Grundsichule Kostomloty
1985-1989 AHS Kielce. Abschluss mit Matura
1990-1992 Medizinisches Berufsstudium (Fachhochschule)
Miechów
2011 Weiterbildung Basales und mittleres
Pflegermanagement an der Akademie für Fortbildungen
und Sonderausbildungen – Bereich Pflege am Allge-
meinen Krankenhaus der Stadt Wien
Seit 2006 Studium der Pflegewissenschaft an der Universität
Wien

Berufsweg

Seit 1995 Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester im
Geriatriezentrums am Wienerwald (Stationsschwester-
vertretung seit 2010)