



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Pflege im Spannungsfeld der Migration

Bedeutung der Migration für das Gesundheits-und
Pflegesystem

Verfasserin

Katharina Weiß

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pflegewissenschaft

Betreuerin: Dr. Maria Kletecka-Pulker

Abstract

Migration im Gesundheits- und Pflegebereich ist ein hoch aktuelles Thema. Zukünftig wird der Pflegebedarf in Österreich aufgrund der demografischen Entwicklung und der veränderten Altersstruktur maßgeblich ansteigen. Durch den Mangel an Pflegekräften wird es weiterhin notwendig sein, Pflegepersonen aus dem Ausland anzuwerben. Die Integration dieser Arbeitskräfte in den Arbeitsmarkt und die Gesellschaft spielt in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Die Zusammenarbeit mit Pflegepersonen mit Migrationshintergrund wird zukünftig immer mehr werden und stellt die Pflege vor neue Herausforderungen. Grundlegend soll die Frage geklärt werden, was Migration für die Pflege in Österreich und für die dort tätigen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund bedeutet. Im Rahmen dieser Diplomarbeit werden durch eine Literaturanalyse der aktuelle Forschungsstand sowie die Chancen, Trends und Herausforderungen der Migration beschrieben. Es werden ökonomische und sozio-kulturelle Aspekte ausführlich behandelt und Empfehlungen für das Gesundheits- und Pflegesystem erarbeitet.

Migration in the healthcare sector is a highly topical issue. In the future, the need for care in Austria will increase significantly through demographic developments such as its aging population. Due to the nursing shortage it will therefore continue to be necessary to recruit nurses from abroad. In that regard the integration of these workers into society and the labour market will be of great importance. Nurses from Austria will increasingly have to work together with nurses from abroad and therefore the healthcare system will be faced with new challenges. Fundamentally this diploma thesis aims to discuss the impact of the migration on the Austrian healthcare system and the on active nurses with a migration background in Austria. This diploma thesis analyses the latest literature published to describe the current state of research and the opportunities, trends and challenges of migration. Economic and sociocultural issues are discussed in detail. Furthermore, recommendations for the healthcare system are made.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG.....	1
1.1	Einleitung	1
1.2	Forschungsfragen	4
1.3	Ziel der Arbeit.....	5
2	THEMENBEREICH MIGRATION.....	6
2.1	Definitionen und Begriffsklärungen	8
2.1.1	<i>Definition Pflege</i>	8
2.1.2	<i>Migration – Migrationshintergrund</i>	8
2.1.3	<i>Arbeitsmigration</i>	11
2.1.4	<i>Brain drain</i>	11
2.1.5	<i>Brain gain and brain circulation</i>	13
2.2	Motive der Migration.....	14
2.2.1	<i>Push-Faktoren</i>	14
2.2.2	<i>Pull-Faktoren</i>	14
2.3	Dauer der Migration.....	16
2.3.1	<i>Temporäre Migration</i>	16
2.3.2	<i>Dauerhafte Migration</i>	17
2.3.3	<i>Pendelmigration</i>	18
2.3.4	<i>Irreguläre oder illegale Migration</i>	20
2.4	Typen von Migranten.....	20
2.5	Belastungen durch die Migration	22
3	MIGRATION NACH ÖSTERREICH	24
3.1	Migration im globalen Kontext	24
3.2	Österreich als Einwanderungsland.....	26
3.3	Rekrutierung ausländischer Arbeitskräfte.....	28
3.4	Rechtliche Rahmenbedingungen zur Zuwanderung nach Österreich	29
3.5	Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen.....	31
4	SITUATION IN ÖSTERREICH	33
4.1	Bevölkerung in Österreich mit Migrationshintergrund.....	33
4.1.1	<i>Verteilung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund über das österreichische Bundesgebiet</i>	35
4.2	Demografische Entwicklungen der Bevölkerung	37

4.3	Pflegebedarf in Österreich.....	39
5	MIGRATION VON PFLEGEKRÄFTEN	42
5.1	Klassische Herkunfts- und Zielregionen.....	42
5.1.1	<i>Herkunftsländer</i>	42
5.1.2	<i>Zielländer</i>	44
5.2	Österreich als Zielland von Pflegemigration	45
5.3	Berufsanerkennung und Dequalifikation.....	46
5.4	Erwerbstätige im Gesundheitsberuf	47
5.5	Ökonomische Faktoren	49
5.5.1	<i>Shortage – Mangel an Pflegekräften</i>	49
5.5.1.1	Globale Entwicklung	49
5.5.1.2	Entwicklung in Österreich	51
5.5.1.3	Integration von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund	55
5.5.2	<i>Rekrutierung von Pflegekräften</i>	58
5.5.2.1	Ethisch korrektes Rekrutieren von Pflegekräften	59
5.5.3	<i>Entlohnung und Lebensstandard</i>	62
5.6	Sozio – kulturelle Faktoren.....	64
5.6.1	<i>Sprache</i>	64
5.6.1.1	Sprache als Barriere	64
5.6.1.2	Dolmetschen in der Pflege.....	68
5.6.2	<i>Kultur</i>	70
5.6.2.1	Formen kultureller Vielfalt in Teams.....	71
5.6.2.2	Umgang mit kultureller Vielfalt	72
5.6.2.3	Transkulturelle Kompetenz	73
5.6.2.4	Pflege im kulturellen Kontext.....	73
6	Zusammenfassung und Empfehlungen an die Wissenschaft.....	80
7	LITERATURVERZEICHNIS	88
8	Abkürzungsverzeichnis	97
9	Abbildungsverzeichnis.....	97
10	Tabellenverzeichnis	97
11	Anhang.....	98

1 EINLEITUNG

1.1 Einleitung

Multikulturalität ist kein neues, aber dennoch ein hoch aktuelles Thema heutzutage in Österreich. Immer mehr Menschen aus den verschiedensten Nationen, mit unterschiedlicher soziokultureller Herkunft, leben in einem sogenannten „Melting pot“ (Verschmelzung der Kulturen) zusammen.

Daraus resultiert auch das Thema der internationalen Migration im Pflegeberuf. Österreich gilt hier als wichtiges Zielland. Es mangelt jedoch an Aufzeichnungen und Dokumentationen zur Migration in Österreich, die schon in den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts begonnen hat. Deshalb sind für den Pflegebereich detaillierte Dokumentationen und Studien nur beschränkt verfügbar (vgl. Lenhart/ Österle 2007).

Infolge der demografischen Entwicklung in Österreich, insbesondere wegen der veränderten Altersstruktur, wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in Zukunft deutlich steigen.

Durch den Geburtenrückgang, in dessen Folge immer weniger junge Menschen auf den Arbeitsmarkt drängen, wird in Zukunft weiterhin die Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte in die europäischen Industrieländer zu erwarten und sogar notwendig sein, um den steigenden Bedarf decken zu können. Verstärkt wird dieses Phänomen außerdem durch den großen Wanderungsdruck aus dem Süden sowie aus Zentral- und Osteuropa.

Dieser Aspekt der alternden Erwerbsbevölkerung sowie eine steigende Anzahl an Rentnern stellen eine große Herausforderung für Wirtschaft und Gesellschaft dar (vgl. Ullrich 1998; Werner 1993).

Anmerkung: Personenbezeichnungen werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet und schließen das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Aufgrund dieser Tatsachen wird auch im österreichischen Pflegesystem in Zukunft mit einem deutlichen Mehrbedarf an Pflegekräften mit Migrationshintergrund zu rechnen sein.

So hat die Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte aber nicht nur Vorteile. Diese Menschen bringen ihre eigene Geschichte und eine fremde Kultur mit, weshalb sozio-kulturelle Aspekte, wie zum Beispiel Sprache, Sprachbarrieren, unterschiedliche Kulturen und Religionen bei der multikulturellen Zusammenarbeit Berücksichtigung finden müssen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Einfluss der Migration auf das Gesundheits- und Pflegesystem.

Zu Beginn werden die wichtigsten Begriffe des Themenbereichs Migration erklärt. Neben den Definitionen von Pflege und Migration werden die Vor- und Nachteile der Zu- und Abwanderung anhand von „brain drain“ und „brain gain“ erläutert.

Die Motive der Migration liegen einerseits bei Faktoren der „Vertreibung“ im Herkunftsland, andererseits bei Kriterien der „Anziehung“ im Zielland. Das Zusammenwirken dieser Umstände wird unter Verwendung des Push-Pull-Modells eingehend erläutert. Migration existiert in den unterschiedlichsten Formen. Mit Hilfe der Aufenthaltsdauer und der Typologie der Migration sollen diese näher analysiert werden. Darüber hinaus finden auch die Belastungen, die die Migration für den Einzelnen mit sich bringt, Berücksichtigung.

Das Kapitel „Migration nach Österreich“ befasst sich einleitend mit der Migration im globalen Kontext und speziell mit Österreich als Einwanderungsland. In diesem Zusammenhang wird auch die Rekrutierung ausländischer Arbeitskräfte zur Deckung des heimischen Bedarfs berücksichtigt. Abschließend wird auf die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Zuwanderung sowie die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen eingegangen.

Die derzeitige Situation in Österreich wird anhand zahlreicher Daten und Fakten beschrieben. Dazu wird die Bevölkerung mit Migrationshintergrund und deren Verteilung auf das Bundesgebiet sowie die demografische Entwicklung der österreichischen Bevölkerung anschaulich dargestellt. Der steigende Pflegebedarf

in Österreich, als direkte Folge der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung, ist ein zentraler Punkt der Betrachtungen.

Im Fokus der Arbeit steht die Migration von Pflegekräften. Seit den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts haben sich klassische Herkunfts- und Zielländer im Bereich der Migration entwickelt, auf die in Kapitel 5.1 näher eingegangen wird. Im Anschluss daran steht Österreich als Zielland von Pflegemigration im Mittelpunkt der Ausführungen.

Im nächsten Abschnitt werden die ökonomischen und sozio-kulturellen Faktoren behandelt. Der weltweit zunehmende Mangel an Pflegekräften führt unter anderem zur Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte, wobei eine ethisch korrekte Vorgehensweise zur Anwendung kommen sollte.

Durch die steigende Zuwanderung ist es auch dringend notwendig, diese Menschen adäquat in das System, den Arbeitsmarkt und die Gesellschaft zu integrieren. Die Integration von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund ist essentiell für funktionierende Pflegeteams. Äußerst wichtige ökonomische Faktoren, die die Migrationsentscheidung wesentlich beeinflussen sind die Entlohnung und der Lebensstandard im angestrebten Zielland. Daneben spielen Sprache und Kultur eine wesentliche Rolle, wenn Menschen ihre Heimat verlassen, um in ein fremdes Land zu ziehen. Diese kulturelle Vielfalt stellt im Arbeitsalltag bedeutende Herausforderungen für die Teamarbeit dar.

Abschließend werden die wichtigsten Ergebnisse der Literaturanalyse zusammengefasst, die Bedeutung der Migration für das Gesundheits- und Pflegesystem diskutiert und die daraus resultierenden Empfehlungen für Wissenschaft und Politik ausführlich erläutert.

1.2 Forschungsfragen

Folgende Forschungsfrage soll im Zuge dieser Arbeit diskutiert und beantwortet werden:

„Welche Auswirkungen hat die internationale Migration von Pflegekräften auf das Gesundheits- und Pflegesystem und welche Herausforderungen und Möglichkeiten bringt dies mit sich?“

Diese Unterfragen dienen der näheren Auseinandersetzung mit dem Thema:

- „Welche internationalen Trends und Herausforderungen bezogen auf Migration gibt es im Gesundheits- und Pflegebereich?“
- „Welche Auswirkungen hat Migration auf die Pflege und wie kann diese darauf reagieren?“
- Was bedeutet Migration für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund?“
- „Wie stellt sich die derzeitige Situation für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in Österreich dar?“
- „Wie wichtig ist „transkulturelle Kompetenz“ in multikulturellen Pflegesituationen und wie stellt sie sich dar?“
- „Durch welche Maßnahmen oder Änderungen kann die interkulturelle Pflegesituation verbessert werden?“
- „Wie gelingt die soziale Integration von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in die österreichische Arbeitswelt?“
- „Wie geht die Pflege mit Pflegekräften mit Migrationshintergrund und der internationalen Migration um?“

1.3 Ziel der Arbeit

Das Thema Migration in der Pflege gewinnt aufgrund der demographischen Entwicklungen in Österreich immer mehr an Aktualität. Diese Arbeit soll daher einen umfangreichen Überblick über die derzeitige und zukünftige Situation der Migration in der Pflege geben.

Grundlegend soll die Frage geklärt werden, was Migration für die Pflege in Österreich, aber auch was sie für die dort tätigen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund bedeutet.

Es wird ein umfassender Einblick in den derzeitigen Forschungsstand gegeben, der durch Zahlen, Daten und Fakten anschaulich präsentiert wird. Eine große Rolle spielen hier die mit der Migration verbundenen Trends und Chancen, aber auch deren Herausforderungen. Es werden nicht nur ökonomische, sondern auch sozio-kulturelle Aspekte ausführlich behandelt und im Zuge dessen zukünftig erstrebenswerte Entwicklungen herausgearbeitet.

Diese Arbeit soll einen Beitrag für die Pflegewissenschaft leisten, indem sie zu einem besseren Verständnis der Situation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund sowie der Auswirkungen der Migration auf das gesamte Gesundheits- und Pflegesystem beiträgt. Durch das Aufzeigen zukünftiger Entwicklungen wird ein Anstoß dazu gegeben, weiterhin in diese Richtung zu forschen und somit Verbesserungen für das Gesundheits- und Pflegesystem zu erarbeiten.

2 THEMENBEREICH MIGRATION

„Wenn Menschen äußerlich in Bewegung geraten, so verändert sich häufig auch ihr Selbstverständnis. Man denke nur an die erstaunliche Transformation von Selbstbild und Identitätsgefühl, die Folge einer simplen Wohnsitzveränderung sein kann.“ (P.L. Berger 1977: S. 68)

Aus den unterschiedlichsten Motiven heraus, begeben sich die Menschen seit jeher auf Wanderungen. Zur Zeit der Völkerwanderungen verließen ganze Stämme ihre Heimat, um neue Gebiete aufzusuchen, in denen sie vor Verfolgungen, Krankheit oder Hunger, Schutz suchten. Schon im Mittelalter gab es Wanderarbeiter, die von Arbeit zu Arbeit durch ganz Europa zogen (vgl. Sassen 1996).

Daher sind Wanderungen der Bevölkerung kein neues Phänomen und haben, aus qualitativ- und quantitativer Sicht, im Zuge der Industrialisierung und Technisierung, sowie der Bildung von Nationalstaaten ganz neue Dimensionen angenommen (vgl. Treibel 1999).

Wie im obigen Zitat schon erwähnt, bedeutet *Migration* nicht nur die räumliche Veränderung eines Individuums, sondern auch eine schwerwiegende soziale Umstellung:

1. *„für die betroffenen Individuen, deren Orientierung, Verhaltensweisen und sozialen Kontexte;*
2. *für die betroffenen Gruppen, zu denen der/die Wandernde*
 - a) *gehört hat,*
 - b) *aktuell gehört bzw. sich zugehörig fühlt,*
 - c) *und auf die er/sie bei Ankunft stößt;*
3. *für die aufnehmende und*
4. *für die abgebende Gesellschaft (bzw. deren soziale und ökonomische Strukturen).“ (Treibel 1999; S.13)*

Diese, die Menschen und die Gesellschaft beeinflussenden Faktoren, der Migration, stellen von Beginn an ein sehr interessantes Thema für die Sozialwissenschaften dar. Die Wanderung von Arbeitskräften zwischen den modernen Gesellschaften kurbelte die Industrialisierungsprozesse an und beeinflusste die Entwicklung von Regionen. Städte vergrößerten sich explosionsartig, sowie das Wohlstands- und Machtgefälle zwischen den Zentren und der Peripherie, da billigere Arbeitskräfte aus sogenannten „traditionellen“ Gesellschaften rekrutiert wurden.

Treibel (1999) schreibt hierzu:

„Migration in allen ihren Formen, ob erzwungen oder freiwillig, war und ist strukturelles Merkmal des „Weltmarkts für Arbeitskraft.“

(Treibel 1999; S:13)

Ziele der Migrationsströme im 19. Und 20. Jahrhundert waren die modernen Gesellschaften und Regionen und werden das auch weiterhin bleiben, da Technisierung, Industrialisierung und Urbanisierung in diesem Umfeld deutlicher ausgeprägt sind. Die Bevölkerung hat hier vermehrt Zugang zu wissenschaftlich-technischen Ausbildungen, ist räumlich und sozial mobil und das öffentliche Leben wird durch Verwaltung und Politik wesentlich bürokratisiert und somit gesteuert (vgl. Treibel 1999).

Diese Entwicklungen haben natürlich auch ihre Effekte auf die Gesundheitsberufe, bei denen der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt. Durch die Ausweitung der Wohlfahrtsstaaten und die steigende Mobilität in den 50er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts, wird auch die Migration im Bereich des Gesundheitswesens immer mehr zum Interessensschwerpunkt in gesundheits- und pflegepolitischen Diskussionen (vgl. Lenhart/Österle 2007).

2.1 Definitionen und Begriffsklärungen

2.1.1 Definition Pflege

Pflege wird vom International Council of Nurses - ICN folgendermaßen definiert:

„Pflege* umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“ (ÖGKV o.J.)

Deutsche Übersetzung konsentiert von DBfK, ÖGKV und SBK (ÖGKV - Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband).

2.1.2 Migration – Migrationshintergrund

Es existiert keine offizielle, einheitliche Definition für den Begriff „Migration“ in Österreich oder in der Europäischen Union. Vielmehr wird hier der dynamische Prozess von Menschen beschrieben, die sich grenzüberschreitend bewegen, um ihren Lebensmittelpunkt in einem anderen Land festzumachen und dort zu arbeiten.

So leitet sich das Wort Migration (lt. Duden) vom Lateinischen *migratio* = (Aus)wanderung bzw. *migrare* = wandern, wegziehen ab.

Folglich wird der Zuwanderer heute mit dem Fachbegriff „Migrant“ bzw. „Person mit Migrationshintergrund“ bezeichnet, da sich dies als „politisch-korrekte“ Bezeichnung in der Öffentlichkeit und auch in den Medien etabliert hat.

Personen mit Migrationshintergrund können in zwei Gruppen unterteilt werden. Migranten der „ersten Generation“ wurden wie beide Elternteile im Ausland geboren und sind nach Österreich zugezogen, während Migranten der „zweiten Generation“ in Österreich zur Welt kamen.

Der Begriff „Ausländer“ wird gegenwärtig nur mehr in der Amtssprache der Rechtswissenschaft, Statistik oder im Behördenjargon angewandt (vgl. M. David & T. Borde 1998; Zukunft Europa 2010; UNECE 2006).

In verschiedenen Definitionsversuchen werden die unterschiedlichen Aspekte der Migration beschrieben.

So bezeichnet Heberle (1955; S. 2) Migration als jeden „Wechsel des Wohnsitzes, und zwar des de facto-Wohnsitzes, einerlei ob freiwillig oder unfreiwillig, dauernd oder vorübergehend...“. Hier wird rein die physische Komponente angesprochen.

Dem gegenüber hebt Ronzani (1980; S. 17) den sozialen Aspekt der Migration hervor, indem er anmerkt, dass „Individuen aus einem Gesellschaftssystem in ein anderes überwechseln, wodurch direkt oder indirekt in beiden Systemen interne und externe Beziehungs- und Strukturveränderungen induziert werden“.

Auch wenn Migration meist im Zusammenhang mit einer räumlichen Veränderung definiert wird, so ist es in Wirklichkeit doch immer ein Wechsel von einer Gesellschaftsgruppe in eine andere (vgl. Elias & Scotson 1990).

Die International Organization for Migration - IOM definiert den Begriff Migrant wie folgt:

„At the international level, no universally accepted definition for "migrant" exists. The term migrant was usually understood to cover all cases where the decision to migrate was taken freely by the individual concerned for reasons of "personal convenience" and without intervention of an external compelling factor; it therefore

applied to persons, and family members, moving to another country or region to better their material or social conditions and improve the prospect for themselves or their family. The United Nations defines migrant as an individual who has resided in a foreign country for more than one year irrespective of the causes, voluntary or involuntary, and the means, regular or irregular, used to migrate.“
(IOM 2011)

Ursprünglich wurde der Terminus „Migrant“ auf jene Individuen angewandt, die eigenständig und unabhängig von äußeren Einflüssen entschieden fortzuziehen, um die materielle und/oder soziale Lebenssituation sowie die persönlichen Perspektiven für sich bzw. ihre Familien zu verbessern.

Im Gegensatz dazu bezeichnet die „United Nations“- UN alle jene Personen als Migranten, die ungeachtet ihrer Gründe und Absichten das Zentrum ihrer Existenz für länger als ein Jahr an einen anderen Ort verlegen.

Diese komplexen Wanderungsprozesse beeinflussen neben den betroffenen Individuen auch die involvierten Gesellschaften und Regionen maßgeblich, weshalb sich die verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen mit dem Thema Migration auseinandersetzen.

Gegenstand der Wirtschaftswissenschaften in Bezug auf Migration sind deren ökonomische Ursachen und Begleiterscheinungen sowie internationale Wanderungsströme. Darüber hinaus werden die volkswirtschaftlichen Vor- und Nachteile der Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beleuchtet (vgl. Körner 1990, Siebert 1994).

Die Rechtswissenschaft behandelt das Thema Migration hinsichtlich des Aufenthalts-, Staatsbürgerschafts- und Flüchtlingsrechts, sowie die Rechtsnormen im internationalen Vergleich. Es werden geltende Gesetze des Verfassungs-, Europa- und Völkerrecht besprochen und Neuerungen für die Zukunft diskutiert (vgl. Goes 1997, Hailbronner 1992, Kimminich 1996).

Die Demographie indessen beschäftigt sich mit dem Einfluss der Migration auf die Bevölkerungsentwicklung und versucht Vorhersagen für die Zukunft zu treffen (vgl. J. Schmid 1996).

Die Soziologie wiederum setzt sich mit den individuellen und gesellschaftlichen Folgen, die durch Migration entstehen auseinander und versucht allgemeine Aussagen zu generieren, welche sich auf die Verhaltensmodelle von Einheimischen und Migranten beziehen. Des Weiteren werden die Auswirkungen der Zuwanderung auf die Aufnahmegesellschaft und deren daraus folgende Veränderungen beleuchtet (vgl. Treibel 1999).

2.1.3 Arbeitsmigration

Als Arbeitsmigration bezeichnet man die Wanderung von Personen innerhalb des Heimatlandes oder von einem Staat in den anderen. Arbeitsmigration wird in den meisten Ländern durch Migrationsgesetze geregelt. Zusätzlich nehmen manche Staaten eine aktive Rolle in der Regulation der nach außen gerichteten Arbeitsmigration ein und suchen für ihre Staatsangehörigen nach Möglichkeiten im Ausland Arbeit zu finden (vgl. IOM 2011).

2.1.4 Brain drain

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Migration begegnet man immer wieder dem Begriff „brain drain“. Übersetzt bedeutet dies so viel wie „Abfluss von Gehirnen“, wobei hier eher der Verlust von Wissen gemeint ist.

Geprägt wurde dieser Begriff von der British Royal Society in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts im Zusammenhang mit der Abwanderung hochqualifizierter Fachkräfte und Wissenschaftler von Großbritannien in die USA (vgl. Hillmann & Rudolph 1996).

Während früher die Abwanderung von Arbeitskräften und somit der Verlust von Humankapital aus den Entwicklungsländern in die Industrieländer stattfand (vgl.

Stark 1997), erfolgt heute die Migration zunehmend zwischen den Industrieländern (vgl. Lenhart & Österle 2007).

Besonders stark ist hier der Gesundheitssektor betroffen. So kommt es zum Beispiel in verschiedenen afrikanischen Ländern zu massiven Schwierigkeiten in der Gesundheitsversorgung der eigenen Bevölkerung, da die zuvor unter hohem Kostenaufwand ausgebildeten Pflegekräfte später ans Ausland verloren gehen (vgl. Langthaler & Hornoff 2008).

Langthaler & Hornoff (2008) nennen hierzu weitere negative Auswirkungen des Braindrain:

- „Humankapitalverlust;
- Personalknappheit in den für die Entwicklung strategischen Sektoren, vor allem bei Gesundheit, Bildung, Verwaltung;
- Verlust von volkswirtschaftlichen Investitionen, die der Staat in die Ausbildung der Migrant/innen getätigt hat, d. h. ein Werteabfluss aus den Herkunfts- in die Zielländer;
- Verlust der Steuerzahlungen durch die Abwanderung der Migrant/innen;
- Schwächung der Institutionen und der Innovationskraft des Landes;
- Verlust des Beitrags Hochqualifizierter zur öffentlichen und demokratischen Auseinandersetzung über die Entwicklung des Landes.“ (Langthaler & Hornoff 2008, S. 12)

Die Ursachen dieses Phänomens sind vielfältig und werden in der Literatur als sogenannte Push- und Pull-Faktoren beschrieben, die unter Punkt 2.2 Motive der Migration genauer erläutert werden.

2.1.5 Brain gain and brain circulation

Während auf der einen Seite der Verlust von Wissen - „brain drain“ - beklagt wird, profitieren die Zielländer von den mitgebrachten Kenntnissen und Fähigkeiten der Migranten (Hunger 2002). „Brain gain“ beschreibt also den direkten Nutzen der aus der Migration gezogen werden kann.

Im Hinblick auf die Migration in der Pflege ist das Phänomen des „brain gain“ besonders relevant, da sich am Arbeitsmarkt der Zielländer ein positiver Einfluss durch die immigrierten Fachkräfte abzeichnet.

Die Zuwanderer ergänzen die heimischen Arbeitskräfte dahingehend, als sie in der Regel bereit sind Arbeiten anzunehmen, die kaum von inländischem Pflegepersonal übernommen werden (vgl. Kingma 2006).

Kehren Migranten in ihr Heimatland zurück, bringen sie neben erweiterten Fähigkeiten auch neu erlerntes Wissen mit und fungieren somit wiederum als Ressource. Hier kann deutlich nachvollzogen werden, dass es sich bei diesem Phänomen eigentlich um einen Wissenskreislauf - „brain circulation“ - handelt, da das Humankapital wieder ins Ursprungsland zurückkehrt, wo es vorher als Verlust gewertet wurde.

Migration muss also zunehmend nicht nur als einseitiger Transfer von Kenntnissen und Fertigkeiten verstanden werden, sondern als zirkulärer Prozess, da die eingesetzten Ressourcen im besten Fall wiederkehren und sinnvoll genutzt werden können (vgl. Kingma 2006, Hunger 2003).

Dies trifft eher auf die Migration zwischen Industrieländern zu, da nur ein kleiner Prozentsatz der Migranten aus Entwicklungsländern tatsächlich in ihr Heimatland zurückkehrt. Und selbst wenn sie dies tun, ist nicht garantiert, dass sie die neu erlernten Fähigkeiten dort einsetzen können, da die Gesundheitssysteme der Entwicklungsländer selten so weit fortgeschritten sind, um die nötigen Kapazitäten oder die erforderlichen Technologien zur Verfügung stellen zu können. Hierdurch wird der Nutzen des gewonnenen Humankapitals wieder herabgesetzt (vgl. Clark et al. 2006).

2.2 Motive der Migration

Arbeitsmigration ist das Ergebnis des Zusammenspiels ökonomischer, sozialer, kultureller, politischer und juristischer Kräfte. Diese Faktoren wirken sowohl im Herkunftsland als auch im Zielland. Dies wird in der Literatur wiederholt als Push- und Pull-Modell bezeichnet. Der Migrant steht also im Spannungsfeld der Kräfte die ihn einerseits vertreiben - „push“ - oder andererseits anziehen - „pull“. Beides resultiert im Verlassen des Heimatlandes (vgl. Clark et al. 2006, Treibel 1999).

2.2.1 Push-Faktoren

Push-Faktoren sind jene Umstände und Bedingungen, die die Zufriedenheit der Pflegekräfte in Bezug auf Ihren Arbeitsplatz und ihre Karriere in ihrem Heimatland negativ beeinflussen.

Diese Faktoren sind in den Entwicklungsländern besonders deutlich ausgeprägt und tragen wesentlich zur Entscheidung, das Land zu verlassen, bei. Hier sehen sich Arbeitskräfte häufig aufgrund der äußeren Umstände gezwungen aus ihrem Heimatland zu emigrieren.

Arbeitskräfte, die mit ihrer aktuellen Arbeitssituation zufrieden und unbeeinflusst von den Push-Faktoren sind, haben keinen Anlass auszuwandern (vgl. Clark et al. 2006).

2.2.2 Pull-Faktoren

Pull-Faktoren beschreiben jene Bedingungen in den Zielländern, die die Arbeitskräfte dazu motivieren in ein bestimmtes Land auszuwandern. Sie stellen also positive Anreize dar, aufgrund derer die Migration selbst initiiert erfolgt.

Diese Kriterien können auch dazu führen, dass Fachkräfte von einem Industrieland ins nächste migrieren, wenn sie sich dadurch bessere Konditionen erhoffen. Einen weit höheren Einfluss haben diese Pull-Faktoren jedoch auf Menschen in Entwicklungsländern. So verdienen zum Beispiel Pflegefachkräfte in Australien und Kanada doppelt so viel, wie die in Süd Afrika, 14-mal so viel wie in Ghana und 25-mal so viel wie in Zambia. Aber auch hier emigrieren Betroffene

nur, wenn die zu erwartenden Bedingungen im Zielland jene im Heimatland übertreffen.

Push- und Pull-Faktoren existieren, wenn auch weniger ausgeprägt, ebenfalls zwischen Industriestaaten, wodurch es hier ebenfalls zu Migrationsströmen kommt (vgl. Clark et al. 2006; Buchan 2006).

In der unten angeführten Tabelle werden die wichtigsten Push- und Pull-Faktoren bezogen auf die Arbeitsmarktsituation, das Lohnniveau, die Karrieremöglichkeiten, die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsumgebung im Herkunfts- und Zielland, zusammengefasst, die sich in gewissem Ausmaß spiegelbildlich präsentieren.

Dort wo signifikante Diskrepanzen herrschen, wird die Anziehungskraft des Ziellandes deutlich spürbar.

Darüber hinaus bestehen auch andere Umstände, die in bestimmten Ländern zu bestimmten Zeiten als Push-Faktoren wirksam werden. Dazu zählen die Sorge um die persönliche Sicherheit in Konfliktgebieten sowie wirtschaftliche Instabilität.

Andere relevante Pull-Faktoren sind die Möglichkeit zu reisen oder Entwicklungshilfe zu leisten (vgl. Buchan 2006).

Tabelle 1: Push-Pull-Modell

Push- Faktoren	Pull-Faktoren
Arbeitslosigkeit	Arbeitsplatzangebote
Niedrige Entlohnung	Höhere Entlohnung / Möglichkeit Angehörigen Geld zu überweisen
Schlechte Arbeitsbedingungen	Bessere Arbeitsbedingungen
Fehlende Ressourcen	Bessere Ressourcen im Gesundheitssystem
Schlechte Lebensqualität	Bessere Lebensqualität
Fehlende Karrieremöglichkeiten	Größere Karrierechancen
Politische Instabilität / Krieg / ethnische Konflikte etc.	Politische Stabilität
Eingeschränkte Bildungsmöglichkeiten	Umfangreiche Weiterbildungsmöglichkeiten
Arbeitsbezogene Gefahren HIV / AIDS / Tuberkulose	Sichere Arbeitsbedingungen

Quelle: Treibel 1999 S. 40; Kline 2003 in Clark et al. 2006 S. 42; Buchan 2006 S. 5; eigene Darstellung

2.3 Dauer der Migration

Die Einteilung der Migranten kann nach verschiedenen Gesichtspunkten erfolgen. Die Motive der Migration wurden in Kapitel 2.3 bereits ausführlich erwähnt. Andere Kriterien stellen die Ausbildung, das Alter oder eben der Beruf der Betroffenen dar. Am häufigsten erfolgt die Einteilung nach der Dauer des Aufenthalts, wobei die Festlegung der Kriterien bezüglich Einwanderung und Verbleib im Land einen Kernaspekt der Staatssouveränität darstellen (vgl. ILO 2004).

In Bezug auf die Dauer der Migration können die folgenden 3 Typen unterschieden werden.

2.3.1 Temporäre Migration

Mit dem Begriff „temporäre Migration“ wird der zeitlich begrenzte Aufenthalt von Zuwanderern beschrieben.

Temporäre Migration ist grundsätzlich in allen Berufssparten zu beobachten.

In vielen europäischen Staaten geschieht dies in Form der Saisonarbeit in Landwirtschaft und Gastronomie, bei werkvertragsgebundenen Arbeitnehmern oder bei spezialisierten Arbeitskräften, die nur für einen bestimmten Zeitraum aufgenommen werden. Die Arbeitsmigranten verlassen das Land wieder, sobald ihr Projekt beendet ist.

Eine andere Form der temporären Migration betrifft die sogenannten „Gastarbeiter“, die oft für viele Jahre ins Land kommen, um in jenen Bereichen eine Beschäftigung zu finden, in denen ein akuter Arbeitskräftemangel besteht, was beispielsweise auf die Krankenpflege zutrifft.

Es ist schwierig mit den vorliegenden Daten die Balance zwischen temporären und dauerhaften Migranten zu bestimmen. Mit der Zeit verändern sich die persönlichen Situationen von Pflegekräften und so manche, temporär geplante, Migration verwandelt sich in eine dauerhafte. Diese Personen bleiben dann permanent im Zielland.

Ebenso geschieht dies in entgegengesetzter Richtung, wo aus dauerhaft geplanten Übersiedlungen plötzlich nur temporäre werden. In manchen Ländern liegt dies auch an der Limitierung der Aufenthaltsgenehmigungen. So werden zum Beispiel im Vereinigten Königreich in der Regel nur ein- oder zweijährige Arbeitsbewilligungen ausgestellt. Daraus kann auf eine temporäre Migration geschlossen werden, wobei zu beachten ist, dass die Möglichkeit der Verlängerung dieser Bewilligungen besteht (vgl. Buchan et al. 2003, Follmar-Otto 2007).

Eine andere Form der temporären Migration ist die sogenannte Remigration. Dabei handelt es sich um die sogenannte Rückkehrmigration, wenn also Migranten, die für bestimmte Zeit im Ausland waren, in ihr Herkunftsland zurückgehen.

Es wird prinzipiell zwischen freiwilliger und erzwungener Rückkehr unterschieden, wobei hier die Grenzen verschwimmen (vgl. Currle 2006).

Beispiele hierfür sind die Pendel- oder zirkuläre Migration sowie die Rückkehr von „Gastarbeitern“. Aber auch die Heimkehr von Akademikern und Fachkräften, die zusätzlich erlerntes Wissen und neue Fähigkeiten ins Heimatland zurückfließen lassen, wie es beim Prinzip des „brain circulation“ in Kapitel 2.2.4. schon ausführlich erklärt wurde. Remigration beschreibt aber ebenso die Rückkehr von Rentnern oder die erzwungene Heimkehr von abgelehnten Asylbewerbern (vgl. Schmidt-Fink 2006).

2.3.2 Dauerhafte Migration

Dauerhafte Migration, entsteht, wie schon im vorhergehenden Kapitel erwähnt, oft indirekt durch eine zuvor temporär geplante Migration. Häufig geschieht dies auch in Form von Familienzusammenführungen und –gründungen. Der Begriff der dauerhaften Migration ist oft irreführend, da sich das dauerhafte Sesshaft-Werden für die Arbeitsmigranten erst durch die Remigration zurück in ihre Heimatländer ergibt (Bayer 2003).

Für Pflegekräfte wurde herausgefunden, dass diese häufiger nur für eine bestimmte Zeit und nicht dauerhaft in einem Land bleiben (vgl. Buchan et al. 2003).

2.3.3 Pendelmigration

Pendelmigration ist eine Form der Migration bei der sich der Arbeitsort und der Wohnort des Migranten voneinander unterscheiden. In dieser Situation profitiert der Pendler einerseits von den höheren Löhnen am Arbeitsort und andererseits von den geringen Lebenserhaltungskosten im Heimatland. Pendler haben also einen Vorteil gegenüber jenen Migranten, die in Österreich leben, da diese die höheren Lebenshaltungskosten zu tragen und dadurch einen geringeren Reallohnzuwachs haben.

Die positiven Aspekte des Pendelns sind demnach sowohl der höhere Lohn am Arbeitsort verglichen mit dem am Wohnort, und die niedrigeren Lebenserhaltungskosten sowie andere Annehmlichkeiten die zwar am Wohnort, nicht aber am Arbeitsort vorhanden sind.

Negative Kriterien, die gegen das Pendeln sprechen würden sind zum Beispiel die tägliche Reise zum Arbeitsplatz und zurück, die neben den entstehenden Kosten auch einen täglichen Zeitverlust mit sich bringt. Im Ausgleich dazu kann durch das Pendeln, der Wohnort beibehalten werden und das gewohnte Umfeld von Familien- und Bekanntenkreis geht nicht verloren, was sonst eine zusätzliche psychische Belastung von Migranten wäre.

Andere Einflussfaktoren stellen zum Beispiel die Distanz zum Arbeitsplatz und die vorhandene Infrastruktur dar. Aber auch die täglichen Arbeitszeiten spielen eine wesentliche Rolle, da mit einer höheren Arbeitszeit die Reisekosten in Relation geringer werden. Demzufolge pendeln Vollzeitbeschäftigte häufiger als Teilzeitarbeitskräfte.

Die Entscheidung zwischen Pendeln, Migration und Verbleib in einer Region wird auch maßgeblich von der Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen beeinflusst. Wenn in

der Zielregion das Arbeitsplatzangebot höher bzw. die Arbeitslosenquote niedriger ist, macht dies das Pendeln für die Migranten interessanter.

Ein weiteres Motiv das für das Pendeln spricht, entsteht aus den stark regulierten Wohnungsmärkten. Demnach werden größere Pendelzeiten eher akzeptiert, wenn keine staatlich geförderten Wohnungen am Zielort verfügbar sind. Arbeiten Personen, die in einem Haushalt zusammenwohnen wollen, an zwei verschiedenen Orten, so gehen sie eher den Kompromiss ein zu pendeln. Daher kann auch die Haushaltsstruktur als eine Komponente des Pendelns betrachtet werden.

Andere Faktoren wie zum Beispiel die Sprach- und Kulturunterschiede oder der Zugang zum Sozialsystem sind zusätzliche Hindernisse beim grenzüberschreitenden Pendeln, was Migranten auch als solche erleben. Ein weiteres Kriterium stellt in diesem Zusammenhang der Zugang zum Sozialsystem dar. Sind bestehende Sozialleistungen an den Wohnort gebunden, sollte dies kein weiterer Anreiz zum Pendeln sein (vgl. Huber 2001).

In Österreich zeigt sich das Phänomen der Pendlermigration insbesondere in Wien, wo das Tagespendlerpotential bei rund 30.000 Personen liegt. Durch die Nähe zur slowakischen Hauptstadt Bratislava sind vor allem die östlichen und südlichen Umlandbezirke Ziele der Pendler. Es wird erwartet, dass sich der Raum Wien – Bratislava in Zukunft zu einem zusammenhängenden regionalen Arbeitsmarkt etabliert (vgl. Bauer 2008).

Für die oben genannten Arten der Migration sollte aber gesagt werden, dass es nicht sinnvoll ist in strengen Kategorien zu denken. Jede von Ihnen kann leicht in eine andere Form übergehen. Diese "...Migrationsströme, betrachtet als Mobilitätsströme, sind dynamisch und flexibel. Sie setzen sich aus unterschiedlichen Menschengruppen zusammen und erfolgen aus ebenso unterschiedlichen Motivationslagen heraus." (vgl. Bayer 2003, S. 2)

2.3.4 Irreguläre oder illegale Migration

Hierbei handelt es sich um die Einwanderung von Migranten, die ohne rechtmäßige Aufenthaltsgenehmigung in einen Staat immigrieren, dessen Staatsangehörigkeit sie nicht besitzen.

Diese Personen werden in der wissenschaftlichen und politischen Diskussion auch oft als illegale oder undokumentierte Migranten, Sans Papiers (franz. „ohne Papiere“) oder Clandestinos (span. „Versteckte“) bezeichnet.

Das Wort illegal ist durch seine negative Besetzung jedoch problematisch. Die meisten Zuwanderer reisen legal ins Land ein. Eine „irreguläre Migration“ entsteht erst dann, wenn diese Migranten die Regeln der Aufenthaltsgenehmigungen gebrochen haben, weil sie länger als ihre bewilligte Aufenthaltsdauer im Land verweilen oder unerlaubt eine Arbeitsstelle aufgenommen haben. Grundsätzlich reist nur ein kleiner Anteil der Migranten auch wirklich illegal ins Zielland ein.

Ausgenommen von der Gruppe der „Irregulären Migranten“ sind Asylsuchende, offiziell geduldete Personen oder EU-Bürger.

Auch hier sind die Aussagen über die Anzahl dieser Personen im Land oft sehr vage und ungenau, da diese aus Angst vor Strafen oder Abschiebung, den Umgang mit Behörden meiden. Deshalb beruhen die meisten Angaben dazu auf Schätzungen. Die Zahl der „irregulären Migranten“ in Österreich wird derzeit auf bis zu 100.000 Personen geschätzt (vgl. Vogel & Gelbrich 2009, CESifo 2012).

2.4 Typen von Migranten

Abhängig von der Aufenthaltsdauer und ihrem politischen Status können verschiedene Typen von Migranten beschrieben werden.

Buchan (2006) unterteilt diese folgendermaßen:

- Dauerhaft Niedergelassene:
sind legale Migranten, von denen erwartet wird, dass sie sich im Land niederlassen werden; inklusive jener, die zur Familienzusammenführung zugelassen wurden;

- Dokumentierte Arbeitsmigranten:
sind einerseits befristete Vertragsarbeiter und andererseits beruflich Durchreisende.
 - Temporäre Fremdarbeiter:
sind ausgebildete, angelernte oder unausgebildete Arbeiter, die aufgrund eines Arbeitsvertrages mit einer Dienststelle für einen bestimmten Zeitraum im Aufnahmeland verbleiben.
 - Temporäre beruflich Durchreisende:
sind berufliche oder ausgebildete Arbeiter, die oft mit Firmen von einem Land ins nächste wandern.
- Unregistrierte Arbeitsmigranten:
haben kein Aufenthaltsrecht, da sie entweder illegal in das Land gekommen sind oder ihre Aufenthaltsgenehmigung abgelaufen ist.
- Asylsuchende/ Flüchtlinge:
sind jene Menschen, die um Asyl ansuchen, da sie befürchten im Herkunftsland verfolgt zu werden.
- Anerkannte Flüchtlinge:
sind jene Menschen, die in ihrem Herkunftsland von Verfolgung bedroht sind (USA – United Nations Convention on status of refugees 1951)
- Heimatlose Flüchtlinge:
sind nicht als Flüchtlinge anerkannt, haben aber triftige Gründe aus ihrem Land zu fliehen z.B.: Hungersnot und Krieg (Buchan 2006, WHO 2002).

2.5 Belastungen durch die Migration

Migration ist ein einschneidendes Erlebnis, das in jedem Fall mit Stress und Unsicherheit verbunden ist. Unabhängig davon, ob die Auswanderung freiwillig oder infolge äußerer Umstände geschieht.

Die Entscheidung, das eigene Heimatland zu verlassen, ist eine schwierige und folgenreiche. Sie erfolgt daher immer wohl überlegt.

Natürlich macht es einen Unterschied, ob Migration klar durchdacht und gut vorbereitet erfolgt oder von Vertreibung oder Krieg geprägt ist. Die Phasen, die hierbei durchlaufen werden sind allerdings in jedem Fall die gleichen.

Emigration bedeutet zunächst einmal, die vertrauten Strukturen zu verlassen. Oft brechen Familien auseinander und es müssen geliebte Menschen und Freunde zurückgelassen werden. Migranten durchlaufen also zuerst einmal einen Prozess der Entwurzelung.

Dem folgt eine gewisse Zeit des Unterwegsseins, wobei es sich hier um einige Stunden aber auch mehrere Jahre handeln kann. Oft ist diese Phase auch geprägt von Aufenthalt in Flüchtlingslagern oder Illegalität. 75% aller Flüchtlinge sind länger als fünf Jahre unterwegs.

Auf ihrem Weg in ein neues Leben erfahren diese Menschen oft Unsicherheit, Orientierungslosigkeit und Hilflosigkeit. Nicht selten sind sie abhängig von unbekannten Helfern, erfahren Willkür oder werden sogar an Leib und Leben bedroht. Wie gut sie die Erfahrungen auf dem Migrationsweg verarbeiten können, hat einen wesentlichen Einfluss auf die letzte Phase der Migration.

Jetzt steht der Migrant vor der schwierigen Aufgabe der Eingliederung in die neue Gesellschaft. Oft gehört er hier einer Minderheit an und muss sich eventuell mit gesellschaftlicher Ablehnung und Ausländerfeindlichkeit auseinandersetzen.

Außerdem ist es notwendig sich an fremde Gesellschaftsformen, Bräuche und Kulturen anzupassen. Neben dem Aufbau eines neuen sozialen Umfeldes ist es häufig auch notwendig neue Sprachkenntnisse zu erwerben sowie eine neue Beschäftigung zu finden.

Die Herausforderungen, denen sich der Zuwanderer stellen muss, sind demnach enorm.

In Anbetracht dessen wird oft auf die Möglichkeiten und Chancen vergessen, die eine derartige Veränderung der Lebenssituation mit sich bringt.

So bietet sich hier die Gelegenheit zur völligen Neuorientierung sowie die Nutzung anderer ökonomischer und sozialer Ressourcen. Migration beinhaltet also durchaus auch positive und befreiende Momente für den Betroffenen.

Insgesamt kann das Auswandern eine Erweiterung und Bereicherung für die Persönlichkeit und die Gesundheit des Migranten bedeuten (vgl. Junghanss 1997, vgl. Kirkcaldy et al. 2006, Loncarevic 2007).

3 MIGRATION NACH ÖSTERREICH

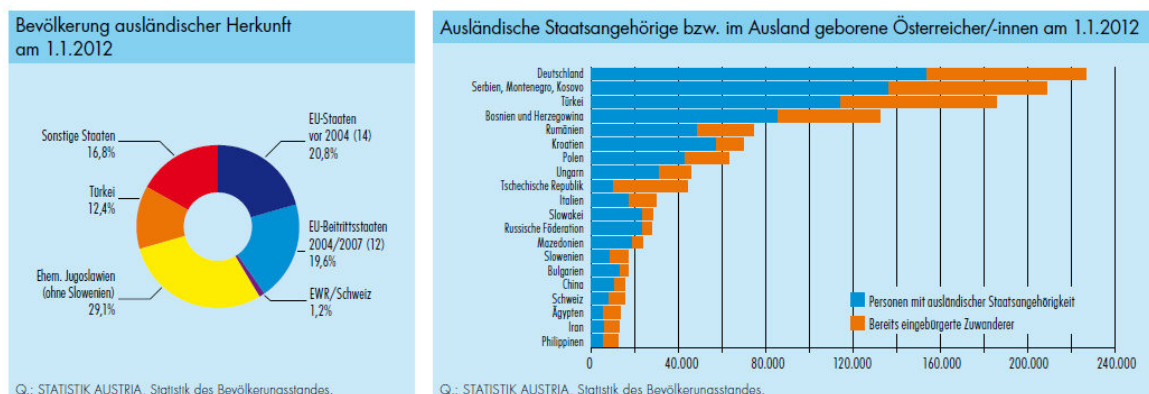
3.1 Migration im globalen Kontext

Die strukturelle Krise der Weltwirtschaft im Zusammenhang mit dem stetigen Bevölkerungswachstum, dem Zerfall von Machtstrukturen und daraus resultierenden Machtvakuen sowie die ökologische Verwüstung sind Ursache für weltweite Veränderungen. Die daraus resultierenden Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Ausgrenzung und Armut betreffen schon lange nicht mehr nur den globalen Süden sondern sind auch in der sogenannten westlichen Welt weit verbreitet. In weiterer Folge kommt es zur Auflösung sozialer Sicherheiten.

In diesem Zusammenhang wird in den letzten 25 Jahren weltweit ein Anstieg der Migration beobachtet. Aufgrund der globalen wirtschaftlichen, ökologischen und politischen Krisen sehen viele Menschen nur mehr einen Ausweg – ihr Heimatland zu verlassen. Die Migrationsbewegung hat somit alle Länder und Erdteile erreicht (vgl. Collatz 1998). Erwähnenswert ist die Tatsache, dass dabei nur rund 15% der Auswanderer in reichere Länder emigrieren. Der Großteil – ca. 85% - bleibt in den armen Nachbarländern (vgl. Loncarevic 2007).

Zu Beginn des Jahres 2012 lebten 969.399 Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft in Österreich, was einem Anteil von 11,5% der Gesamtbevölkerung entspricht. 41% davon entfallen auf Staatsangehörige der EU, des EWR bzw. der Schweiz. Die restlichen 59% waren Drittstaatsangehörige (vgl. Statistik Austria 2012).

Abbildung 1: Bevölkerung ausländischer Herkunft



Quelle: Statistisches Jahrbuch 2012, Statistik Austria.

Wäre das Trachten nach verbesserten Lebensbedingungen die alleinige Ursache der Migrationsbewegung, fände aufgrund der demographischen Entwicklung und der zunehmenden Armut weltweit eine regelrechte Massenbewegung von ärmeren in reichere Länder statt.

Migration ist aber im Allgemeinen ein wohlüberlegter und äußerst selektiver Prozess, der immer auch negative Folgen für den Einzelnen mit sich bringt. Auf diesen Aspekt wurde schon im Kapitel „Belastungen durch die Migration“ näher eingegangen (vgl. Loncarevic 2007).

Bei Migranten handelt es sich in der Regel um Menschen mittlerer Altersgruppen, also um junge Männer und Frauen im erwerbsfähigen Alter mit Mut zum Risiko.

Diese altersspezifische Selektion dient den Aufnahmeländern insofern, als dadurch der Anteil der produktiven Bevölkerung vergrößert wird, was in direktem Zusammenhang mit wirtschaftlicher Wertschöpfung und somit der Steigerung des Wohlstands steht.

Für die Herkunftsländer hingegen bedeutet die Abwanderung dieser Menschen einen wirtschaftlichen Verlust, da hierdurch Arbeitskraft verloren geht, während die ältere Bevölkerung, die weniger produktiv ist, bleibt (vgl. Han 2005).

Migration hat viele Gesichter. Sowohl die Ursachen und Motive der Auswanderung als auch die Charakteristika der involvierten Menschen sind äußerst vielfältig.

Folgende drei Faktoren haben jedoch alle transnationalen Wanderungen gemeinsam.

- Grundsätzlich wandern selten die ärmsten Teile der Bevölkerung aus, da sie weder über die nötigen Ressourcen noch über das erforderliche Wissen verfügen, eine derartige Reise in die Wege leiten zu können.
- Grenzüberschreitender Migration geht immer eine innerstaatliche Wanderbewegung voraus - insbesondere die Abwanderung der Landbevölkerung in die Ballungszentren.
- Migration basiert häufig auf dem sogenannten Vernetzungsprinzip. Demnach werden bevorzugt jene Staaten als Zielländer gewählt, in die zuvor bereits Landsleute immigriert sind. So können deren Informationen

sowie eventuelle Verwandtenhilfe oder die zu erwartende Solidarität, den Auswanderungsprozess erleichtern.

Dieses Vorgehen ist der Grund für die Entstehung von Migrationsketten und die Bildung ethnischer Gemeinschaften im Zielland (vgl. Wicker 2007).

In Bezug auf die Migrationswege sind deutliche Strukturen zu erkennen. So spielen Beziehungen und Interaktionen zwischen Herkunfts- und Zielland eine wesentliche Rolle (vgl. Loncarevic 2007).

3.2 Österreich als Einwanderungsland

Migrationsbewegungen ereignen sich aufgrund verschiedener Ursachen und Motive, weshalb deren Umfang zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich stark ausfällt.

Abhängig von Beweggrund und Ziel können folgende Formen unterschieden werden:

- Arbeitsmigration
- Familienzusammenführung
- Flüchtlingsmigration

In Österreich sind seit Ende des 2. Weltkriegs alle drei Arten von Zuwanderung zu beobachten, wobei sich hier die Schwerpunkte immer wieder verschieben.

Die Statistik des Bundesministeriums in Bezug auf neu erteilte Aufenthaltstitel für das Jahr 2008 bestätigt diese Theorie. Demnach wurden 43 Prozent der Aufenthaltsbewilligungen an Personen vergeben, die in den österreichischen Arbeitsmarkt integriert werden sollen. 29 Prozent entfallen auf Familienzusammenführungen, die restlichen 28 Prozent sind der Flüchtlingsmigration zuzuschreiben (vgl. BMI 2008).

Zuwanderer nach Österreich stammen vor allem aus anderen europäischen Staaten, wobei der EU-Beitritt Österreichs zu einer Verlagerung der Quelländer führte. Waren dies in der Zeit von 1960 bis Ende des letzten Jahrhunderts

vorrangig das ehemalige Jugoslawien und die Türkei, so kommen jetzt rund zwei Drittel aller Migranten aus EU-Ländern, insbesondere Deutschland und Polen.

Aufgrund der schlechten Situation am deutschen Arbeitsmarkt hat sich der Zuzug aus unserem Nachbarland signifikant erhöht. Aber auch für die nach den EU-Erweiterungen 2004 und 2007 hinzugekommenen mittel- und osteuropäischen Reformstaaten, hier sind besonders Polen und Rumänien zu erwähnen, wurde Österreich als Zielland zunehmend interessant. In beiden Ländern kann auf ein bestehendes Migrationsnetzwerk zurückgegriffen werden, was die Auswanderung deutlich erleichtert.

Auch in Bezug auf Ungarn und die Slowakei ist seit 2008 eine Steigerung der Zuwanderungsrate zu beobachten. Dieser Trend steht offenbar in direktem Zusammenhang mit der Neuregelung der Zuwanderung von Pflegearbeitskräften. War die Bereitschaft der Bevölkerung, arbeitsbedingt zu emigrieren, zuvor aufgrund der positiven wirtschaftlichen Entwicklung der Grenzregionen und der Möglichkeit des Pendels eher gering, so dürften nun Menschen aus entfernteren Regionen darin einen Anreiz sehen nach Österreich zu kommen.

Demgegenüber sind Immigrationen aus Nicht-EU-Staaten, wohl aufgrund der restriktiven Zuwanderungspolitik stark zurückgegangen. Hiervon sind vor allem das ehemalige Jugoslawien, die Türkei, aber auch außereuropäische Staaten betroffen.

Wanderungsströme orientieren sich unter anderem an den Integrationsmöglichkeiten im Zielland. Im Falle von Polen, der Slowakei und Ungarn stellt die gemeinsame Geschichte einen verbindenden Faktor dar, der die Integration merklich erleichtert. Bezogen auf Deutschland ist in diesem Zusammenhang natürlich die gemeinsame Sprache bedeutsam. Wesentlichen Einfluss nehmen auch traditionelle Migrationswege, wie jene in „Gastarbeiterländer“, sowie bestehende Netzwerke in den Zielländern (vgl. Marik-Lebeck 2010).

3.3 Rekrutierung ausländischer Arbeitskräfte

In den Jahren zwischen 1950 und 1970, also der Wiederaufbauphase nach dem 2. Weltkrieg, warben westeuropäische Firmen gezielt Arbeiter an, um den Bedarf an Arbeitskräften zu decken.

Die Folge war eine sogenannte Kettenmigration, da im Laufe der Zeit viele Familienangehörige den „Gastarbeitern“ nachfolgten.

Am Beispiel Bosnien kann außerdem sehr gut beobachtet werden, dass Kriegsflüchtlinge ebenfalls bewährte Migrationswege nutzen und in jene Länder wandern, in die bereits gezielte Arbeitsmigration stattfand. Dort versuchen diese Menschen dann, sich so rasch als möglich in den Arbeitsmarkt zu integrieren, da sie sich weniger als Flüchtlinge sondern mehr als Auswanderer betrachten.

In Westeuropa herrscht im Rahmen der Diskussion der Migration meist die Angst vor, dass es durch unkontrollierte Einwanderungsströme zu einer Überschwemmung durch Ausländer kommen könnte.

Dabei wird oft vergessen, dass einerseits diese Staaten selbst lange Zeit Auswanderungsländer waren, wo sich in der Nachkriegszeit viele Menschen eine bessere Zukunft insbesondere in den USA und Kanada erhofften, und andererseits der Migrationsstrom auch aus der aktiven Rekrutierungspolitik der Nachkriegsjahre resultiert.

Die sechs wichtigsten Arbeitgeberländer waren seinerzeit Deutschland, Frankreich, Schweden, Belgien, Österreich und die Schweiz. Die ausländischen Arbeitskräfte kamen dabei vorwiegend aus der Türkei, aus Jugoslawien, Algerien und Spanien.

Der Leitgedanke war damals, diese Menschen für eine bestimmte Zeit ins Land zu holen, um so den Mangel an heimischer Arbeitskraft abzudecken, weshalb sich der Begriff „Gastarbeiter“ etablierte. Es wurde davon ausgegangen, dass diese Menschen später wieder in ihre Heimatländer zurückkehren, um dort ihren Lebensabend zu verbringen.

Mit Beginn der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts schränkten viele dieser Arbeitgeberländer die Arbeitsmigration aus verschiedenen Gründen deutlich ein. Einerseits war der Wiederaufbau nach dem 2. Weltkrieg abgeschlossen, andererseits folgte auf die Ölkrise eine Rezession, in deren Folge die industrielle Produktion abnahm und die Nachfrage nach Arbeitskräften sank. Daraufhin wurde vielerorts eine restriktive Zuwanderungspolitik praktiziert und die Vergabe von Arbeitsbewilligungen drastisch reduziert (vgl. Loncarevic 2007).

3.4 Rechtliche Rahmenbedingungen zur Zuwanderung nach Österreich

Unterbrochen durch die Flüchtlingswellen aus der ehemaligen Tschechoslowakei (1968) und Polen (1981/82) dominierte in der Nachkriegszeit die Zuwanderung meist gezielt angeworbener ausländischer Arbeitskräfte. Damals bestanden Anwerbeabkommen mit der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien.

Die Ostöffnung, der Krieg im ehemaligen Jugoslawien und die steigende Nachfrage nach Arbeitskräften führten Anfang der 90er Jahre zu einer signifikanten Zunahme der Zuwanderung nach Österreich.

Mit der Zeit wurde die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen zur Regulierung der Immigration notwendig. Die Quotenregelung wurde eingeführt. Nach verschiedenen Novellierungen und Änderungen der Fremden Gesetze wurde 2005 schließlich das Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG) verabschiedet. Gemeinsam mit dem Fremdenpolizeigesetz regelt es nun die Zuwanderung nach Österreich (vgl. Biffl, G. & Bock-Schappelwein, J. 2012).

Im Rahmen des Fremdenrechtsänderungsgesetzes, das Mitte 2011 in Kraft trat, wurden mit der Rot-Weiß-Rot-Karte und der Rot-Weiß-Rot-Karte plus neue Aufenthaltstitel geschaffen, die die Zuwanderung qualifizierter Arbeitskräfte aus Drittstaaten und deren Familienangehörigen regeln.

Diese unterliegen nun nicht mehr wie bisher einer Quotenregelung, die Ansuchenden müssen vielmehr bestimmte Kriterien bezüglich Qualifikation,

Berufserfahrung, Alter, Sprachkenntnissen und Mindestentlohnung erfüllen. Die Niederlassungsbewilligung für Schlüsselkräfte wurde hiermit ersetzt.

Ziel dieser neuen Zuwanderungsregelung ist es, in erster Linie Lücken am heimischen Arbeitsmarkt zu schließen. Des Weiteren soll Österreich als Beschäftigungsstandort an Attraktivität gewinnen und ausländischen Absolventinnen österreichischer Universitäten und Fachhochschulen der Zugang zum Arbeitsmarkt ermöglicht werden.

Die Rot-Weiß-Rot-Karte (RWR-Karte) wird in folgenden Varianten ausgestellt:

- „**RWR-Karte**: berechtigt zur Niederlassung und zur Beschäftigung bei einem bestimmten Arbeitgeber.
- **RWR-Karte plus**: berechtigt zur Niederlassung und zum unbeschränkten Arbeitsmarktzugang.“ (Hundstorfer 2010, S. 1)

Die Rot-Weiß-Rot-Karte wird – für die Dauer von 12 Monaten - ausschließlich an Hochqualifizierte, Schlüsselkräfte und Arbeitskräfte in Mangelberufen ausgestellt. Dies geschieht einzig unter der Voraussetzung, dass für den angestrebten Arbeitsplatz keine inländische oder bereits integrierte ausländische Arbeitskraft mit derselben Qualifikation verfügbar ist.

Die Festlegung der Mangelberufe erfolgt jährlich durch eine Verordnung des Sozialministeriums und ist von der heimischen Arbeitsmarktentwicklung abhängig (vgl. arbeitsmarktoeffnung.at 2013, Hundstorfer 2010, migration.gv.at 2013a+b).

Für 2013 werden unter anderem sämtliche Diplom-Pflegekräfte sowie Pflegedienstleiter und Wohnbereichsleiter in der Altenpflege in der Mangelberufsliste angeführt (vgl. BMASK 2013, migration.gv.at 2013b).

Drittstaatsangehörige können demnach als Fachkraft in einem Mangelberuf eine Rot-Weiß-Rot-Karte beantragen, wenn sie neben einer einschlägigen abgeschlossenen Ausbildung ein verbindliches Arbeitsplatzangebot sowie eine Entlohnung in der Höhe des dafür vorgeschriebenen Mindestentgelts vorweisen

können. Darüber hinaus müssen Deutschkenntnisse auf A1-Niveau bzw. Englischkenntnisse auf B2-Niveau, gemäß gemeinsamem europäischem Referenzrahmen, nachgewiesen werden (vgl. migration.gv.at 2013b).

Eine Entsprechung auf EU-Ebene stellt die „Blaue Karte EU“ dar, die im Mai 2009 vom Rat der Europäischen Union eingeführt wurde. Sie soll ebenfalls die Zuwanderung Drittstaatsangehöriger und deren Familien erleichtern.

Im Gegensatz zur Rot-Weiß-Rot-Karte wird diese ausschließlich an Hochqualifizierte, also Personen mit Hochschulabschluss oder vergleichbarer fünfjähriger Berufserfahrung vergeben. Diese müssen darüber hinaus über ein verbindliches, ihrer Qualifikation entsprechendes, Arbeitsplatzangebot verfügen und den Nachweis erbringen, dass ihr Bruttojahreslohn dem Eineinhalbfachen des durchschnittlichen Bruttoeinkommens im jeweiligen Land entspricht. Die „Blaue Karte EU“ ist bis zu 4 Jahren gültig (vgl. Council of the European Union 2009, migration.gv.at 2013d, Zukunft Europa 2013).

Innerhalb der EU ist die Arbeitnehmerfreizügigkeit gewährleistet. Jeder Unionsbürger hat ungeachtet seiner Staatsangehörigkeit das Recht und die Freiheit, sich in jedem Mitgliedsstaat niederzulassen, um dort unter denselben Bedingungen wie ein Angehöriger dieses Staates eine Beschäftigung auszuüben. Innerhalb der Mitgliedsstaaten sind somit alle Arbeitnehmer in Bezug auf Beschäftigung, Entlohnung und sonstige Arbeitsbedingungen einander gleichgestellt (vgl. Charta der Grundrechte der EU 2007, Vertrag über die Arbeitsweise der EU 2008).

3.5 Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen

Um in Österreich rechtmäßig einen Gesundheitsberuf ausüben zu können, für den die Qualifikation im Ausland erworben wurde, ist deren Anerkennung durch die zuständigen österreichischen Behörden erforderlich.

Bei Drittstaatsangehörigen sowie bei Ausbildungen, die in einem Drittstaat absolviert wurden, kommt die sogenannte „Nostrifikation“ oder „Nostrifizierung“ zur

Anwendung. Hierbei wird die Gleichwertigkeit ausländischer mit vergleichbaren inländischen Ausbildungsabschlüssen festgestellt.

Für Unionsbürger, Staatsangehörige des EWR, Schweizer und bestimmte begünstigte Drittstaatsangehörige gilt die sogenannte Berufszulassung, die auf den europäischen Richtlinien für Berufsanerkennungsregeln beruht. Diese besagen, dass Angehörige der Mitgliedstaaten die Möglichkeit haben, einen Beruf auch in jedem anderen EU-Land auszuüben, als in jenem, in dem die Qualifikation dafür erworben wurde. Ferner sind diesbezügliche Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise anzuerkennen.

Aufgrund der uneinheitlichen Ausbildungen im Bereich der Gesundheitsberufe innerhalb der EU, ist hier eine zusätzliche inhaltliche Prüfung der Qualifikation im Sinne der Sicherheit der Patienten notwendig (BMG 2013a+b, EU 2005).

Zulassungen von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen werden vom Bundesministerium für Gesundheit durchgeführt. Einem Bericht des Ministeriums zufolge wurden im Jahr 2010 1.615 Verfahren abgeschlossen - 1.596 davon nach EU-Recht, die restlichen 19 im Rahmen von Nostrifikationen. Deutschland, Slowakei und Ungarn waren dabei die wichtigsten Herkunftsländer.

80 % der Nostrifizierungsverfahren konnten dabei innerhalb von 3 Monaten, die Hälfte sogar innerhalb der ersten 10 Tage erledigt werden.

Weiters geht aus diesem Bericht hervor, dass 77 % der abgeschlossenen Verfahren Frauen betrafen. Nicht-ärztliche Berufe sind demnach überwiegend Frauenberufe (vgl. Medienservicestelle 2012).

4 SITUATION IN ÖSTERREICH

4.1 Bevölkerung in Österreich mit Migrationshintergrund

Um konkrete Aussagen über den Einfluss der Migration auf das Gesundheits- und Pflegesystem treffen zu können, muss erst ein Überblick über die derzeitige Situation in Österreich geschaffen werden. Insofern soll geklärt werden, wie viele Menschen der Bevölkerung aus dem Ausland stammen und einen sogenannten Migrationshintergrund besitzen, wo diese leben und wie viele von ihnen im Gesundheitssektor tätig sind.

Österreich weist eine Vielfältigkeit an Kultur und Geschichte auf, die in der Gesellschaft, in welcher die Migranten natürlich inkludiert sind, wieder zum Ausdruck kommt. Mit dem Statistischen Jahrbuch 2012 wird versucht die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich zu bestimmen und zu beschreiben.

So ergab die Erhebung, dass mit 1. Jänner 2012 970.000 Einwohner, also 11,5 % der Gesamtbevölkerung keine österreichische Staatsbürgerschaft besaßen. Diese Gruppe wird als sogenannte „Ausländer“ beschrieben.

Wird aber die Bevölkerung im Gegensatz zur Staatsangehörigkeit nach einem unveränderlichen Merkmal nämlich dem Geburtsland definiert, so leben derzeit 1,349 Millionen Menschen in Österreich, welche im Ausland geboren wurden. Dies entspricht 16% der österreichischen Bevölkerung, von denen 39% bereits eingebürgert waren und somit eine österreichische Staatsangehörigkeit hatten.

Hier zeigt sich, dass aufgrund der Staatsangehörigkeit keine Rückschlüsse auf einen vorhandenen Migrationshintergrund gezogen werden können, da Personen die im Ausland geboren wurden durch die Einbürgerung zu Österreichern werden können.

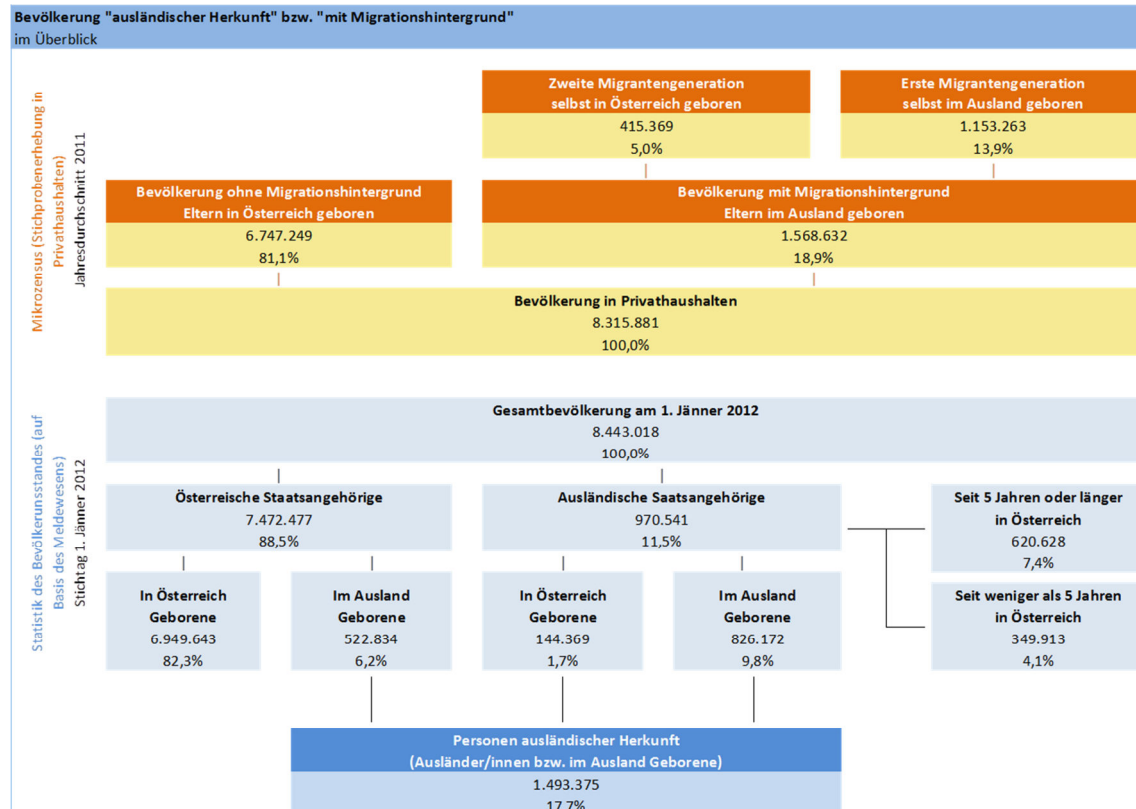
Fasst man nun die Gruppen der „ausländischen Staatsangehörigen“, unabhängig davon, ob sie in Österreich oder im Ausland geboren wurden, mit jener der „österreichischen Staatsangehörigen“ mit Geburtsort im Ausland, zusammen, so

ergibt sich die Gruppe der „Bevölkerung ausländischer Herkunft“, welche insgesamt 17,7% der Gesamtbevölkerung ausmacht.

Soll nun aber erfasst werden, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich leben, so muss auf deren genaue Definition zurückgegriffen werden. Wie schon in Kapitel 2.2 erklärt, sind „Menschen mit Migrationshintergrund“ all jene „...Personen, deren Eltern im Ausland geboren sind, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit.“ (Statistisches Jahrbuch 2012, S. 22)

Dies waren im Jahr 2011 durchschnittlich 18,9% der Gesamtbevölkerung. Davon gehören 1,153 Millionen Menschen der „ersten Generation“ an, die selbst im Ausland geboren wurden. Die 415.400 verbleibenden Personen zählten zur sogenannten „zweiten Migrantengeneration“, welche Kinder von zugewanderten Personen, aber selbst im Inland geboren waren (Siehe Abb.2) (vgl. Statistisches Jahrbuch 2012).

Abbildung 2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund



Quelle: Statistisches Jahrbuch 2012 BMI; Statistik Austria.

4.1.1 Verteilung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund über das österreichische Bundesgebiet

Untenstehende Tabelle gibt Aufschluss über die Verteilung der Migranten über das gesamte Bundesgebiet.

Demzufolge leben die meisten Personen mit Migrationshintergrund in Wien (38,8 %), Vorarlberg (23,0 %) und Salzburg (18,3 %). Deutlich weniger finden sich in den eher östlichen Bundesländern wie Steiermark (10,6 %), Niederösterreich (12,2 %), Burgenland (10,2 %) und Kärnten (10,2 %) (Siehe Tabelle2) (vgl. Statistik Austria 2012).

Tabelle 2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern (Jahresdurchschnitt 2011)

Bundesland	Bevölkerung in Privathaushalten	Migrationshintergrund			
		zusammen	Zuwanderer der 1. Generation	Zuwanderer der 2. Generation	zusammen in %
Österreich	8.315,9	1.568,6	1.153,3	415,4	18,9
Burgenland	283,0	28,7	22,4	6,4	10,2
Kärnten	553,1	56,2	42,9	13,3	10,2
Niederösterreich	1.596,5	195,5	145,6	49,9	12,2
Oberösterreich	1.393,3	203,4	144,9	58,5	14,6
Salzburg	524,7	96,1	69,2	26,9	18,3
Steiermark	1.198,7	126,9	96,6	30,3	10,6
Tirol	703,0	119,7	89,1	30,6	17,0
Vorarlberg	367,1	84,4	57,3	27,1	23,0
Wien	1.696,3	657,7	485,3	172,3	38,8

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (Durchschnitt aller Wochen eines Jahres). Erstellt am 04.04.2012.
Bevölkerung in Privathaushalten.

Mit 34,1 % ist der Anteil der Bevölkerung ausländischer Herkunft in Wien fast doppelt so hoch wie der Durchschnitt in Österreich.

Doch die Verteilung der Migranten in Österreich zeigt interessanterweise, dass sich 80 % dieser Gruppe auf nur 10 % der Gemeinden verteilen, hier aber mehr als die Hälfte der Österreicher leben. So kommen auf drei Viertel der Gemeinden nur 10 % der Migranten, aber 30 % der österreichischen Staatsbürger.

Der größte Anteil der Bevölkerung ausländischer Herkunft konzentriert sich auf die größeren Städte. So lebten zu Jahresbeginn 2012 40 % der Migranten in Wien,

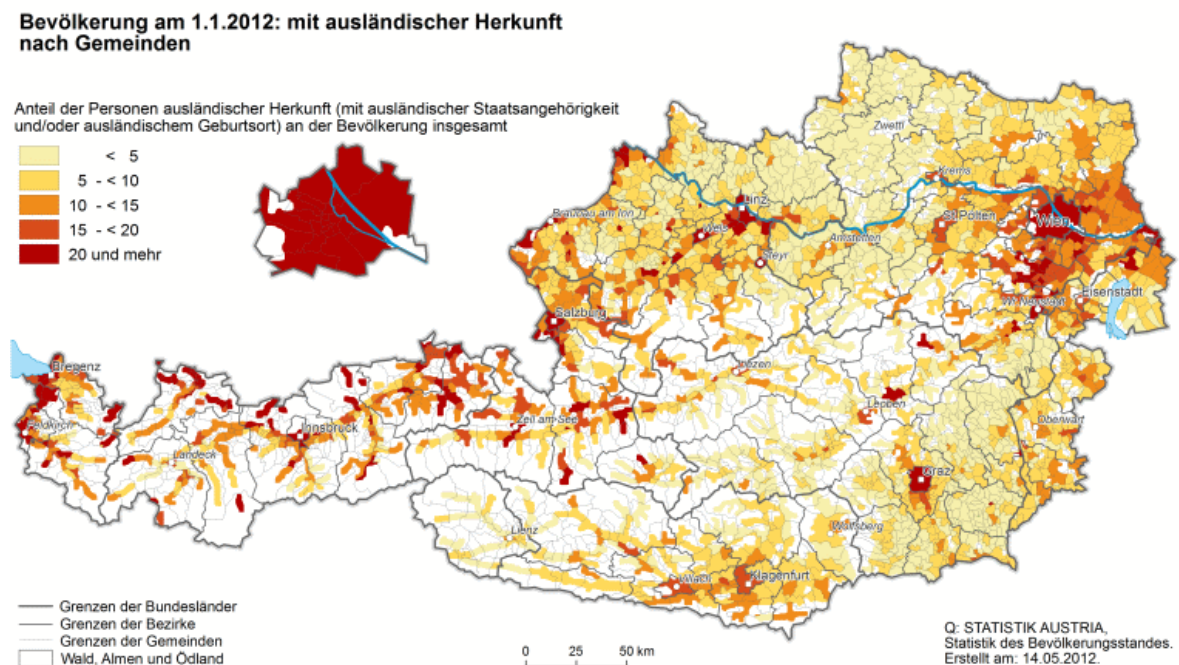
wobei nur 16 % der inländischen Bevölkerung dort wohnte. Dies war auch in anderen größeren Städten zu beobachten, wo 62 % der ausländischen Bevölkerung in Städten mit mehr als 20.000 Einwohnern lebte, aber nur ein Drittel der Österreicher sich in Städten dieser Größenordnung wiederfanden.

In kleineren Gemeinden hingegen lebte nur ein Bruchteil der Migranten nämlich 21 %, wohingegen der Hauptanteil der Österreicher (47 %) in Gemeinden unter 5.000 Einwohnern wohnte. Somit war der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung mit 29 % in den Großstädten drei Mal so hoch wie in den kleineren Gemeinden, wo dieser nur 9 % ausmachte.

Ein besonders hoher Anteil an Zuwanderern findet sich aber auch in einigen Tourismusgemeinden, grenznahen Orten und Gemeinden mit Flüchtlingsunterkünften. So lebten in diesen Gebieten mehr als die Hälfte der Migranten in Österreich (vgl. Statistik Austria 2012).

Veranschaulicht werden diese Daten in der folgenden Grafik (Abb.3):

Abbildung 3: Bevölkerung mit ausländischer Herkunft



Quelle: Statistik Austria 2012; Statistik des Bevölkerungsstandes.

4.2 Demografische Entwicklungen der Bevölkerung

„Die Bevölkerungsentwicklung ist das Resultat aus dem Zusammenwirken verschiedener Faktoren wie der aktuellen Bevölkerungsstruktur, der natürlichen Bevölkerungsbewegungen (Geburten und Sterbefälle) sowie räumlicher Bevölkerungsbewegungen (Zuwanderung und Abwanderung). Diese drei Faktoren bestimmen Umfang, Richtung und Tempo der Bevölkerungsentwicklung und damit auch die Bevölkerungsstruktur.“ (Schipfler 2005; S. 4)

Österreichs Bevölkerungsentwicklung ist ein wichtiges Thema für die Pflege, da die Gesamtbevölkerung wächst und sich gleichzeitig auch die Altersstruktur verändert und dies Auswirkungen auf das Pflegesystem mit sich bringt.

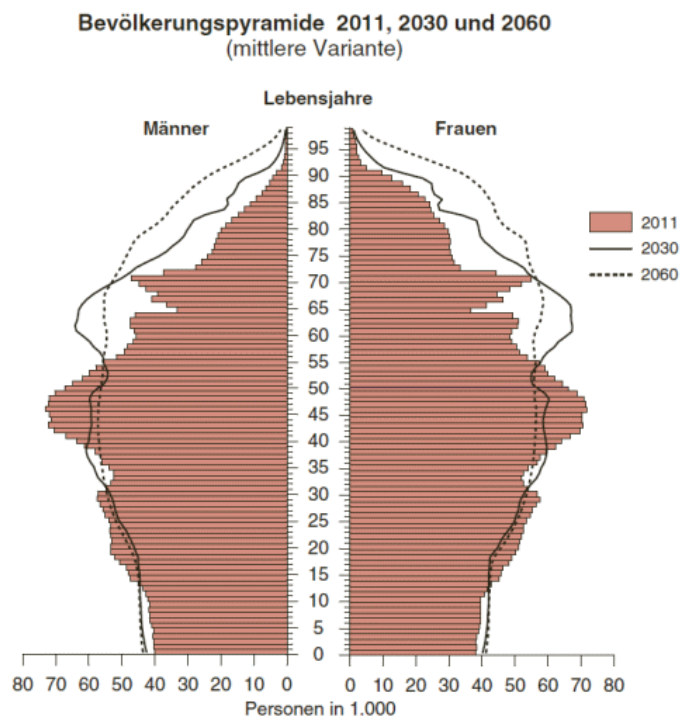
Im Jahr 2011 lebten durchschnittlich 8,42 Millionen Menschen in Österreich, was einem Anstieg von 5 % seit 2001 entspricht. Hier ist nur ein kleiner Anteil von 5% dem Geburtenüberschuss zuzuschreiben. 95 % des Bevölkerungszuwachses stammen aus den Wanderungsgewinnen. Aufgrund dessen wird damit gerechnet, dass bis zum Jahr 2020 die Bevölkerungszahl auf 8,71 Millionen und mit 2030 die 9 Millionen Marke erreichen wird. Das sind 7 % mehr als im Jahr 2011. Bis zum Jahr 2060 werden weitere Zuwächse erwartet, jedoch kompensieren die relativen hohen Geburtendefizite diese Wanderungsgewinne. Trotzdem nimmt die Bevölkerung, wenn auch nicht mehr so rasant, auf geschätzte 9,43 Millionen Personen im Jahre 2075 zu.

Die Geburtenrate hat sich seit der Jahrhundertwende stabil gehalten, was auch durch die Zuwanderung begünstigt wird, da die Elterngeneration dadurch verstärkt wird. So werden die Geburten mit dem Jahr 2020 auf 82.000 steigen, sich dann aber stabil verhalten.

Einerseits sinkt die Zahl der unter 20 Jährigen stetig ab, bis 2018 auf 1,67 Millionen, und langfristig gesehen werden 2060 nur noch 18,6 % der Menschen dieser Bevölkerungsgruppe angehören. Auf der anderen Seite erwartet uns ein

großer Zuwachs beim Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen. Durch den Baby-Boom nach dem 2. Weltkrieg wird es in den kommenden Jahren immer mehr ältere Menschen geben. Dies ist aber auch auf eine erhöhte Lebenserwartung zurückzuführen. Derzeit liegt diese für Frauen bei 83,4 Jahren, bei den Männern sind es 78,1 Jahre. Aufgrund der verfügbaren Datenlage ist ein weiterer Anstieg für die kommenden Jahrzehnte zu erwarten. So werden im Jahr 2015 1,60 Millionen, also um 8 % mehr über 65-Jährige in Österreich leben als noch 2011. Es wird sogar ein Anstieg dieser Bevölkerungsgruppe auf 28,9 % der Gesamtbevölkerung bis 2060 prognostiziert. In Abbildung 4 sind diese Entwicklungen und Zahlen veranschaulicht.

Abbildung 4: Bevölkerungspyramide 2011, 2030, 2060.



Q: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2012. Erstellt am 14.09.2012.

Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2012.

Dieser Alterungsprozess hat auch zur Folge, dass es in Zukunft eine vermehrte Anzahl an Sterbefällen geben wird. Waren es 2004 und 2006 74.300 Sterbefälle, so werden diese bis zum Jahr 2060 auf 104.100 (+36 %) ansteigen.

Die Anzahl der erwerbsfähigen Bevölkerung wird in den nächsten Jahren allerdings abnehmen. Im Jahr 2011 waren 5,21 Millionen Personen im Alter

zwischen 20 und 65 Jahren, was zwar 5 % mehr als bei der Volkszählung 2001 waren, dieser Anteil wird jedoch bis zum Jahr 2030 auf 5,12 Millionen und längerfristig gesehen bis unter 5 Millionen sinken. In Korrelation dazu verringert sich auch der Anteil der 20- bis 64-Jährigen der Gesamtbevölkerung bis 2020 auf 61,1 %. 2060 wird er sogar auf 52,5 % sinken.

Hieraus ist ersichtlich, dass in den nächsten Jahren mit einem sehr großen Anteil an älteren Menschen zu rechnen ist. Auch wenn Alter nicht mit Krankheit gleichzusetzen ist, so treten mit fortgeschrittenen Lebensjahren doch häufiger Krankheiten mit nachfolgendem Pflegebedarf auf. Demzufolge hat die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung auch einen wesentlich Einfluss auf den Bedarf an Pflegepersonal (vgl. Statistik Austria 2011, Schulz et al. 2001).

4.3 Pflegebedarf in Österreich

Wie schon die oben erwähnten Zahlen aus der „demografischen Entwicklung“ in Österreich zeigen, wird der Pflegebedarf in den nächsten Jahren dramatisch ansteigen.

Derzeit leben in Österreich rund 400.000 hilfs- und pflegebedürftige Menschen. Bis 2021 wird dieser Anteil auf 450.000 bis 470.000 Personen steigen. Im Jahr 2041 rechnet man sogar mit 630.000 bis 713.000 Pflegebedürftigen (vgl. Statistik Austria 2004).

Bei älteren Menschen treten häufiger Akuterkrankungen auf, die einen weiteren Pflegebedarf nach sich ziehen, wie zum Beispiel nach einem Schlaganfall. Auch die Erkrankungen im Laufe des Lebens haben Einfluss darauf, ob ein älterer Mensch später zum Pflegefall wird. Die Kumulation dieser Erkrankungen führt zur sogenannten Multimorbidität. Hieraus lässt sich ebenfalls ableiten, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft steigen wird.

Hinzu kommt auch der Anstieg an chronischen Erkrankungen, die zwar keine Akutversorgung im Krankenhaus beanspruchen, doch oft durch Funktionseinschränkungen, psychische Störungen und auch dementielle

Erkrankungen dazu führen, dass diese Menschen im Alter kein selbständiges Leben mehr führen können und verstärkt auf Gesundheits- und Pflegeleistungen angewiesen sind (vgl. Schulz 2001).

Betrug die durchschnittliche Pflegedauer vor 70 Jahren nur wenige Monate, so ist sie aufgrund der heutigen medizinischen Versorgung auf sechseinhalb Jahre angestiegen (vgl. Sametinger 2009).

Betrachtet man die Zahlen der Pflegegeldbezieher in Österreich so waren es Anfang 2012 rund 430.000 Pflegebedürftige, die diese Leistung bezogen.

Seit 1993 wird das Pflegegeld durch das Bundespflegegeldgesetz, neun Landespflegegeldgesetze und ein 7-stufiges Pflegegeldsystem geregelt.

Mit 1. Jänner 2012 trat das Pflegegeldreformgesetz 2012 in Kraft, welches nicht nur eine Reduktion der Entscheidungsträger zur Folge hatte, sondern auch zur Vereinheitlichung der Vollziehung und der Beschleunigung der Verfahrensdauer beiträgt. Die damit verbundenen Verwaltungseinsparungen entlasten somit Länder und Gemeinden (vgl. Pflegegeldreformgesetz 2012, BMASK 2012).

Ziel der Pflegegeldzahlungen ist es, einem pflegebedürftigen Menschen ein selbstbestimmtes und nach den persönlichen Bedürfnissen orientiertes Leben zu ermöglichen. Der Anspruch auf Pflegegeld beruht auf einer ständigen Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit im Ausmaß von mehr als 60 Stunden monatlich, die mindestens 6 Monate andauern wird. Das Pflegegeld ist eine einkommensunabhängige Leistung, die 12-mal jährlich ausbezahlt wird. Die Höhe des Pflegegeldes wird abhängig vom erforderlichen Pflegeaufwand in 7 Stufen unterteilt (Siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Höhe des Pflegegeldes

Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Pflege stufe	Betrag in Euro monatlich
Mehr als 60 Stunden	1	154,20 Euro
Mehr als 85 Stunden	2	284,30 Euro
Mehr als 120 Stunden	3	442,90 Euro
Mehr als 160 Stunden	4	664,30 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn • ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	5	902,30 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn • zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder • die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	6	1.260,00 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn • keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder • ein gleich zu achtender Zustand vorliegt	7	1.655,80 Euro

Quelle: Help.gv.at 2013

Aufgrund eines Pilotprojektes und einer begleitenden wissenschaftlichen Studie des Bundesministeriums zur „Pflegegeldbegutachtung unter Einbeziehung von Pflegefachkräften“ kam es im Rahmen der Pflegegeldeinstufung ab dem 1. Jänner 2012 zu einer Kompetenzerweiterung für das Pflegepersonal. Nun dürfen, nicht wie bisher nur Ärzte, sondern auch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe 4 durchführen (BMASK 2012).

5 MIGRATION VON PFLEGEKRÄFTEN

Seit den 1950er und 60er Jahren begünstigen die steigende Mobilität und die Ausweitung der Wohlfahrtsstaaten in vielen Ländern die Migration von Arbeitskräften und haben verstärkten Einfluss auf die Gesundheitsberufe.

Laut einer Studie der „World Health Organization“ (WHO) arbeiteten 1972 rund 6 % der Ärzte und 5 % der Pflegekräfte weltweit nicht in ihrem Heimatland.

Auch in der Zeit nach dieser Studie migrierten immer mehr Pflegekräfte in die englischsprachigen europäischen Länder.

Darüber hinaus existieren leider kaum Dokumentationen zur Migration in der Pflege. Es wurden hierzu hauptsächlich Schätzungen veröffentlicht, die nur wenig Klarheit über die Ausmaße der Migration oder deren Ursachen und Motive liefern. Erst in den letzten Jahren rückt das Thema Migration im Pflegeberuf vermehrt ins Zentrum der Aufmerksamkeit (vgl. Lenhart & Österle 2007).

5.1 Klassische Herkunfts- und Zielregionen

Wie aus der Literatur hervorgeht, sind im Bereich der Pflege klassische Herkunfts- und Zielländer entstanden. Viele dieser Länder erfüllen, insbesondere in den Grenzregionen, beide Funktionen.

In Folge der Erweiterung der Europäischen Union und der Ostöffnung in den 1990er Jahren haben sich neue Herkunftsländer gebildet (vgl. Lenhart & Österle 2007).

5.1.1 Herkunftsländer

Es ist zu beobachten, dass der Migrationsfluss von den Entwicklungsländern in die Industriestaaten verläuft. Demzufolge stammt der Großteil der Migranten aus Herkunftsländern, wie Indien, den Philippinen und verschiedenen afrikanischen Ländern wie zum Beispiel Zimbabwe, Nigeria, und Ghana (vgl. Clark et al. 2006, Lenhart 2007).

Die Philippinen spielen in der Volkswirtschaft der Migration eine tragende Rolle, da geschätzte 10 % der dortigen Bevölkerung im Ausland leben oder arbeiten. Die philippinische Regierung fördert die Arbeitsmigration aufgrund der sehr hohen Arbeitslosenrate im Land. In den 1970er Jahren gab es 63 Krankenpflegeschulen, Ende der 1990er waren es schon 198. Dies hatte zur Folge, dass es 1998 auf den Philippinen unglaubliche 306.000 Pflegefachkräfte gab. Daher wandern jährlich mehr als 70 % aller ausgebildeten Pflegekräfte aus. Dies bedeutet, dass pro Jahr 15000 Arbeitskräfte ihr Heimatland verlassen, um im Ausland zu arbeiten.

Diese Ausströme werden durch die unattraktiven Arbeitsbedingungen und eine niedrige Entlohnung im Heimatland verstärkt. Somit sind die Philippinen die wichtigste Herkunftsregion ausländischer Pflegekräfte, vor allem für die USA.

Die philippinische Regierung sieht die Investition in die Ausbildung der Pflegekräfte als einen wichtigen Wirtschaftszweig und kann so außerdem den heimischen Arbeitsmarkt deutlich entlasten. Die emigrierten Fachkräfte finden im Ausland Arbeitsplätze, die im Heimatland nicht vorhanden sind und beanspruchen somit keine Sozialleistungen. Darüber hinaus wird diese Strategie als ein Teil der Globalisierung angesehen (vgl. Bach 2003, Lenhart & Österle 2007).

Dazu bemerkt der philippinische Arbeitsminister: "...and I like to think that countries like ours, rich in human resources, have that to contribute to the rest of the world." (Diamond 2002, S. 2)

Migration von Pflegekräften passiert aber nicht nur von Entwicklungsland zu Industrieland. Auch der Migrationsstrom zwischen den Industrieländern selbst gewinnt immer mehr an Bedeutung.

In Europa wurde der freie Verkehr von Arbeitskräften durch die Europäische Union stark gefördert. Auch die neuerliche EU-Erweiterung 2004, im Zuge derer 10 zentral- und osteuropäische Staaten aufgenommen wurden, brachte weitere Herkunftsländer hervor. Vor allem Polen, die Tschechische Republik und Ungarn spielen hier eine bedeutende Rolle (vgl. Lenhart & Österle 2007).

5.1.2 Zielländer

International gesehen sind englischsprachige Länder die beliebtesten Zielländer am globalen Arbeitsmarkt.

Die wichtigsten Zielländer in Europa sind Großbritannien, Irland und die nordeuropäischen Länder.

Alleine in Großbritannien wurden im Jahr 2001 Pflegekräfte aus 95 verschiedenen Ländern registriert, 43 % davon kamen aus Übersee. Weitere wichtige Herkunftsländern waren Indien, die Philippinen und einige afrikanische Länder. Dies entspricht insgesamt einem Anteil von 8,34 % an ausländischem Pflegepersonal.

In den folgenden Jahren stieg der Anteil an immigrierten Pflegekräften rapide an, und betrug 93 % mehr als im Jahr 2000. Auch in den USA verzeichnete man einen rapiden Anstieg an Pflegekräften aus dem Ausland. 1997 machten diese rund 5 % des gesamten Pflegepersonals aus (vgl. Lenhart 2007, Clark et al. 2006).

Eine besondere Situation stellen die Beziehungen zwischen Irland und Großbritannien dar. Während in Irland rund 70 % der ausländischen Pflegefachkräfte aus dem vereinigten Königreich kamen, betrug dort wiederum der Anteil der im Pflegebereich tätigen irischen Emigranten circa 30 %.

Dasselbe Phänomen ist auch unter den skandinavischen Staaten zu beobachten (vgl. Lenhart & Österle 2007).

5.2 Österreich als Zielland von Pflegemigration

Auch wenn es aufgrund der dürftigen Datenlage in Bezug auf Migration und Pflege schwierig ist, konkrete Aussagen über die Lage in Europa zu treffen, so kann doch gesagt werden, dass Migranten im Pflegeberuf schon sehr lange Österreich als Zielland wählen.

Die ersten Aufzeichnungen zur Migration von Pflegepersonal stammen aus dem Jahr 1967, wo serbische Pflegekräfte nach Österreich einwanderten. Wenig später folgten 700 philippinische Pflegekräfte. Seither findet eine kontinuierliche Zuwanderung von ausländischem Krankenpflegepersonal statt (vgl. Lenhart 2007).

Die wichtigsten Herkunftsländer sind hier Polen, Deutschland, Indien und die Philippinen (vgl. Akinyosoye 2008).

Weitere Angaben zur Migration wurden auf Basis des Eurostat „Labour Force Survey“ immer nur geschätzt. Konkretere Daten, veröffentlicht von Statistik Austria, beruhen auf den Zahlen der Volkszählung im Jahr 2001.

Demzufolge besaßen damals 6,2 % der Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte eine ausländische Staatsbürgerschaft. Davon stammten rund 24 % aus dem ehemaligen Jugoslawien, 33 % aus den 2004 beigetretenen EU-Staaten und 25 % aus den EU-15-Staaten.

Das Merkmal der Staatsbürgerschaft als Basis der Erhebung ist in diesem Zusammenhang nur wenig aussagekräftig, da sehr viele der ausländischen Pflegekräfte bereits eingebürgert wurden, und somit deren Ausbildungshintergrund und Herkunft nicht berücksichtigt werden konnten (vgl. Simoens et al. 2005, Lenhart 2007).

Es kann also gesagt werden, dass die Zuwanderung nach Österreich seit dem Jahr 1997 stetig ansteigt. Die Herkunftsländer haben sich seit der EU-Erweiterung um die Länder in Mittel- und Osteuropa erweitert. Viele der zugewanderten Pflegekräfte stammen seither aus Rumänien, Russland, Bulgarien und Südosteuropa (vgl. Biffl 2006).

5.3 Berufsankennung und Dequalifikation

Im Zuge ihrer Einwanderung bringen Migranten oft ein hohes Maß an Qualifikation mit. Doch bevor sie am österreichischen Arbeitsmarkt tätig werden können, müssen sie nachweisen, dass die von ihnen absolvierte Ausbildung den heimischen Standards entspricht. Dadurch soll die Sicherheit der Patienten gewährleistet werden (vgl. BMG 2013b).

Im Gesundheits- und Pflegebereich stehen derzeit Lehr- bzw. Studienplanvergleiche im Vordergrund, weshalb oft auch nur unwesentliche Abweichungen dazu führen, dass ausländische Ausbildungsabschlüsse nicht anerkannt werden. Darüber hinaus finden einschlägige Berufserfahrungen bei den Anerkennungsverfahren bisher wenig Berücksichtigung (vgl. Hundstorfer & Kurz 2012).

Dieser formale Schritt ist für die Betroffenen oft nicht einfach, da schwer durchschaubare Anforderungen und Zuständigkeiten unübersichtliche bürokratische Hürden darstellen. Fehlt auch nur ein Teil der in Österreich notwendigen Ausbildung, kann dies ein großes Problem darstellen, da passende Nachschulungen häufig nicht angeboten werden.

Eine Anfang 2012 veröffentlichte Studie der Arbeiterkammer Wien belegt, dass zwei Drittel der Arbeitsmigranten eine abgeschlossene Ausbildung mitbringen, doch weniger als ein Fünftel aller Migranten beantragt die Nostrifizierung ihres Bildungsabschlusses. Aber auch nach erfolgreicher Berufsankennung erhält nur jeder zweite eine Beschäftigung die seiner Ausbildung entspricht. 33 Prozent der Beschäftigten mit Migrationshintergrund werden weit unter ihrem Qualifikationsniveau eingesetzt, was letztlich auch dazu führt, dass Zuwanderer im Schnitt über ein deutlich geringeres Einkommen verfügen als Beschäftigte ohne Migrationshintergrund. Wesentliches Detail der Studie: Zuwanderinnen sind von beiden Phänomenen bedeutend häufiger betroffen (vgl. AK 2012).

Viele dieser Migrantinnen sind in Gesundheitsberufen und hier vor allem in der Krankenpflege beschäftigt (vgl. Riesenfelder et al. 2011).

Die internationale Vergleichbarkeit der Ausbildungen im Gesundheits- und Sozialwesen gestaltet sich schwierig. Selbst innerhalb Europas ist auch nach dem Erlass der Direktive 2005/36/EG zur Krankenpflegeausbildung kein einheitliches Bild zu finden. Demnach differieren die Aufnahmekriterien ebenso wie die reelle Ausbildungszeit und der Grad des Abschlusses. Während in einigen Ländern schon das European Credit Transfer System - ECTS angewandt wird, endet in Österreich die Krankenpflegeausbildung nicht mit einem universitären Abschluss. Sie ist vielmehr mit einer Lehre vergleichbar (vgl. Liefgen 2008, Biffl et al. 2012).

Abgesehen von den unterschiedlichen Ausbildungsstandards müssen zugewanderte Pflegekräfte auch mit anderen Betätigungsfeldern zurechtkommen. So werden in vielen Ländern, wie beispielsweise in Tunesien, die Ältesten im Familienkreis gepflegt, weshalb die Heimpflege dort nicht existiert. Auch die Körperpflege wird oft von Angehörigen übernommen und fällt nicht in den Tätigkeitsbereich der Pflegekräfte.

Viele Pflegekräfte berichten auch, dass sich ihr Arbeitsprofil im Heimatland viel stärker an medizinischen Tätigkeiten orientiert und erleben aufgrund der österreichischen Gesetzeslage oft eine Einschränkung ihrer Befugnisse. So ist beispielsweise die Blutabnahme in anderen Ländern oft Krankenschwestern überlassen, während sie hierzulande primär den Ärzten vorbehalten ist.

Darüber hinaus müssen sich viele ausländische Pflegekräfte damit abfinden, dass sie in Österreich weit weniger Ansehen genießen wie zum Beispiel auf den Philippinen, wo ein Großteil herkommt (vgl. Mucciolo-Madler 2003, Akinyosoye 2008, Karl-Trummer & Novak-Zezula 2009).

5.4 Erwerbstätige im Gesundheitsberuf

Im Folgenden wird der Anteil der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund, die in Gesundheitsberufen tätig sind, genauer betrachtet.

Neueste Daten stammen aus der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2011 der Statistik Austria. Bei der Interpretation der Daten muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich hierbei um eine Stichprobenerhebung handelt in der Personen mit Migrationshintergrund eher schlecht vertreten sind.

Diese neuen Daten sind in Bezug auf den Migrationshintergrund von Pflegepersonen viel aussagekräftiger als jene der Statistik Austria auf Basis der Volkszählung 2001, da nun sowohl die Staatsbürgerschaft als auch der Geburtsort berücksichtigt werden (Siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Erwerbstätige in Gesundheitsberufen 2011

Erwerbstätige in Gesundheitsberufen 2011 nach Staatsbürgerschaft, Geburtsland und Migrationshintergrund

	Erwerbstätige Gesundheitsb.	Ärzte	Andere Krankenpflege/ Geburtshilfe	Gesundheits- /Krankenpflege	Assistenz- berufe	Betreuung**
Gesamt	294.500	39.300	32.400	90.300	56.500	75.900
Staatsbürgerschaft Ö	265.700	37.000	27.900	81.500	53.700	65.600
Staatsbürgerschaft ausl.	28.700	X	(4.500)	8.700	X	10.300
Geburtsland Ö	244.000	34.000	27.400	74.200	50.800	57.600
Geburtsland ausl.	50.400	(5.300)	(5.000)	16.100	(5.700)	18.300
Kein Migrationshintergr.	241.200	32.900	26.500	74.000	51.600	56.200
Migrationshintergrund	53.200	6.300	(5.900)	16.300	(4.900)	19.800

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2011 (X = statisch nicht interpretierbar, Werte in Klammer stark zufallsbehaftet; *beispielsweise PhysiotherapeutInnen oder ApothekerInnen; **z.B. PflegehelferInnen.

Demzufolge waren im Jahr 2011 294.500 Menschen im Gesundheitsbereich beschäftigt, dies entspricht 7 % der erwerbstätigen Bevölkerung in Österreich. So haben laut Statistik 53.200 Menschen einen Migrationshintergrund, aber nur 28.700 eine ausländische Staatsbürgerschaft. Daraus lässt sich schließen, dass hier sowohl Gesundheitspersonal aus der zweiten Migrantengeneration als auch bereits eingebürgerte Migranten enthalten sind.

Mit der Staatsbürgerschaft als zentrales Kriterium, ergäbe sich eine viel geringere Zahl an Personen mit Migrationshintergrund. Wird das Augenmerk jedoch auf das Geburtsland gelegt, sind 50.400 im Ausland geboren, von denen aber rund die Hälfte schon eine österreichische Staatsbürgerschaft besitzt. Von den aktiven 90.300 Gesundheits-und Krankenpflegerinnen im Jahr 2011 besaßen 8700 eine ausländische Staatsbürgerschaft. 16.100 wurden im Ausland geboren und 16.300 hatten einen Migrationshintergrund.

Werden nun auch noch jene Menschen, die in Betreuungsberufen des Gesundheitswesens tätig sind, betrachtet so stellen diese eine sehr viel größerer Gruppe von insgesamt 75.900 Personen dar. 18.300 davon wurden nicht in Österreich geboren, 10.300 hatten eine ausländische Staatsbürgerschaft und 19.800 hatten einen Migrationshintergrund (vgl. Medienservicestelle 2012).

5.5 Ökonomische Faktoren

Viele Faktoren beeinflussen die Migration von Pflegekräften, die in den letzten Jahren immer mehr zugenommen hat. Neben den demografischen Faktoren, wie der Alterung der Gesellschaft, die eine intensivere Pflege und einen steigenden Bedarf an Pflegeplätzen nach sich zieht, spielen hier auch die ökonomischen Faktoren eine große Rolle. In diesem Kapitel wird intensiv auf den *Mangel an Pflegekräften* eingegangen, da die ungleiche Verteilung von Pflegepersonal zu wachsenden Migrationsströmen führt. Einerseits wird dies durch den persönlichen Versuch der Migranten ihre Lebenssituation zu verbessern verursacht, wobei hier die Unterschiede in der *Entlohnung* der jeweiligen Länder wichtige Faktoren sind. Andererseits versuchen jene Länder, die unter einem Mangel an Pflegepersonal leiden, dieses aus dem Ausland aktiv zu *rekrutieren*. Dies bedarf wiederum der *Integration* dieser ausländischen Arbeitskräfte in das bestehende System. Die genannten Faktoren haben einen großen Einfluss auf die Migration, weshalb im folgenden Kapitel ausführlich auf sie eingegangen wird (vgl. NÖGUS 2007, Karl-Trummer 2010a+b, Bach 2003).

5.5.1 Shortage – Mangel an Pflegekräften

5.5.1.1 Globale Entwicklung

Der Mangel an Pflegekräften ist ein Phänomen das die Gesundheitssysteme der ganzen Welt betrifft. In entwickelten Ländern kommt es periodisch immer wieder zu Engpässen an Pflegekräften und Ärzten, da die Nachfrage schneller wächst als

das Angebot. Oft wird versucht, dieses Problem durch größere Arbeitsmarktförderungen versucht dieses Problem zu lösen.

In den Entwicklungsländern hingegen besteht schon über lange Zeit hinweg ein chronischer Mangel an Pflegepersonal. Dieses Problem beginnt hier schon in den Anfängen, da die Ressourcen zur Ausbildung und Umschulung von qualifiziertem Pflegepersonal einfach nicht zur Verfügung stehen. In den letzten Jahren führten soziale und demographische Veränderungen zu einem signifikanten langfristigen Mangel. Weltweit kommt es durch die steigende Nachfrage und einem sinkendes Angebot zu einem Defizit an Pflegekräften (vgl. Clark et al.2006).

Hierzu ist es wichtig auch die Migration von Pflegepersonal und das „Paradoxon arbeitsloser Pflegekräfte“ in den Ländern mit einem großen Mangel - Shortage - zu betrachten, um verstehen zu können wie soziale Faktoren die Pflegemigration beeinflussen.

Der Migrationsstrom von den Entwicklungsländern in die Industrieländer lässt meist ein ohnehin schon benachteiligtes System zurück. Dadurch verstärkt sich die Arbeitsbelastung der zurückbleibenden Pflegefachkräfte. Dies verringert ihre Arbeitszufriedenheit und die schlechte Stimmung führt zu einer Verschlechterung der gelieferten Pflegequalität. Daraus resultiert wiederum ein verstärktes Begehren des Pflegepersonals nach besseren Arbeitsbedingungen zu suchen, was meist im Ausland erfolgt. Dieser Verlust von Arbeitskräften beeinflusst das Gesundheitssystem negativ, weil es dadurch massiv geschwächt wird, was im extremen Fall an den Todesfällen gemessen werden kann (vgl. Kingma 2008).

Zahlreiche internationale Studien belegen den Einfluss der Pflegekapazität auf die Qualität der Patientenversorgung. Eine höhere Dichte an Pflegepersonal verringert einerseits die Sterblichkeitsrate sowie die Wahrscheinlichkeit medizinischer Komplikationen bei den Patienten und führt in Summe zu einer höheren Pflegequalität.

Andererseits sinkt das Risiko arbeitsbedingter Verletzungen und Gesundheitsprobleme, was insgesamt weniger Fehlzeiten am Arbeitsplatz zur Folge hat. Höhere Personalstände und die damit verbundene Entlastung

verringern den Arbeitsdruck auf den Einzelnen und kommen so Patienten und Pflegekräften gleichermaßen zugute (vgl. Simoens et al. 2005).

Obwohl die absolute Anzahl an registrierten Pflegefachkräften steigt, hat das unzureichende Angebot global seine Spuren hinterlassen. Sowohl in Industrie- als auch Entwicklungsländern werden hohe Raten an freien Arbeitsstellen in der Pflege beobachtet. In den USA spricht man von rund 1,2 Millionen Pflegekräften die im Jahr 2014 fehlen werden.

Obwohl dieser Mangel an Pflegekräften existiert, sind in vielen Entwicklungsländern und sogar in einigen Industriestaaten (z.B. Kanada) qualifizierte professionelle Pflegekräfte ohne fixe Arbeitsstelle. Hierbei handelt es sich um ein modernes Paradoxon, in welchem arbeitswillige Pflegekräfte, vom dortigen Gesundheitssystem nicht aufgenommen werden können, da die nötigen Geldmittel fehlen oder aufgrund von Einschränkungen durch Gesundheitsreformen.

In Tanzania, den Philippinen oder Teilen von Osteuropa arbeiten einige Pflegekräfte sogar unentgeltlich, um ihre Kompetenzen nicht zu verlieren und eine Chance auf die nächste freiwerdende Arbeitsstelle zu bekommen.

Das Ausmaß der Migration wird von denselben Faktoren beeinflusst, die für die hohe Anzahl an freien Stellen und den Arbeitskräfteabgang im Gesundheitssystem verantwortlich sind (vgl. Kingma 2008).

5.5.1.2 Entwicklung in Österreich

Lag der Anteil der über 60-Jährigen in Österreich im Jahr 2006 noch bei 21,9 %, so wird bis 2030 ein Zuwachs dieser Bevölkerungsgruppe um 55 % prognostiziert, was dann einem Bevölkerungsanteil von 31,3 % entspricht (vgl. Statistik Austria Demographisches Jahrbuch 2006 und 2012).

Unter diesem Gesichtspunkt wurden in einer Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung folgende Szenarien veranschaulicht.

Im Szenario „Status quo“ erfolgten die Berechnungen rein aufgrund der demographischen Entwicklungen. Es wird von gleichbleibenden Pflegehäufigkeiten und Pflegeintensitäten ausgegangen. Dem „Better Health“-Szenario liegt die Annahme zugrunde, dass mit der Lebenserwartung auch die Lebensjahre in guter Gesundheit steigen, was als Kompression der Morbidität bezeichnet wird.

Stellt man nun diese beiden Szenarien gegenüber, so wird deutlich, welchen großen Einfluss die unterschiedlichen Annahmen bezüglich der Zunahme der Pflegebedürftigen haben.

Wird von rund 400.000 Pflegebedürftigen im Jahr 2006 ausgegangen, so erhöht sich deren Anzahl laut Berechnungen des „Status quo“-Szenarios um 66,5 %. Demgegenüber liegt den Berechnungen des „Better Health“-Szenario zufolge die Steigerung bei „nur“ 41,3 %.

Doch unabhängig davon, welche Variante zur Betrachtung künftiger Entwicklungen herangezogen wird, ist eindeutig ersichtlich, dass die Auseinandersetzung mit der Pflege als ein zentrales Zukunftsthema unumgänglich ist (vgl. Badelt et al. 1997, Mühlberger et al. 2008).

Neben der steigenden Zahl Pflegebedürftiger wird in Zukunft auch ein drastischer Rückgang im Bereich der informellen Pflege zu erwarten sein. Dies lässt sich sowohl auf die demographische Entwicklung als auch auf veränderte soziale Faktoren zurückführen. Einer der Gründe ist die vermehrte Arbeitsmarktbeteiligung der Frauen, deren Erwerbsquote allein in den Jahren von 1981 bis 2001 von 54 auf 65 Prozent anstieg. Weitere Einfluss nehmende Faktoren stellen die niedrige Geburtenrate und die geringe Heiratsneigung dar. Darüber hinaus zeigt eine Eurobarometer-Umfrage, dass immer weniger Menschen in Österreich die Pflege im Familienkreis befürworten.

Alle diese Umstände tragen zu einer Verringerung des Anteils der Angehörigenpflege bei, was in weiterer Folge eine Verlagerung von der familiären hin zur formellen Pflege nach sich ziehen wird (vgl. Schneider et al. 2006, Ruddy et al. 2008).

Angesichts dieser Entwicklungen wird die Nachfrage nach Arbeitskräften im Bereich der Pflege weiterhin ansteigen.

Das Sozialministerium prognostiziert einen zunehmenden Mangel an Fachkräften im Gesundheitsbereich. So fehlen bis 2020 rund 13.000 Personen in der Langzeitpflege, 6.600 im stationären Bereich und 6.400 in der mobilen Pflege und Betreuung (vgl. ÖGB 2012).

Durch die Alterung unserer Gesellschaft und die Veränderung der Strukturen wird der Bedarf an Pflege und Betreuung stark ansteigen.

Doch nicht nur die Pflegebedürftigen werden immer älter, sondern auch die Gesundheitsfachkräfte, die diese höhere Nachfrage an Gesundheits- und Pflegeleistungen abdecken sollen. Die sogenannte „Ergrauung“ des Pflegepersonals ist in Ländern wie Dänemark, Island, Norwegen, Schweden und Frankreich bereits zu beobachten. So beträgt das durchschnittliche Alter der Pflegekräfte rund 41 bis 45 Jahre. Eine von 5 Pflegekräften im Vereinigten Königreich ist sogar älter als 50 Jahre und mehr als die Hälfte hat die 40 schon überschritten (vgl. Karl-Trummer 2010a).

Nicht nur, dass das Personal immer älter wird, auch der Nachwuchs ist nicht garantiert. Schon jetzt zeichnet sich ein Rückgang bei den jungen Fachkräften ab. Ein Grund hierfür ist, dass das Interesse an den Pflegeberufen nachgelassen hat. Dabei spielen die hohen Belastungen, die der Beruf mit sich bringt eine wesentliche Rolle. Die hohe psychische Belastung, durch das Arbeiten mit kranken und sterbenden Patienten sowie deren Angehörigen, und auch die physische Belastung, zum Beispiel durch schweres Heben, sind Arbeitsbedingungen, die das Berufsfeld der Pflege für junge Menschen unattraktiv machen. Dazu kommen noch mangelnde Karrierechancen und niedrige Entlohnung.

Auch bestehendes Pflegepersonal wechselt oft nach einigen Jahren die Branche, wenn gesundheitliche Schäden und die emotionale Erschöpfung es nicht länger zulassen, diesen Beruf auszuüben (vgl. Tupy 2010, ÖAK 2010, ÖGB 2012).

Der Gesundheitsbereich wird von der ILO, als ein stark globalisierter Arbeitsmarkt beschrieben. Er gehört zu den Sektoren, deren Bedarf an Arbeitskräften in Zukunft

maßgeblich ansteigen wird. Diese können jedoch, aus den vorher genannten Gründen, nicht mehr am heimischen Arbeitsmarkt rekrutiert werden.

Um den Pflegekräftemangel in jenen europäischen Ländern mit der zuvor beschriebenen demografischen Entwicklung ausgleichen zu können, werden diese auch in Zukunft die Zuwanderung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland aktiv fördern. Ursache und logische Konsequenz eines Mangels in einem globalisierten Arbeitsmarkt ist somit die steigende Migration von Pflegepersonal.

2006 wurde der globale Mangel an Gesundheitspersonal auf über 4,3 Millionen Personen geschätzt. Sehr stark betroffen waren einkommensschwache Länder, 36 von 57 Ländern mit kritischer Knappheit betrafen subsaharische Länder.

Weltweit gesehen wird die Entwicklung des Personalmangels für 2020 in der EU auf rund 1 Million fehlende Arbeitskräfte im Gesundheitsbereich geschätzt. Davon entfallen circa 590.000 auf Pflegekräfte, weshalb dann 15 % der anfallenden Pflegeleistungen nicht erbracht werden können.

Daher ist eine der wichtigen Aufgaben der Politik der Europäischen Union, die aktive Aufnahme und die Integration von Migranten als Arbeitskräfte zu fördern. Durch die künftig steigende Nachfrage am europäischen Arbeitsmarkt, wird die wirtschaftliche und soziale Eingliederung von qualifiziertem Pflegepersonal aus dem Ausland eine dringende Notwendigkeit sein.

Die Arbeit im Gesundheitsbereich, insbesondere jene im Bereich der Pflege, stellt ein speziell belastendes Setting dar. Die schon weiter oben genannten Faktoren der psychischen und physischen Belastungen im Arbeitsalltag bedeuten eine große Herausforderung für das Pflegepersonal und sollten zukünftig für kulturell heterogene Pflegeteams weitgehend limitiert werden, was nicht nur die Leistungsfähigkeit fördert sondern auch die Gesundheit der Mitarbeiter bedeutend weniger gefährdet (vgl. Karl-Trummer 2010a).

Migrantische Pflegekräfte in den österreichischen Arbeitsmarkt zu integrieren bietet die Möglichkeit dadurch die Personalknappheit auszugleichen und die im Ausland erworbene Bildungsinvestition zu nutzen. Somit werden Humanressourcen gewonnen, ohne zuvor in das Humankapital investieren zu

müssen. Außerdem können Pflegekräfte mit Migrationshintergrund wesentlich dazu beitragen, der wachsenden ethno-kulturellen Vielfalt von Klienten angemessen zu begegnen. Darüber hinaus stellen „bikulturelle Kompetenzen“ einen Gewinn für multikulturelle Pfllegeteams dar (vgl. Karl-Trummer 2010b).

5.5.1.3 Integration von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund

Damit Integration möglich wird, müssen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund voll eingebunden werden, doch stellt sich die Frage nach der Definition und der tatsächlichen Bedeutung des sooft verwendeten Begriffes der Integration.

Karl-Trummer (2010b) übersetzt hierzu eine sehr treffende Definition von Bosswick & Heckmann (2006):

„Integration ist ein interaktiver Prozess zwischen ImmigrantInnen und der Aufnahmegesellschaft. Für die ImmigrantInnen bedeutet Integration den Prozess des Erlernens einer neuen Kultur, den Erwerb von Rechten und Pflichten, den Zugang zu Positionen und sozialem Status, Aufbau persönlicher Beziehungen mit den Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft und die Entwicklung des Gefühls der Zugehörigkeit zu und Identifikation mit dieser Gesellschaft. Für die Gesellschaft des Gastlandes bedeutet Integration eine Öffnung der Institutionen und die Gewährung von Chancengleichheit für ImmigrantInnen. In dieser Wechselwirkung hat jedoch die Aufnahmegesellschaft mehr Macht und mehr Prestige (eigene Übersetzung nach Bosswick/Heckmann 2006: 11).“ (Trummer 2010b; S.113)

Im Jahr 2009 wurde zum Thema der Integration von migrantischen Pflegekräften am Institut für Pflegewissenschaften der Universität Wien eine Studie durchgeführt. In 43 biografischen Interviews zu persönlichen Migrations- und Integrationserfahrungen wurden Inhalte zu Migrationshintergrund, Arbeit, Ausbildung, Lebenswelt sowie beruflichem und privatem Ausblick erhoben.

In der Ersten Phase des Integrationsprozesses benötigen diese Pflegekräfte mit Migrationshintergrund Unterstützung in ihrem neuen Arbeitsumfeld und ihren Aufgaben. Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass sie diese am meisten von hilfsbereiten Kollegen erfahren, weniger von Vorgesetzten. Patienten befinden sich in der Rolle des „Kunden“ und haben deshalb mit der Unterstützung wenig zu tun. Außerdem geht hervor, dass diese Pflegekräfte meist auf sich gestellt sind und sich die neuen Aufgaben durch „learning by doing“ selbst beibringen.

Ferner zeigen die Ergebnisse der Studie, dass Pflegekräfte aus dem Ausland eine gewisse Disqualifizierung im Beruf erleben, was sich als ein sehr wichtiges Thema bei der Inhaltsanalyse der Interviews abzeichnete. Da die Ausbildungen, die sie im Heimatland gemacht haben hier nicht anerkannt werden und sie deshalb nur niedriger gestellte Positionen einnehmen können. So werden im Ausland ausgebildete Pflegekräfte hierzulande zum Beispiel nur als Pflegehelfer eingesetzt.

Auch Diskriminierung gegenüber Pflegepersonen mit Migrationshintergrund ist ein berichtetes Thema in der Integration. Vor allem dunkelhäutiges Personal ist davon betroffen. Die Pflegepersonen in dieser Erhebung fühlten sich vor allem durch die Patienten diskriminiert, aber auch von den Mitarbeitern diskriminiert, am wenigstens von ihren Vorgesetzten.

Die Sprache ist ein wichtiger Teil in der Integration. Hier wird am Arbeitsplatz verlangt Deutsch zu sprechen, einerseits um die Sprache zu lernen, andererseits um niemanden auszugrenzen. Dies wird auch von den ausländischen Pflegepersonen akzeptiert und sogar sie selbst fordern dies ein, da sie erkennen, dass die Sprache auch eine Barriere darstellt. Doch auf die Muttersprache zu verzichten ist nicht immer leicht, schon gar nicht, wenn das Gegenüber derselben Herkunft ist. Außerdem bedeutet die Muttersprache immer auch ein kleines Stück Heimat.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Integration von Pflegekräften mit Migrationshintergrund sehr stark von deren Eigeninitiative abhängt. Es erfordert große Anstrengungen dieser Pflegepersonen, in dem Bewusstsein, dass ein

wesentlicher Teil der Integration in ihrer persönlichen Verantwortung liegt. Die aktive Integration von Seiten der Gesundheitsorganisationen bleibt weitgehend aus. Von strukturell verankerten Integrationsangeboten und somit Unterstützung im Integrationsprozess wird von den Befragten nicht berichtet. Daher erfahren sie Unterstützung eher zufällig, durch Kollegen, die oft durch einen eigenen Migrationshintergrund diese Situation leichter verstehen und dadurch helfen.

Aufgrund der Ergebnisse wurden Empfehlungen für die Wissenschaft und Praxis erarbeitet, die zu den zukünftigen Entwicklungen zum Thema Integration beitragen können.

So lässt sich von der vorhandenen Wissensbasis ableiten, dass es auch im Gesundheitssystem notwendig wäre, Integrationsmodelle zu etablieren, die den jeweiligen Migrationshintergrund berücksichtigen.

Da in den nächsten Jahren mit einem hohen Zuwachs an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund zu rechnen ist, sollte dieses Thema ins Zentrum der Aufmerksamkeit von Wissenschaft und Praxis rücken.

Dazu sind weitere qualitative und quantitative Studien notwendig, die als Basis für die Entwicklung von Organisation und Arbeitskultur dienen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig Integration als wechselseitigen Prozess wahrzunehmen. Voraussetzung dafür ist eine offene und integrationsbereite Haltung auf beiden Seiten, sowohl bei den zu integrierenden Pflegekräften mit Migrationshintergrund als auch beim aufnehmenden Team (vgl. Karl-Trummer 2010b).

5.5.2 Rekrutierung von Pflegekräften

Die Rekrutierung von Arbeitskräften aus dem Ausland ist ein effektives Mittel, um einen Mangel an Pflegepersonal ausgleichen zu können.

Durch das gesteigerte Bewusstsein für die Migration von Pflegekräften und die Tatsache, dass diese in Zukunft immer mehr zunehmen wird, rückt auch das Thema der „gesteuerten Migration“ in den Fokus der Politik. Dazu erfordert es ein strategisches Herangehen der Regierung, um einerseits die internationale Migration mit den Zielen der Gesundheitspolitik des jeweiligen Landes zu verknüpfen und andererseits die Migrationsströme regulieren zu können, so dass sowohl für die Herkunfts- als auch für die Zielländer einen Nutzen erbracht werden kann.

Abkommen zwischen den Staaten und die Eingliederung eines ethischen Verhaltenskodex in die herrschende nationale Praxis stehen im Mittelpunkt der politischen Möglichkeiten. Dazu gehören auch Maßnahmen, die einerseits die Anzahl international rekrutierter Pflegekräfte, die ins Land kommen, begrenzen; aber auch die Förderungen für das gestiegene Angebot sowohl in den entsendenden als auch empfangenden Ländern (vgl. Bach 2003).

Damit ein globaler Arbeitsmarkt für das Gesundheitswesen existieren kann, müssen verschiedene Konditionen, wie zum Beispiel der wichtige Zugang zu Informationen und die freie Bewegung für Migranten gegeben sein. Diese Bedingungen sind in zunehmendem Maße weltweit vorhanden und in den letzten Jahren ist die Rekrutierung von Pflegefachkräften immer gezielter und aggressiver geworden. Dadurch haben diese vermehrten Zugang zu Informationen über Arbeitsmöglichkeiten und können sich durch Handels- und Immigrationsgesetze frei zwischen den Staaten bewegen.

Clark et al. (2006) beschreiben hierzu zwei Wege der Rekrutierung.

Einerseits existiert die aktive Rekrutierung durch Arbeitgeber oder Agenturen, die immer mehr von Industrieländern genutzt wird, um ausländisches Personal in deren Gesundheitssystem zu integrieren.

Das vereinigte Königreich hat mit dem NHS – National Health Service ein sehr systematisches und koordiniertes Rekrutierungsprogramm geschaffen. Demnach

wird gezielt nach Pflegekräften gesucht, die gewillt sind zu emigrieren und rekrutieren diese sogar in Gruppen von 10 bis 30 Personen aus dem jeweiligen Land. In diesem Prozess werden den Rekrutierten alle Informationen zu Arbeitsort, Unterkunftsmöglichkeiten und dem Einwanderungsverfahren geboten. Außerdem verfügt die NHS über professionelle Berater, die ausländische Arbeitskräfte rekrutieren und eine wichtige Rolle in der Verbreitung der Information in Bezug auf die verfügbaren Möglichkeiten für Pflegekräfte in Übersee übernehmen.

Die zweite Methode der Rekrutierung gestaltet sich etwas passiver. So werden die notwendigen Informationen, die den Immigrationsprozess einleiten sollen, über das Internet verbreitet. Dem ausländischen Pflegepersonal werden die verschiedenen Arbeitsmöglichkeiten in den Industriestaaten über Internetseiten und E-mail nähergebracht, ohne direkten Kontakt zu den Pflegekräften selbst aufzunehmen.

Ein weiterer wichtiger Punkt für einen funktionierenden globalen Arbeitsmarkt im Gesundheitsbereich ist die freie Bewegung von Pflegekräften zwischen den Ländern. Hier gibt es in den meisten Staaten handelspolitische Abkommen, wie zum Beispiel das GATS - „General Agreement on Trade in Services“, die das Migrieren von Pflegekräften erleichtern (vgl. Clark et al. 2006).

Diese Bewegungsfreiheit wird in der EU speziell durch die sogenannte „Arbeitnehmerfreizügigkeit“ gewährleistet, welche in Kapitel 3.4 genauer beschrieben wurde.

5.5.2.1 Ethisch korrektes Rekrutieren von Pflegekräften

Die Qualität der Pflege hängt direkt von der Qualifizierung und dem Engagement des Pflegepersonals ab. Ebenso sorgen gute Arbeitsbedingungen für eine hohe Qualität der Gesundheitsleistungen. Darüber hinaus hat die Migration einen positiven Einfluss auf die multikulturelle Pflegepraxis und bietet neue Lernmöglichkeiten. Einen weiteren Gewinn für die Pflege stellt die zirkuläre

Migration dar, weshalb jene Pflegekräfte unterstützt werden sollen, die in ihr Heimatland zurückkehren wollen.

Jedoch dürfen die negativen Effekte der internationalen Migration nicht übersehen werden. So sinkt beispielsweise die Pflegequalität in jenen Ländern, deren Pflegearbeiterschaft durch die Abwanderung stark dezimiert wurde.

Ungeachtet dessen ist das Rekrutieren von Pflegepersonal in Länder ohne effektive Personalplanung und ohne ernsthafte Auseinandersetzung mit den Ursachen, warum das heimische Pflegepersonal seinen Beruf aufgibt, kritisch zu betrachten.

Gleichermaßen bedenklich ist eine unethische Rekrutierungspraxis, der zufolge Pflegepersonal ausgenutzt oder dazu verleitet wird, Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen anzunehmen, die weder der Qualifikation, noch den Fähigkeiten und Erfahrungen entsprechen.

Daher verlangt die ICN nach einem regulierten Rekrutierungsprozess, der auf Basis ethischer Prinzipien das Treffen von Entscheidungen in Kenntnis der Sachlage anleitet.

Ergänzend soll eine vernünftige Beschäftigungspolitik eingeführt werden, die für Regierung, Arbeitgeber und Pflegekräfte gleichermaßen eine faire, kosteneffektive Rekrutierungs- und Erhaltungspraxis unterstützt.

Folgende Grundprinzipien wurden von der ICN in Bezug auf die ethisch korrekte Rekrutierung implementiert:

- Eine effektive Personalplanung, effizientes Management und nachhaltige Entwicklung, die zu einer nationalen Eigenständigkeit führen: Um Angebot und Nachfrage in Balance zu halten, ist es notwendig nachhaltige Planungs- und Entwicklungsstrategien einzuführen, die regelmäßig überprüft und weitergeführt werden. Zugang zu Fortbildung dient sowohl der Kompetenzerhaltung als auch dem beruflichen Vorankommen und sorgt gleichzeitig für einen hohen Standard der Pflegequalität.

- Zuverlässige Richtlinien für die Pflege: Durch die Umsetzung von Ausbildungsstandards soll sichergestellt werden, dass nur jene Personen als Pflegekräfte eingesetzt werden, die diese Standards erfüllen.
- Zugang zu Vollbeschäftigung: Arbeitssuchende sollen über freie Arbeitsstellen informiert werden. Darüber hinaus soll möglichst vielen Pflegekräften durch erleichternde Maßnahmen, die aktive Teilnahme am Erwerbsleben erleichtert werden. Dies könnten zum Beispiel ein familienfreundliches Arbeitsumfeld oder Wiedereingliederungsprogramme gewährleisten.
- Freizügigkeit: Pflegekräfte haben ein Recht auf Migration. In einer zunehmend multikulturell geprägten Gesellschaft, fungieren migrantische Pflegekräfte als Vermittler zwischen den Kulturen.
- Schutz vor beruflicher Diskriminierung
- Verträge die in gutem Glauben geschlossen werden: Durch umfassende Informationen in Bezug auf Arbeitsplatz, Gesellschaft und Alltag, sollen Pflegekräfte wie Arbeitgeber, vor Falschinformation, irreführenden Ansprüchen und Ausbeutung geschützt werden.
- Gleicher Lohn für gleiche Arbeit
- Zugang zu Beschwerdeverfahren
- Sichere Arbeitsumgebung: Durch geeignete Arbeitnehmerschutzmaßnahmen ist die Gefahr von Arbeitsunfällen oder Gesundheitsrisiken zu minimieren.
- Effektive Einarbeitung/Anleitung/Aufsicht: Damit Pflegekräfte qualitativ gute Leistung erbringen können, ist sowohl eine Einschulung als auch eine konstruktive Betreuung am Arbeitsplatz nötig.

- Probezeiten: In Arbeitsverträgen ist eine Probezeit festzulegen, während dieser das Dienstverhältnis jederzeit von beiden Seiten gelöst werden kann.
- Recht auf arbeitsrechtliche Organisation: Pflegekräfte haben das Recht einer Gewerkschaft beizutreten und sich durch diese in wirtschaftlichen und sozialen Belangen vertreten zu lassen.
- Regelungen zur Anwerbung: Durch eine öffentliche Kontrolle von Arbeitsvermittlungen sollen unethische Praktiken vermieden werden.

Diese ethischen Grundprinzipien sind sowohl im internationalen als auch im innerstaatlichen Kontext zu berücksichtigen. Von deren systematischer Anwendung werden alle beteiligten Parteien profitieren (vgl. ICN 2007).

5.5.3 Entlohnung und Lebensstandard

Die Entwicklungen im Bereich der Migration von Pflegepersonal die sich in der europäischen Union abzeichnen, lassen sich durch die steigende Mobilität erklären. Stärker sind diese Trends in den Grenzgebieten zu Zentraleuropa als zwischen den Grenzen der EU-15 Länder ausgeprägt.

Hierfür sind die Lohnunterschiede zwischen den alten und neuen EU-Mitgliedsländern ausschlaggebend. Schätzungen der Arbeiterkammer zufolge werden die gravierenden Unterschiede in der Entlohnung noch sehr lange in diesem Ausmaß weiterbestehen, da sich die Lohnniveaus nur äußerst langsam angleichen.

So erhält ein Bediensteter in der Slowakei, in Ungarn oder Tschechien nur etwa ein Drittel bis maximal die Hälfte des Einkommens, das er in Österreich für seine Arbeit bekommen würde. Dies wird noch sehr lange einen Anreiz dazu geben in Österreich Arbeit zu suchen (vgl. Arbeiterkammer 2004; NÖGUS 2007).

Die Entscheidung das Heimatland zu verlassen, um zum Beispiel in Österreich zu arbeiten, hängt zu einem Großteil von der Einkommenserwartung im Zielland ab. Das erwartete Einkommen im Ausland minus dem im Inland, die beide vom zu

erwartenden Wachstum und der Arbeitslosigkeit bzw. der Beschäftigungswahrscheinlichkeit abhängen, minus den Migrationskosten müssen einen positiven Saldo ergeben. Ansonsten würden risikoscheue Menschen eher nicht dazu tendieren ihr Heimatland zu verlassen.

Das reale Wohlstandsgefälle, aber auch die Erwartungen, wie sich dieses entwickeln wird, dienen Migranten zur Orientierung. Die Entwicklung der Produktivität, die in Österreich höher als in den mittel- und osteuropäischen Staaten ausfällt, steht im direkten Zusammenhang mit dem realen Wohlstand. Daher bedeutet ein Arbeitsplatz in Österreich ein deutlich höheres Realeinkommen für den Migranten.

Die niedrigere Arbeitslosenquote in unserem Land ist ebenfalls ein Argument für Arbeitsmigranten einzuwandern, da sie sich nicht nur an den Reallohndifferenzen sondern auch an der Wahrscheinlichkeit orientieren, einen Arbeitsplatz zu bekommen.

Darüber hinaus spielen bei der Entscheidung zusätzliche Faktoren, wie umfassende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, eine gute Infrastruktur oder das kulturelle Ambiente eine wesentliche Rolle.

Neben den oben genannten Kriterien hat auch das staatliche Sozialversicherungssystem, also die Höhe der Sozialleistungen, Einfluss auf das Migrationskalkül. Entgegen allgemeiner Erwartungen handelt es sich hier aber nur um einen Nebenaspekt, der befürchtete Sozialtourismus ist ausgeblieben (vgl. BMASK 2009, Haug & Sauer 2006).

So führen zum Beispiel im Bereich der Pflege die dramatischen Sparmaßnahmen zu einer verstärkten Arbeitsmigration.

Aus dem Aktuellen OECD¹- Bericht Health data 2012 geht hervor, dass massive Kürzungen im Bereich der Gesundheitsausgaben erfolgten. So wurden zum Beispiel in Bulgarien die Gehälter des Pflegepersonals 2010 um 10 bis 25 % gekürzt, was eine massive Abwanderung der Pflegefachkräfte zur Folge hatte (vgl. OECD 2012).

¹ OECD - Organisation for Economic Cooperation and Development

Auch in Ländern mit weniger drastischen Späßmaßnahmen steigt der Druck auf das Gesundheitspersonal deutlich an, da auch hier ein verstärkter Trend hin zur Ökonomisierung zu verzeichnen ist (vgl. EHFG 2012).

5.6 Sozio – kulturelle Faktoren

5.6.1 Sprache

Sprache hat in der Migration einen sehr wichtigen Einfluss auf die individuelle sowie die gesellschaftliche Integration eines Individuums. Die Beherrschung der Landessprache ist nicht nur bei Kommunikation im Alltag, sondern auch in Bezug auf Bildung und Arbeitssuche ausschlaggebend. Andere Sprachen können befremdlich wirken und so Abgrenzung oder Diskriminierung hervorrufen und einen erschwerten und ungleichen Zugang zu Bildung, Einkommen und sogar sozialen Kontakten verursachen. Darum steht es im Interesse von Migranten sich die jeweilige Sprache des Landes rasch anzueignen (vgl. Esser 2006).

5.6.1.1 Sprache als Barriere

Besonders im Bereich der Pflege ist Kommunikation ein zentrales Thema. Sprache, Sprachgebrauch und der Erwerb einer neuen Sprache spielen bei der Migration von ausländischem Pflegepersonal eine große Rolle. Zur vollständigen Integration dieser neuen Mitglieder ist ein schnelles Erlernen der Landessprache notwendig, um auch eine erfolgreiche Kommunikation mit Kollegen und Patienten garantieren zu können. Sprache bildet einerseits eine Verbindung in die neue Kultur, andererseits ist die Verwendung der Muttersprache eine Barriere zur Integration in das neue Arbeitsumfeld, und verhindert das Erlernen der neuen Sprache (vgl. Karl-Trummer et al. 2010).

Bei der Kommunikation zwischen zwei Individuen entstehen oft Missverständnisse. Dies wird zusätzlich verstärkt, durch die Vielfalt der Völker, Nationen, Kulturen und Sprachen, die hier aufeinander treffen verstärkt. Auch in interkulturellen Pflorgeteams haben Kommunikation und Interaktion einen

wesentlichen Einfluss auf die Zusammenarbeit und die Pflegepraxis. Sprachbarrieren und unterschiedliche Auffassungen von bestimmten Situationen sind große Hindernisse, die es zu überwinden gilt.

Daher ist es zum Beispiel förderlich im Gespräch über das Gemeinsame einen Zugang zueinander zu finden, wie etwa die gemeinsame Arbeit in der Pflege, angestrebte Pflegeziele oder Patienten. Damit also interkulturelle Beziehungen entstehen können sind mündliche und schriftliche Kenntnisse der Sprache absolut notwendig. Pflegepersonen erlernen die neue Sprache leichter, wenn sie sich in ihrem Umfeld akzeptiert und toleriert fühlen. Die unterschiedliche Sprache stellt sowohl die fremdsprachigen Migranten als auch die einheimischen Pflegepersonen vor große Herausforderungen. Sie müssen ihren Sprachgebrauch den neuen Mitarbeitern anpassen oder langsamer sprechen und empfinden dies als ungewohnt.

Über die Sprache werden soziale Werte, Gefühle, Erwartungen aber auch kulturspezifische Codes übermittelt. Störungen in der Kommunikation können durch unterschiedliche Wahrnehmungen und Interpretationen dieser Botschaften hervorgerufen werden, was in jeder Art von Interaktion geschehen kann. Durch falsch gedeutete nonverbale Kommunikationssignale entstehen oft Konflikte und Missverständnisse.

Meist ist ein eher ungünstiges Kommunikationsverhalten, wie Nicht-Zuhören, Ungeduld, wenige Sprechpausen oder das Sprechen im Dialekt Ursache für Interaktionsstörungen, da fremdsprachige Pflegepersonen hier keine Chance erhalten das Gesagte zu verstehen.

Jede Kultur hat ihre eigene Art der Mimik, Gestik, Ton- und Stimmlage, Körperhaltung, wodurch es im Arbeitsalltag oft zu Missverständnissen und Streit kommen kann. Zum Beispiel, wenn der höflich gesenkte Blick der muslimischen Kollegin von Pflegekräften mit anderem kulturellen Hintergrund, als abweisend, distanziert oder arrogant interpretiert wird.

Daher ist für fremdsprachige Pflegekräfte, bei ihrem Einstieg in den Beruf im fremden Land, die Sprachbarriere eher das kleinere Problem, weil sie sich das Vokabular und die Grammatik durch die Ausführung des Berufes relativ schnell beibringen.

Vielmehr stellt bei der interkulturellen Zusammenarbeit die Interpretation nonverbaler Signale verschiedener Kulturen, sowohl für inländische als auch für ausländische Pflegekräfte, eine erhebliche Schwierigkeit dar.

Bedingt durch Krankheit und psychische Belastung werden nonverbale Faktoren intensiver wahrgenommen. Daher ist es speziell im Bereich der Pflege sehr wichtig diese erkennen und verstehen zu können (vgl. Mucciolo-Madler 2003, Brinek et al. 2010).

Durch die Sprache kann oft auch eine gewisse Macht ausgeübt werden, da Sprachunterschiede maßgeblich zur subtilen Abgrenzung einer Gruppe bezüglich ihrer Macht, Status, Rolle und beruflichen Spezialisierung beitragen. Ein Beispiel hierfür wäre, die Situation in der Pause, wo sich Pflegepersonen in ihrer Sprache und Dialekt unterhalten und die fremdsprachige Pflegeperson ausgeschlossen ist, weil sie nichts verstehen kann (vgl. Mucciolo-Madler 2003).

Speziell für die Pflegeberufe hat die Sprache einen besonderen Stellenwert. Neben einem fundierten Fachwissen ist eine hohe kommunikative Kompetenz im täglichen Umgang mit Patienten, Kollegen und anderem Fachpersonal notwendig. In Österreich mangelt es jedoch an einem institutionalisierten Sprachförderungsprogramm für fremdsprachige Pflegekräfte und berufsorientierte Deutschkurse werden nur vereinzelt an Volkshochschulen angeboten.

Das Pflegepersonal von heute muss kommunikativ vieles leisten. Der Umgang mit Patienten aller Altersgruppen, mit unterschiedlicher Herkunft, Bildung und Kultur aber auch mit deren Angehörigen erfordert ein angemessenes Sprachniveau um sich entsprechend verständigen zu können. Ebenso verhält es sich mit Kollegen und diversen anderen Berufsgruppen.

Darüber hinaus ist es wichtig die Sprache auch in schriftlicher Form zu beherrschen. Ein Beispiel wäre hier die Pflegedokumentation, wo auch fremdsprachiges Pflegepersonal in der Lage sein muss, Diagnosen und Pflegehandlungen in der Fachsprache genau zu beschreiben.

Eine vernünftige, strukturierte und verständliche Ausdrucksweise ist das, was unter kommunikativer Kompetenz verstanden wird. Voraussetzung hierfür ist ein eingehendes Verständnis nicht nur der Standardsprache sondern auch ihrer Dialekte und der Fachsprache.

Laut Haider (2004) besteht ein großer Bedarf an berufsorientierten Deutschkursen, da die Anzahl der Pflegekräfte aus dem Ausland steigt und diese für eine professionelle Arbeitsleistung auch eine fundierte sprachliche Qualifikation benötigen. Ein Vorschlag um dies erreichen zu können, ist fremdsprachiges Pflegepersonal von Anfang an also schon vor der Nostrifikation oder später berufsbegleitend in Sprachkursen zu schulen. Im Zuge dessen können in Zusammenarbeit mit Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich Themenschwerpunkte, wie zum Beispiel die schriftliche Pflegedokumentation gesetzt werden (vgl. Haider 2004).

Aber nicht nur fremdsprachige Pflegekräfte haben aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse in ihrem Arbeitsumfeld Probleme zu verstehen oder sich zu verständigen. Auch mit Patienten aus dem Ausland, die die deutsche Sprache kaum beherrschen, kommt es immer wieder zu Verständigungsproblemen und folglich auch zu Missverständnissen.

Das Gespräch zwischen Pflegefachkraft und Patient ist sehr wichtig, da schon die Antwort auf einfache Fragen wichtige Informationen beinhalten können. Störungen in der Kommunikation haben meist unterschiedliche Sprachen als Ursache. In der Sprache werden subtile Informationen im Kontext mitgesandt, wie die Herkunft, soziale Stellung, Bildung, Alter und Geschlecht sowie die derzeitige Situation des Gesprächspartners im Kontext mitgesandt.

Eine gute Verständigung braucht eine gewisse Vertrautheit dieser gesprächsbestimmenden Zusammenhänge. Insbesondere bei der Vermittlung von emotionalen Inhalten oder in belastenden Situationen ist es wichtig Lösungen zu finden, welche zum Beispiel Dolmetscherdienste liefern können.

Erscheint es unmöglich mit fremdsprachigen Patienten zu kommunizieren, so wirkt sich dies sowohl auf die Pflegeleistung als auch auf den Umgang mit diesen Patienten negativ aus. Die Kommunikation wird deutlich eingeschränkt oder sogar vermieden, wodurch es zur Verminderung der Pflegequalität kommt. Lösungen bieten einige Hilfsmittel wie zum Beispiel Zeichensprache oder auch Bilder- und

Symboltafeln, mit deren Hilfe einfache pflegerische Handlungen erklärt werden können (vgl. Stuker 2001).

5.6.1.2 Dolmetschen in der Pflege

Eine weitere Möglichkeit bietet die Zusammenarbeit mit Dolmetschern. Doch die Situation im Gespräch zwischen zwei Personen verändert sich durch die Teilnahme einer dolmetschenden Person maßgeblich. In einem Patientengespräch ist es sehr wichtig eine Vertrauensbasis aufzubauen, um individuelle Pflege leisten zu können. Eine dritte Person kann in dieser Gesprächssituation als unangenehm empfunden werden. Andererseits kann oft erst durch eine ermöglichte Verständigung das notwendige Vertrauen aufgebaut werden. Einerseits bietet dieses Setting also Möglichkeiten der besseren Verständigung, andererseits bringt es aber auch Schwierigkeiten, da oft zu viel Verantwortung an die Übersetzungshilfe übertragen wird. Die Gesprächssituation verlagert sich von einem direkten Dialog hin zu einer vorwiegend indirekten Besprechung (vgl. Stuker 2001).

Dieser sogenannte „Trialog - der Dialog zu dritt“ stellt für alle Beteiligten eine besondere Situation dar. Hier ist der Dolmetschende nicht nur eine Schnittstelle zwischen Patient und Pflegeperson. Der Dialog wird viel mehr zu einer Kommunikation im Dreieck, wodurch eine bessere Beziehung und Partnerschaft im Gespräch gefördert wird (vgl. Bichoff & Loutan 2000).

Pflegepersonen benötigen ebenso wie dolmetschende Personen benötigen eine individuelle Vorbereitung je nach Inhalt des Gesprächs. Außerdem hängt der Einfluss des Übersetzenden auch von verschiedenen anderen Faktoren wie zum Beispiel den Rahmenbedingungen, dem Ziel des Pflegegesprächs und den Beziehungen zwischen den Beteiligten ab.

Dolmetschen ist ein wichtiges Instrument, um überhaupt eine Verständigung zwischen Pflegeperson und Patient herzustellen und in weiterer Folge eine adäquate Pflegeplanung durchführen zu können, welche die Vorstellungen und Wünsche beider Seiten berücksichtigt. Individuelle Erfahrungen und ein umfassendes Verständnis für Bedeutungen, die zur Erklärung von Krankheiten

notwendig sind, können meist nur auf Ebene der Muttersprache erreicht werden, durch die erst die emotionale Seite des Erlebten im Gespräch Ausdruck finden kann.

Für die Pflegeperson hat diese dritte Person einerseits eine vergünstigende Wirkung, da sie eine vermittelnde Rolle einnimmt und somit die Pflegefachkraft entlastet. Dies stellt eine neue Form von interdisziplinärer Teamarbeit dar und kann als Gewinn werden bei der Behandlung von fremdsprachigen Patienten eingestuft werden. Manchmal fühlen sich Pflegende aber auch durch eine Person, die nicht vom Fach ist, bedroht und kämpfen dann um Aufmerksamkeit. Sie müssen einen Teil ihrer Macht an den Dolmetscher abgeben, was aber nicht eine Abgabe der Verantwortung für den Patienten bedeutet.

Durch die eingehende Kommunikation wird die Patientenzufriedenheit gefördert und außerdem kommt es zu weniger Missverständnissen, was die Frustration auf beiden Seiten reduziert. Erst durch einen intensiven Informationsaustausch über den Gesundheitszustand des Patienten wird eine gute Pflegequalität ermöglicht.

Ausgebildete Dolmetscher helfen hierbei Sprachbarrieren abzubauen. Dazu benötigen sie nicht nur sprachliche Kompetenz sondern auch Bezugswissen und die Fähigkeit dieses einzusetzen. Politische und gesellschaftliche Ereignisse, rechtliche Vorgaben und institutionelle Gegebenheiten sind Gegenstand des Bezugswissens, das dem Gespräch einen Bezugsrahmen verleiht.

Schwierigkeiten in der Arbeit mit Übersetzungshilfen entstehen durch die veränderte Kommunikationssituation. Die Übertragung der einen Sprache in eine andere verursacht immer eine gewisse inhaltliche Verzerrung. Da die Worte nie genau dieselbe Bedeutung haben, kann hier nur eine Adaptierung an die originalen Aussagen erreicht werden. Dies liegt grundsätzlich an der Dolmetschsituation, trotzdem können Inhalte von Mitteilungen auch durch unvollständige Übersetzungen, eigenständige Zusätze oder sogar folgenschwere Veränderungen seitens der dolmetschenden Person verfälscht werden (vgl. Stuker 2001).

Doch für gewöhnlich stehen nicht sofort professionelle Dolmetscher zur Verfügung und es wird auf verfügbare Ressourcen wie zum Beispiel zweisprachiges Pflegepersonal mit Migrationshintergrund zurückgegriffen.

Diese sogenannten „Ad-Hoc Dolmetscher“ werden oft nur aufgrund ihrer Muttersprache zu Gesprächen hinzugezogen, obwohl sie keine Erfahrung im Übersetzen mitbringen und oft selbst nicht fließend Deutsch sprechen. Wenngleich Pflegekräfte auch medizinisches Wissen mitbringen, ist es für sie nicht immer einfach, Fachbegriffe und medizinische Sachverhalte in der eigenen Muttersprache zu benennen, da ihnen häufig das nötige Vokabular fehlt. Vor allem, wenn sie ihre Ausbildung beziehungsweise Teile davon in deutscher Sprache absolvierten.

Eine in Kalifornien durchgeführte Studie zeigt, dass ungeübte, mehrsprachige Pflegepersonen in Gesprächen in denen sie bereits über genügend Information zu Diagnose und Problemen verfügen, eine Fehlerquote von rund einem Drittel erreichen. Bei komplexeren Sachverhalten steigt diese sogar auf zwei Drittel. Dies lässt sich auf das fehlende medizinische Wissen aber auch auf die Ungeübtheit der Pflegepersonen zurückführen.

Einige Wissenschaftler schlagen hierzu vor, die Pflegefachkräfte zu schulen und dann als dolmetschende Pflegenden einzusetzen. Dies erfordert jedoch eine sehr hohe Flexibilität der Einrichtungen und die Zusatztätigkeit des Pflegepersonals müsste auch entsprechend gewürdigt und somit entlohnt werden (vgl. Bischoff et al. 2006, Flubacher 2011; Meyer 2003).

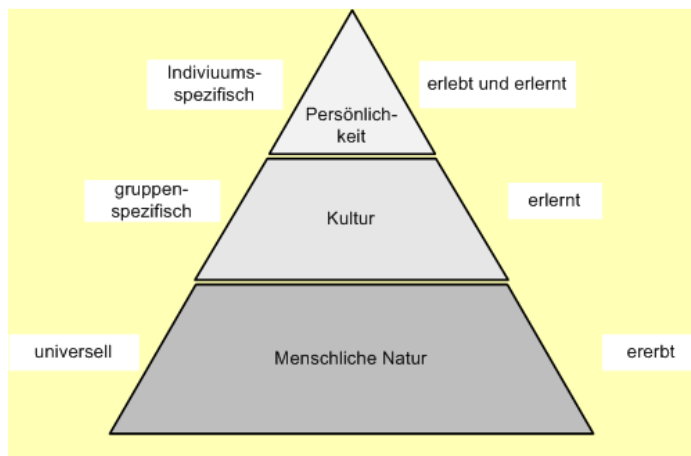
5.6.2 Kultur

Von frühester Kindheit an entwickelt der Mensch im passiven und aktiven Umgang mit anderen Menschen bestimmte Denk-, Fühl- und Handlungsmuster. Er wächst durch die Aneignung von Grundverhaltensweisen und Handlungsgewohnheiten unbewusst in die umgebende Kultur hinein und zu einer handlungsfähigen, soziokulturellen Persönlichkeit heran. Seit jeher betrachten alle Völker der Erde ihr eigenes Land als den Mittelpunkt der Welt und handeln dementsprechend (vgl. Illichmann 1995, Stangl 2008, Hofstede 2011).

In Anlehnung an die moderne Softwareentwicklung definiert der holländische Kulturpsychologe und Sozialwissenschaftler Geert Hofstede Kultur als die "... kollektive Programmierung des Geistes, die die Mitglieder einer Gruppe oder Kategorie von Menschen von einer anderen unterscheidet." (vgl. Hofstede 2011, S. 4)

Kultur ist also erlernt, geprägt vom sozialen Umfeld in dem der Mensch aufwächst und sollte von der menschlichen Natur und der Persönlichkeit des Individuums unterschieden werden (vgl. Hofstede 2011).

Abbildung 5: Hofstede Kulturdimensionen



Quelle: Hofstede 2011

5.6.2.1 Formen kultureller Vielfalt in Teams

Teammitglieder können sehr ähnliche oder auch ganz verschiedene Hintergründe, Erfahrungen und Perspektiven haben. Wenngleich die Unterschiede der einzelnen Teammitglieder verschiedenartig begründet sein können, wird hier das Augenmerk auf die kulturelle Differenzierung gelegt. Demnach können homogene Teams von multikulturellen unterschieden werden, wobei letztere in mehrere Kategorien unterteilt werden können.

- In **homogenen Teams** teilen alle Mitglieder einen ähnlichen Background. Ihre Wahrnehmungen, Interpretationen und Beurteilungen der Welt

stimmen weitgehend überein. Dies wäre zum Beispiel ein Team österreichischer Pflegepersonen, die in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Pflege ähnliche Anschauungen vertreten.

- In **Token Teams** haben bis auf eine Ausnahme alle Teammitglieder denselben Background. Diese eine Person wird verschiedene Situationen und Begebenheiten vermutlich auf eine andere Art und Weise wahrnehmen und verstehen als die übrigen Kollegen. Ein Beispiel hierfür wäre die philippinische Krankenschwester in einer Gruppe österreichischer Pflegefachkräfte.
- Die Mitglieder **bikultureller Teams** repräsentieren zwei verschiedene Kulturen. Hier müssen unentwegt die Sichtweisen beider Kulturen anerkannt und integriert werden. Ist das Verhältnis zwischen den beiden Anteilen unausgewogen, besteht die Gefahr, dass die Kultur der größeren Gruppe dominiert.
- **Multikulturelle Teams** setzen sich aus Mitgliedern zusammen, die aus drei oder mehr unterschiedlichen Kulturkreisen stammen. Für eine effiziente Zusammenarbeit müssen die Perspektiven aller beteiligten Kulturen anerkannt und integriert werden (vgl. Adler & Gundersen 2008).

5.6.2.2 Umgang mit kultureller Vielfalt

Neben der Vielfalt der Teammitglieder ist auch deren Umgang miteinander entscheidend für den Erfolg oder Misserfolg der Zusammenarbeit.

- **Kulturelle Ignoranz** beschreibt die fehlende Wahrnehmung der kulturellen Unterschiede zwischen den einzelnen Teammitgliedern. Jeder handelt nach seinen eigenen Normen und Werten, was massive interkulturelle Konflikte zur Folge hat, die die Zusammenarbeit deutlich beeinträchtigen.
- Unter **kultureller Dominanz** wird die Übermacht einer Kultur verstanden. Während sich deren Normen durchsetzen, müssen sich die anderen Minderheitenkulturen unterordnen. Infolgedessen werden die Ansichten und

Standpunkte der untergeordneten Teammitglieder nicht eingebunden, was negativen Einfluss auf deren Engagement und Bekenntnis zur Gruppe hat.

- Beim **kulturellen Kompromiss** wird ein Mittelweg gesucht, wobei jedoch alle Teammitglieder von ihren gewohnten Normen abweichen müssen.
- **Kulturelle Synergie** ist die effizienteste Form der Zusammenarbeit. Hierbei versuchen die Teammitglieder gemeinsame Regeln zu finden, die sämtliche kulturellen Normen berücksichtigen. Dies erlaubt die Nutzung des kreativen Potenzials aller Beteiligten und Konflikte können weitgehend vermieden werden (vgl. Lehmann & van den Berg 2004).

5.6.2.3 Transkulturelle Kompetenz

Bisher war es nicht möglich, eine einheitliche Terminologie in der Pflege zu etablieren. Die Bezeichnungen multikulturell, interkulturell und transkulturell werden meist synonym verwendet.

Multikulturalität versteht sich im Zusammenhang mit einem gesellschaftlichen Konzept, das vom friedlichen Nebeneinander unterschiedlicher Kulturen ausgeht, während Interkulturalität von der Begegnung verschiedener Kulturen ausgeht und sich mit daraus resultierenden Spannungsfeldern auseinandersetzt.

Demgegenüber beschreibt die Transkulturalität nicht das Nebeneinander beziehungsweise die Unterschiede der Kulturen. Der Fokus wird hier vielmehr auf das Gemeinsame und Verbindende gelegt. Sie ist Aufforderung, aufeinander zuzugehen, einander zu verstehen und so Abgrenzung und Ausgrenzung weitgehend zu vermeiden (vgl. Domenig 2003).

„Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten.“
(Domenig 2003, S. 174)

5.6.2.4 Pflege im kulturellen Kontext

Im deutschsprachigen Raum wird Kultur im Allgemeinen im Zusammenhang mit Höherentwicklung verstanden. Ein gepflegtes Äußeres, gute Manieren, Höflichkeit

und ein gewisses Maß an Bildung zeichnen einen „kultivierten“ Menschen aus. Diese Sichtweise beinhaltet zweifellos wertende Aspekte.

Eine derartige Denkweise birgt in der transkulturellen Pflegesituation ein gewisses Konfliktpotential, ist eine Pflegeperson doch aufgrund ihres Berufsethos zur Gleichbehandlung aller Menschen unabhängig von Rasse, Hautfarbe, Herkunft oder Geschlecht und dergleichen verpflichtet.

Doch auch angesichts dieses persönlichen Zwiespalts, muss die Arbeit am Patienten ebenso wie die Zusammenarbeit mit den Kollegen gelingen.

Ein wesentlicher Aspekt in diesem Kontext ist der bewusste Umgang mit eventuell auftretenden Verdrängungsmechanismen oder Störungen innerhalb der Pflegepraxis.

Da qualitativ hochwertige Pflege nur im Team und unter guter interdisziplinärer Zusammenarbeit gelingen kann, was an sich eine schwer umsetzbare und störanfällige Form der Arbeitsorganisation darstellt, sind die Kooperation aller Beteiligten, eine solide Kommunikationsbasis sowie das Gefühl der Zusammengehörigkeit unumgängliche Voraussetzung.

Die Begegnung mit dem Fremden birgt immer eine gewisse Ambivalenz zwischen Faszination und Bedrohung. Im Grunde hilft das Fremde die eigene Kultur, die individuelle Identität zu erkennen und kann eine wunderbare Bereicherung für beide Seiten darstellen. Der Konfrontation mit dem Unbekannten wohnt aber immer auch ein gewisses Konfliktpotential inne, und es können Misstrauen, Angst, bisweilen sogar Hass und vor allem der Wunsch nach Abgrenzung geweckt werden.

Der Eintritt in eine fremde Kultur bedeutet immer auch eine massive Bedrohung der eigenen Identität. Es kann nicht länger auf vertraute kulturelle Normen und Werte, die durch verschiedene Sozialisierungsprozesse implementiert wurden, zurückgegriffen werden. Diese wichtigen Orientierungshilfen im Alltag und in der Welt verlieren ihre Gültigkeit, vertraute Verhaltensweisen werden ineffektiv (vgl. Mucciolo-Madler 2003).

Bestehen hier zu große Unterschiede zwischen den Kulturen, können Identitätskrisen begleitet von Versagensängsten, Hilflosigkeit und Verzweiflung hervorgerufen werden, was für gewöhnlich in sozialem Rückzug mündet.

Die Wandlung der Identität stellt somit eine äußerst heikle Situation dar, die oft mit Identitätskonflikten, bisweilen sogar mit Identitätsverlusten, und den damit verbunden Ängsten einhergeht.

Fehlt in der Gemeinschaft die Bereitschaft, sich für den „Neuen“ zu öffnen, erfährt dieser Ablehnung und Geringschätzung, so wird er in seiner Würde verletzt, was zu Verunsicherung, Selbstzweifeln und sogar bis zum Kulturschock führen kann.

Anerkennung und Zugehörigkeit sind existentielle Bedürfnisse, die unabhängig von der jeweiligen Kultur, für jedes Individuum erstrebenswert sind.

Ebenso verhält es sich mit der Konformität, die die soziale Norm einer jeden Gruppe darstellt. Nichtkonformität wird als unangenehm erlebt und daher in der Regel aus sich heraus vermieden. Etwaige Reaktionen auf nonkonformes Verhalten wären zum Beispiel Scham, Verlegenheit oder extremes Selbstbewusstsein.

Die Schwierigkeit beim Eintritt in eine neue Kultur stellt die Tatsache dar, dass beiden Seiten, die Erwartungen des jeweils anderen unbekannt sind. Darüber hinaus werden kulturelle Codes oder Schlüsselhinweise oft unterschiedlich interpretiert, was wiederum zu Missverständnissen und Spannungen führen kann.

Wie mit Kulturkonflikten umgegangen wird, liegt immer auch an den individuellen Lebenserfahrungen des Einzelnen, anhand derer nach konstruktiven Lösungen gesucht wird.

Konflikte haben dabei eine wesentliche, durchaus positive Funktion. Sie ermöglichen eine unentwegte Auslotung von Status, Macht, Rollen und Normen der einzelnen Gruppenmitglieder und haben in dieser Weise einen wesentlichen Einfluss auf gruppensdynamische Entwicklungen.

Werden Konflikte und Probleme allerdings tabuisiert, löst dies beim Einzelnen das Gefühl von Benachteiligung aus. Er fühlt sich unbeachtet und unverstanden, was in weiterer Folge das Verdrängungsverhalten fördert. Zugleich können

Verunsicherung und Angst, aber auch Aggression und Feindseligkeit verstärkt werden, was wiederum den sozialen Rückzug begünstigt.

Diese Zusammenhänge machen deutlich, wie wichtig es ist, Schwierigkeiten und Spannungen frühzeitig anzusprechen, da sie andernfalls als latenter Störfaktor, bevorzugt auf emotionaler Ebene, erhalten bleiben. Wesentlich ist hier die Schaffung eines adäquaten Rahmens, sodass Reflexion in angstfreier Umgebung geschehen kann.

Der offene Umgang mit Konflikten, eine gute Kommunikationskultur sowie ein professionelles Fehlermanagement sind demnach elementare Bedingungen für das Gelingen von multikultureller Teamarbeit.

Entscheidend für die Überwindung von Grenzen und Barrieren ist die Entwicklung eines „Wir-Gefühls“. Der Zusammenhalt einer Gruppe beruht auf geteilten Werten und wird durch das Wachsen kultureller Gemeinsamkeiten oder die gemeinschaftliche Bewältigung von Herausforderungen grundlegend gestärkt. Eine derartige Verbundenheit lässt kulturübergreifende Identität entstehen (vgl. Mucciolo-Madler 2003).

In der Pflege sind dort, wo es um wissenschaftlich begründete, kognitive Inhalte geht Gemeinsamkeiten leicht zu finden. Dazu gehören beispielsweise das Anlegen eines sterilen Verbandes oder die Beurteilung einer pathologischen Pulsfrequenz.

Bedeutend schwieriger fällt dies was die Diskussion über Gesundheit und Krankheit, den Sinn des Lebens, den Jenseitsglauben oder Sitten und Bräuche anbelangt, also in Bezug auf emotionale und zwischenmenschliche Aspekte.

Hier ist kulturelles Fingerspitzengefühl gefragt. Qualitäten wie Sensibilität, Wertschätzung und Toleranz sind ebenso nötig, wie eine Geisteshaltung, in der Normen und Werte aller Kulturen als gleichwertig angesehen werden.

Im Gegensatz dazu steht die ethnozentristische Denkweise, die die eigenen Normen und Werte als überlegen betrachtet. Andere Kulturen werden demnach als unterlegen angesehen, was zu einer verzerrten, mit Vorurteilen behafteten Wahrnehmung führt, die sich immer wieder selbst bestätigt.

Im Gesundheits- und Pflegebereich birgt dies die Gefahr, dass Probleme einseitig interpretiert und Pflegehandlungen unsachgemäß ausgeführt werden. Aus dieser Perspektive heraus wird auch die Arbeitsqualität von Kollegen größtenteils unterbewertet.

Die erfolgreiche Aufnahme in eine Gruppe hängt neben der gemeinsamen Sprache auch wesentlich von der Verweildauer ab. Ist von vornherein absehbar, dass eine neu hinzugekommene Person die Gruppe bald wieder verlassen wird, scheint der Aufwand rund um Einarbeitung und Eingliederung wenig lohnenswert und hält sich demzufolge meist in Grenzen.

Eine hohe Mitarbeiterfluktuation stellt also eine äußerst belastende Situation sowohl für das Team als auch für den Betroffenen dar.

Arbeitsinhalte, Aufgabenzuteilung sowie Arbeitsabläufe und Befugnisse müssen für neu eintretende Personen anhand genauer Definition von Ausbildungsinhalten und Qualifikationsprofilen sowie einer detaillierten Beschreibung aller Arbeitsabläufe eingehend erläutert werden.

Stammen Pflegepersonen aus ökonomisch ärmeren Regionen, weisen sie häufig eine mangelnde Erfahrung im Umgang mit technischen Geräten auf, was nicht mit grundsätzlicher Unfähigkeit gleichgesetzt werden darf. Der Umgang mit der Technik sollte in diesem Fall nicht überbewertet und der Fokus auf andere praktische Erfahrungen gelegt werden.

In einer Arbeitssituation wo nicht die Fähigkeiten des Einzelnen geschätzt, sondern vermehrt Unzulänglichkeiten beziehungsweise die Unterschiede bezüglich der Ausbildungsqualität in den Vordergrund gestellt werden, haben einen negativen Effekt auf die Zusammenarbeit.

Besondere kulturelle Kompetenz ist bei der Beurteilung von Pflegequalität und Arbeitsgüte gefragt. Jede diesbezügliche Kritik muss unter Berücksichtigung des jeweiligen kulturspezifischen Wertmaßstabs erfolgen, um Differenzen im Selbst- und Fremdbild weitgehend zu vermeiden.

Internationale Normen und Richtlinien sind speziell für die interkulturelle Pflegearbeit wichtige Orientierungshilfen. Aus diesem Grund sind ICN und WHO seit Jahrzehnten mit der globalen Vereinheitlichung der Pflegesprache sowie den Ausbildungsinhalten beschäftigt.

Immer wieder müssen hier gesetzliche Bestimmungen als Basis für Normen herangezogen werden, so zum Beispiel bei der Beschneidung junger Mädchen oder der Amputation von Gliedmaßen als Bestrafung.

Einige berufsbezogene übergeordnete Wertesysteme, wie zum Beispiel ethische Grundregeln, wurden bereits etabliert und stellen eine allgemeine Grundlage für interkulturelle Kooperationssituationen dar.

Das Miteinander, die Entwicklung eines „Wir-Gefühls“, ist umso wichtiger je heterogener ein Pflorgeteam zusammengesetzt ist. Wesentliche Faktoren sind in diesem Zusammenhang die Arbeit an gemeinsamen Themen und Zielsetzungen sowie eine gute Kommunikations- und Konfliktkultur, die das vorbehaltlose Ansprechen von Problemen und Spannungen ermöglicht.

Kommunikationsfördernde Aktivitäten wie gemeinsames Kochen, der Austausch alternativer Pflegemethoden sowie die gegenseitige Beratung stellen weitere teambildende Faktoren dar, die die Integration migrantischer Pflegekräfte erleichtern.

Besonderes Augenmerk sollte außerdem auf die Nutzung der zahlreichen Möglichkeiten voneinander zu lernen gelegt werden, die sich in der Vielfalt der Teammitglieder begründen (vgl. Mucciolo-Madler 2003).

Oberstes Ziel ist die Entwicklung transkultureller Kompetenzen. Dazu gehört die Auseinandersetzung mit kulturellen Zusammenhängen ebenso wie mit der eigenen kulturellen Prägung und deren Auswirkungen auf das Alltagshandeln. Darüber hinaus unterstützt umfangreiches Hintergrundwissen, wie Informationen über migrationsspezifische Lebensbedingungen, Diskriminierung und Rassismus ebenso wie Kenntnisse über psychische Erkrankungen im Migrationskontext oder Unterschiede in der sozialen Organisation das Verständnis für Migranten und ihre Geschichte (vgl. Mucciolo-Madler 2003, Domenig 2003).

Insbesondere Pflegepersonen in leitenden Funktionen müssen neben der Fach- und Leitungskompetenz eine ausgeprägte Sozial- oder besser noch Kulturkompetenz entwickeln. Kulturelle Konflikte müssen wahrgenommen, angesprochen und bearbeitet sowie gemeinsame Inhalte und Zielsetzungen konzipiert werden, um einen konstruktiven Umgang miteinander zu finden, in dem niemand diskriminiert wird. Nur so kann die Integration aller Teammitglieder gelingen. (vgl. Dühring 2003, Domenig 2003)

Die Arbeit in einem multikulturellen Team stellt einen fortwährenden Lernprozess dar, der eine Menge Eigenverantwortlichkeit erfordert. Zentraler Punkt ist das Bewusstwerden der eigenen Subjektivität.

Die Balance zwischen sich einlassen und bewusster Abgrenzung im Verlauf des wechselseitigen Aufeinanderzugehens ist eine große Herausforderung, der sich jeder Beteiligte individuell stellen muss (vgl. Mucciolo-Madler 2003).

6 Zusammenfassung und Empfehlungen an die Wissenschaft

Das Phänomen der Migration ist zwar kein neues, aber heutzutage mehr als aktuell. „Migration“ beschreibt die räumliche Veränderung von Personen und deren Übertritt von einer Gesellschaft in eine andere.

Durch die Globalisierung, Industrialisierung und die steigende Mobilität der Bevölkerung hat die Migration neue Dimensionen angenommen. Seit den 50er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts verlassen Menschen verstärkt aus ökonomischen, sozialen oder auch politischen Gründen ihr Heimatland. Insbesondere durch die Wanderung von Arbeitskräften wurden die Prozesse der Industrialisierung verstärkt. Diese Migrationsströme brachten viele Menschen in moderne Gesellschaften, was maßgebliche Auswirkungen auch auf den Bereich der Gesundheitsberufe hatte.

Die Migration brachte neue Arbeitskräfte vorwiegend in die englischsprachigen europäischen Länder. Auch nach Österreich migrieren seither kontinuierlich ausländische Pflegefachkräfte vorrangig aus Ländern, wie Polen, Deutschland, Indien und den Philippinen. Wie aus der Literatur hervorgeht, bringt dies wichtige Vorteile für das Aufnahmeland mit sich. Einen direkten Nutzen aus der Migration können die Zielländer durch den sogenannte „brain gain“ ziehen, da sie von den im Ausland ausgebildeten Migranten und deren mitgebrachten Fähigkeiten und Kenntnissen profitieren.

Insbesondere in der Pflege zeichnet sich durch die gewonnenen Fachkräfte ein positiver Einfluss auf dem Arbeitsmarkt der Zielländer ab. Die Philippinen nutzen diese Arbeitsmigration und sehen die Investition in die Ausbildung der Pflegekräfte als wirtschaftlichen Zweig. Sie fördern die Abwanderung aus ihrem Land und können dadurch auch ihren Arbeitsmarkt entlasten.

Doch für andere Herkunftsländer stellt die Migration von Pflegefachkräften einen großen Verlust dar. Dies wird in der Literatur „brain drain“ genannt, der Verlust von Wissen durch Migration. Besonders in verschiedenen afrikanischen Ländern kommt es dadurch zu Schwierigkeiten in der Gesundheitsversorgung. Die zuvor unter hohem Kostenaufwand ausgebildeten Pflegekräfte gehen ans Ausland

verloren. Die Verluste durch Arbeitsmigration werden als Humankapitalverlust beschrieben. Daraus kann eine Personalknappheit im Land resultieren, vor allem in den für die Entwicklung wichtigen Sektoren wie Gesundheit, Bildung und Verwaltung und es kommt zu einem Werteabfluss aus den Herkunfts- in die Zielländer.

Andererseits besteht die Möglichkeit, dass Migranten wieder in ihr Heimatland zurückkehren. Diese bringen somit neu erlerntes Wissen und erweiterte Fähigkeiten zurück ins Land und fungieren wiederum als Ressourcen. In diesem Fall spricht die Wissenschaft von „brain circulation“.

Daher kann Migration also nicht nur als einseitiger Transfer von Kenntnissen gesehen werden sondern auch als zirkulärer Prozess, da im besten Fall die Ressourcen zurückkehren und dann sinnvoll eingesetzt werden können.

Ursachen für die Migration bestehen aus verschiedenen ökonomischen und sozialen Faktoren, die in der Literatur als „push“ und „pull“ Faktoren beschrieben werden. Zu den Push-Faktoren gehören zum Beispiel die schlechte Bezahlung, Arbeitsbedingungen und Aufstiegsmöglichkeiten sowie die Lebensverhältnisse, die Menschen dazu antreiben das Land zu verlassen. Pull-Faktoren, sind Bedingungen im Zielland, die Arbeitskräfte dazu motivieren in dieses Land zu migrieren, da sie sich bessere Konditionen, wie ein höheres Einkommen und einen besseren Lebensstandard erhoffen.

Österreich kann auf eine lange Tradition als Einwanderungsland zurückblicken. Schon nach dem 2. Weltkrieg kamen viele Zuwanderer aufgrund des großen Arbeitskräftebedarfs im Zuge des Wiederaufbaus ins Land. Während diese zu Beginn hauptsächlich aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei stammten, kommt heute der Großteil aus EU-Ländern wie Polen und Deutschland. Seit der letzten EU-Erweiterung 2007 gewinnt Österreich als Zielland auch zunehmend an Attraktivität für die mittel- und osteuropäischen Reformstaaten wie zum Beispiel Rumänien.

Viele der frühen Zuwanderer wurden aktiv als sogenannte „Gastarbeiter“ angeworben. Die Idee hinter der Rekrutierung war, diese Menschen für eine gewisse Zeit ins Land zu holen. Es wurde davon ausgegangen, dass diese später wieder in ihre Heimatländer zurückkehren, um dort ihren Lebensabend zu verbringen. Doch in der langen Zeit, die sie in Österreich lebten, wurden sie in ein

gut funktionierendes soziales Netzwerk integriert. Anstatt wieder nach Hause zurückzukehren, holten viele von ihnen ihre Familien nach, was zu einer sogenannten Kettenmigration führte.

Aufgrund der zunehmenden Zuwanderung wurde die Schaffung von Rahmenbedingungen zur Regulierung der Immigration immer mehr notwendig. Heute wird die Zuwanderung durch das Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG) geregelt.

Derzeit leben in etwa 1,3 Millionen Menschen ausländischer Herkunft in Österreich, was einem Anteil von rund 18 % der Gesamtbevölkerung entspricht. Wird auch die zweite Generation der Zuwanderer berücksichtigt, so beträgt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund annähernd 19 % der österreichischen Bevölkerung. Der größte Anteil der Bevölkerung ausländischer Herkunft lebt in den Ballungsräumen.

Beobachtet man die demografische Entwicklung der Bevölkerung so zeigt sich eine deutliche Veränderung der Altersstruktur. Während die Geburtenrate nachhaltig sinkt und die Anzahl der Erwerbstätigen stetig abnimmt, steigt die Zahl der Betagten und Hochbetagten rasant an. Bis zum Jahr 2060 wird der Anteil der über 65-Jährigen auf rund 29 % anwachsen.

Von der Entwicklung der Altersstruktur kann abgeleitet werden, dass in Zukunft mit einer höheren Zahl an Pflegebedürftigen zu rechnen ist, da im fortgeschrittenen Alter häufiger Krankheiten mit nachfolgendem Pflegebedarf auftreten.

Derzeit sind in Österreich rund 400.000 Menschen hilfs- und pflegebedürftig. Deren Zahl wird Schätzungen zufolge bis zum Jahr 2041 auf circa 630.000 bis 713.000 ansteigen. Anhand dieser Zahlen muss in Zukunft mit einem zunehmenden Bedarf an Pflegepersonal gerechnet werden. Dieser wird zusätzlich noch durch die Verlagerung von der familiären hin zur formellen Pflege verstärkt, was sich in der vermehrten Erwerbstätigkeit der Frauen, einer sinkenden Geburtenrate und der verringerten Bereitschaft zur Pflege im Familienkreis begründet.

Während sich schon jetzt ein Personalmangel im Bereich der Pflege abzeichnet, so werden laut Sozialministerium bis zum Jahr 2020 rund 26.000 Pflegekräfte im Gesundheitsbereich fehlen. Verstärkt wird dies nicht nur durch die Alterung der Bevölkerung. Auch das Pflegepersonal wird zunehmend älter und ist mit der

höheren Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen bald überfordert. Außerdem bleibt der Nachwuchs in diesem Berufsfeld aus, da Arbeitsbedingungen wie große körperliche und psychische Belastungen das Berufsfeld der Pflege für junge Menschen unattraktiv machen. Aus denselben Gründen kann in diesem Arbeitsfeld eine hohe Drop-Out-Rate beobachtet werden.

Daher wird es für Österreich unumgänglich werden, die aktive Aufnahme und die Integration von Migranten als Arbeitskräfte zu fördern, um dem Mangel an Pflegekräften entgegensteuern zu können.

Dadurch werden Humanressourcen gewonnen, ohne eine intensive Investition in die Ausbildung tätigen zu müssen. Darüber hinaus können Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ein großer Gewinn für multikulturelle Pflegeteams darstellen. Durch ihre „bikulturellen Kompetenzen“ sind sie am besten geeignet mit der wachsenden ethno-kulturellen Vielfalt der Klienten umzugehen.

Der Arbeitskräftemangel im Bereich der Pflege betrifft aber nicht nur Österreich, sondern kann global in dieser Art beobachtet werden. In den Entwicklungsländern werden die Gesundheitssysteme durch die Abwanderung von Pflegepersonal geschwächt und die Pflegequalität dadurch erheblich gemindert, da sie in direktem Zusammenhang zur Dichte an Pflegepersonal steht. Je mehr Pflegekräfte in Bezug auf eine bestimmte Anzahl von Patienten zur Verfügung stehen, desto höher ist die Qualität der Patientenversorgung. Dies kann durch Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte unterstützt werden.

In diesem Zusammenhang ist die Berücksichtigung der Grundprinzipien in Bezug auf die ethisch korrekte Rekrutierung, wie sie von der ICN formuliert wurden, dringend empfohlen. Demnach ist die Rekrutierung von Pflegepersonal nur sinnvoll, wenn nachhaltige Planungs- und Entwicklungsstrategien vorhanden sind, welche regelmäßig überprüft und auch weitergeführt werden. Außerdem sollte der Zugang zu Fortbildungen zur Verfügung stehen, um die Kompetenzen erhalten und ausweiten zu können und ein berufliches Vorankommen zu fördern, was für einen hohen Standard der Pflegequalität sorgt.

Das Rekrutieren von Pflegepersonal in Länder ohne effektive Personalplanung und ohne ernsthafte Auseinandersetzung mit den Ursachen des Personalmangels, ist äußerst kritisch zu beurteilen. Zuerst sollte im Land an den Hintergründen der Personalverluste, wie zum Beispiel den schlechten Arbeitsbedingungen oder der

zu geringen Entlohnung gearbeitet werden, bevor Personal aus dem Ausland rekrutiert wird, da dieses sonst wiederum nicht auf längere Sicht gehalten werden kann.

Daher ist es wesentlich neben der Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen. Der Auftrag an die Politik ist in diesem Zusammenhang das Ansehen des Pflegeberufs in der Gesellschaft zu fördern und die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Die physischen und psychischen Belastungen, die dieser Beruf mit sich bringt, müssen reduziert werden, was durch einen adäquaten Personalschlüssel erreicht werden kann. Außerdem sollte das Gehalt der Leistung angepasst werden und bessere Karrierechancen geboten werden. Diese Faktoren tragen maßgeblich dazu bei, Berufe im Gesundheitsbereich für junge Menschen attraktiver zu gestalten, sodass diese einen solchen in Zukunft eher ergreifen. Außerdem wird auf diese Weise die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte gesteigert. Dadurch können diese länger im Beruf gehalten werden und die Drop-Out-Rate in diesem Bereich sinkt. Dasselbe gilt für die neuen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, da auch diese durch das bessere Arbeitsumfeld motivierter und länger im Pflegeberuf arbeiten, was in Summe einen erheblich positiven Einfluss auf die Pflegequalität mit sich bringt.

Ein wesentlicher Punkt der in der Literatur wiederholt hervorgehoben wird, ist die Integration der Pflegefachkräfte mit Migrationshintergrund in das Arbeitsumfeld. In diesem Zusammenhang wird mehrfach das Problem der Dequalifizierung von migrantischen Pflegekräften genannt. Oft werden sie weit unter ihrem Qualifikationsniveau eingesetzt. So werden viele von ihnen, die in ihrem Heimatland als diplomierte Pflegekräfte tätig waren, hier nur als Pflegehelfer eingestellt.

Dies liegt meist an dem Problem der Anerkennung ihrer Berufsqualifikation. Ausländische Pflegekräfte müssen, bevor sie am österreichischen Arbeitsmarkt tätig werden können, den Nachweis erbringen, dass ihre Ausbildung den heimischen Standards entspricht. Auch hier wird häufig von Schwierigkeiten berichtet, da der Weg zur Anerkennung eine bürokratische Herausforderung darstellt. Fehlt ein Teil der erforderlichen Ausbildung, so kann dieser nur schwer nachgeholt werden, da das Angebot an gezielten Nachschulungen fehlt.

Deshalb würde die internationale Vereinheitlichung der Ausbildung, wie sie von der ICN und WHO schon seit Langem angestrebt wird, die Anerkennung maßgeblich erleichtern. Auch der Abbau der bürokratischen Hürden ist dringend notwendig. Hier wäre die Einführung zentraler, kompetenter Anlaufstellen für Migranten erforderlich, da die Anforderungen und verschiedenen Zuständigkeiten für fremdsprachige Personen oft sehr unübersichtlich und schwer zu bewältigen sind. Außerdem müsste das Angebot an Nachschulungen erhöht und an die Bedürfnisse der migrantischen Pflegekräfte angepasst werden, um ihnen die Möglichkeit zu geben eine Arbeit anzunehmen, die ihrem Ausbildungsniveau entspricht. Auch die Akademisierung des Pflegeberufes würde das Image und die Anerkennung in der Gesellschaft deutlich anheben.

Leider ist es, wie auch vielfach in der Literatur beklagt, aufgrund der mangelnden Datenlage nicht möglich, konkrete Aussagen in Bezug auf die Beschäftigung migrantischer Pflegekräfte in Österreich zu tätigen. Diesbezüglich wäre die Erhebung konkreter Zahlen dringend erforderlich. Erst wenn bekannt ist wie viele Migranten in welchen Bereichen der Pflege tätig sind und ob sie dort ihrer Qualifikation entsprechend eingesetzt werden, können adäquate und effektive Maßnahmen zur Unterstützung und Integration eingeleitet werden.

Pflegepersonen mit Migrationshintergrund stehen im Beruf einigen Herausforderungen gegenüber. Ein großer Faktor ist hier die Sprache, die sie sich möglichst rasch aneignen müssen. Hierzu wären unterstützende Maßnahmen wie das Angebot geeigneter berufsbegleitender Deutschkurse für Pflegepersonal wichtig. Neben dem Erlernen von Sprache und Schrift sollten auch berufsbezogene Themen wie beispielsweise die Pflegedokumentation Inhalt dieser Schulungen sein. Außerdem ist es absolut notwendig, die kulturellen Unterschiede in der nonverbalen Kommunikation, wie Gestik, Mimik und Körpersprache zu berücksichtigen, da dies maßgeblich zur Verhinderung von Missverständnissen und Konflikten beiträgt. Dies ist gerade in der Pflege ein wichtiger Aspekt, da durch psychische Belastungen und Krankheit die nonverbale Kommunikation verstärkt wahrgenommen wird. Aber auch das heimische Personal sollte für diese kulturbedingten nonverbalen Konfliktpotentiale in der Zusammenarbeit mit fremdsprachigen Pflegekräften sensibilisiert werden.

Andererseits muss auch darauf hingewiesen werden, dass durch die Anpassung des Sprachtempos und der Sprachform, das Verständnis erleichtert wird und dadurch Missverständnisse und Konflikte vermieden werden können.

Aus der Not heraus werden oft zweisprachige Pflegekräfte als sogenannte Ad-hoc Übersetzer herangezogen, was aber nicht ganz unproblematisch ist. Die Fehlerquote einer derartigen Übersetzung ist aufgrund fehlender Schulung oder mangelndem Vokabular meist relativ hoch.

Diesem Problem sollte auf zwei Arten begegnet werden. Einerseits ist die Schulung mehrsprachiger Pflegekräfte notwendig, damit sie im Bedarfsfall rasch und professionell als Übersetzer fungieren können. Gleichzeitig sollte aber auch das Angebot an ausgebildeten Dolmetschern ausgebaut werden, damit eine professionelle Arbeit gewährleistet werden kann. Diese sollten über einschlägige Fachkenntnisse verfügen, um eine etwaige Verzerrung der Übersetzung möglichst gering zu halten. Zusätzlich ist es notwendig, das übrige Personal über die Schwierigkeiten einer Dolmetschsituation aufzuklären und den sogenannten Trialog zu trainieren.

Damit die Zusammenarbeit im multikulturellen Team funktionieren kann und effizient gearbeitet werden kann, muss die Synergie im Team genutzt werden. Das heißt es müssen in der Gruppe gemeinsame Regeln aufgestellt werden, welche alle kulturellen Normen berücksichtigen. Die Entwicklung eines „Wir-Gefühls“ ist essentiell. Dies wird durch gemeinsame Arbeitsziele und die gemeinschaftliche Bewältigung von Herausforderungen gestärkt. Schwieriger ist es im Team emotionale und zwischenmenschliche Aspekte zu besprechen, was aber durch gemeinsame kommunikationsfördernde Aktivitäten verbessert werden kann.

Hierzu ist der offene Umgang mit Problemen und die Entwicklung einer Konfliktkultur wichtig. Spannungen im Team sollten möglichst frühzeitig angesprochen und bearbeitet werden. Dazu benötigt es einen Rahmen, indem angstfrei über Probleme gesprochen werden kann. Nur durch eine gute Führung des Pflegeteams kann die Zusammenarbeit reibungslos funktionieren. Daher benötigt es entsprechende Schulungen für Pflegepersonen in Führungspositionen, um mit potentiellen Konflikten, besonders im kulturellen Kontext, angemessen umgehen zu können.

Auch die Gruppe benötigt eine Begleitung oder Supervision, mit deren Hilfe Probleme besprochen werden die aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten und kulturellen Unterschieden entstehen. Wichtig ist hier, dass sich alle Mitglieder des Teams zuerst mit ihrer eigenen Kultur auseinandersetzen, aber sich auch Hintergrundwissen über die fremde Kultur der anderen Gruppenmitglieder aneignen, um so ein Verständnis für die Situation der migrantischen Pflegekräfte zu entwickeln. Die erfolgreiche Aufnahme von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in eine Gruppe erfordert eine offene und tolerante Haltung aller Beteiligten.

Der Auftrag an die Führungskräfte ist hier, die Mitarbeiterfluktuation so gering wie möglich zu halten, damit sich die Teammitglieder aufeinander einlassen können. Außerdem müssen neuen Pflegekräften mit Migrationshintergrund anhand genauer Definitionen Arbeitsinhalte, Arbeitsabläufe und Aufgabenzuteilungen erläutert werden, um etwaige Konflikte zu vermeiden. Auch Unterschiede in der Ausbildung sollten nicht negativ bewertet werden.

Im Zuge der Integration migrantischer Pflegekräften ist grundsätzlich die besondere Situation in der diese sich befinden zu berücksichtigen. Neben den Belastung durch die Migration selbst müssen sie sich nun in einer völlig neuen Umgebung ohne gewohnte kulturelle Normen und Werte zurechtfinden, was immer mit einem gewissen Identitätsverlust einhergeht.

Abschließend kann gesagt werden, dass aufgrund der Globalisierung und der steigenden Mobilität das Gesellschaftsbild immer mehr multikulturell geprägt ist, was sich nicht nur in den Wartezimmern sondern auch in der Zusammensetzung der Pflegeteams widerspiegelt. Die Zusammenarbeit mit ausländischen Pflegekräften wird zukünftig unerlässlich sein. Generell gesehen sind Pflegekräfte mit Migrationshintergrund mittlerweile unverzichtbar für das Gesundheits- und Pflegesystem.

Die Arbeit im multikulturellen Team ist grundsätzlich eine enorme Bereicherung, stellt aber andererseits die Pflege stets vor neue Herausforderungen.

„Die Pluralität unserer Gesellschaft muss sich auch in ihren Diensten und sozialen Einrichtungen widerspiegeln und bedarf deren interkultureller Öffnung.“
(Memorandum 2009, S. 3)

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Adler, N.; Gundersen, A. (2008). International Dimensions of Organizational Behaviour. Cengage Learning EMEA. USA.
- Badelt, C.; Holzmann-Jenkins, A.; Matul, C.; Österle, A. (1997). Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien.
- Berger, P. L. (1977). Einladung zu Soziologie. Eine humanistische Perspektive. München (orig.: 1963).
- Biffl, G. (2006). WIFO-Weißbuch: Mehr Beschäftigung durch Wachstum auf Basis von Innovation und Qualifikation. Teilstudie 6: Bevölkerungsentwicklung und Migration. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien.
- Biffl, G. & Bock-Schappelwein, J. (2012). Zur Niederlassung von Ausländerinnen und Ausländern in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Wien.
- Biffl, G.; Pfeffer, T.; Skrivanek, I. (2012). Anerkennung ausländischer Qualifikationen und informeller Kompetenzen in Österreich. Endbericht. Donau-Universität Krems. Department für Migration und Globalisierung. Krems.
- Bischoff, A. & Loutan, L. (2000). Mit anderen Worten – Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege. Bern und Genf.
- Bischoff, A.; Steinauer, R.; Kurth, E. (2006). Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen. Forschungsbericht zuhanden des MFH Netzwerks Schweiz. Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel.
- Brinek, T. (2010). Interkulturelle Kommunikation im Pflegebereich. In: Wehner, L.; Brinek, T.; Herdlitzka, M. (Hrsg.) Kreatives Konfliktmanagement im Gesundheits- und Krankenpflegebereich. Gesunde Zwischenmenschlichkeit. (S. 59-60). Springer Wien.
- BMASK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
- Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2007). Artikel 15 Abs. 4. Amtsblatt der Europäischen Union (2007/C 303/01).
- Clark, P.; Stewart, J.; Clark, D. (2006). The globalization of the labour market for health care professionals. International Labour Review, Vol. 145. No.1-2.

- Collatz, J. (1998). Kernprobleme des Krankseins in der Migration - Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. David, M.; Borde, T.; Kentenich, H. (Hrsg.) Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Mabuse – Verlag. Frankfurt am Main.
- Domenig, D. (2003). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, D. (Hrsg.) Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (S. 165-189). Verlag Hans Huber. Bern.
- Dühring, A. (2003). Das multikulturelle Pflorgeteam – Ein Erfahrungsbericht. In: Reuter, U. (Hrsg.) Zukunft der Altenpflege. Neue Perspektiven – Neue Aufgaben (S. 97-104). Erwin-Stauss-Institut. Bremen.
- Elias N. & Scotson J. L. (1990). Etablierte und Außenseiter. Hrsg. und übersetzt von Michael Schröter. Frankfurt am Main.
- Esser, H. (2006). Migration, Sprache und Integration – AKI-Forschungsbilanz 4. Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration. Berlin.
- EU – Europäische Union (2005). Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Amtsblatt der Europäischen Union. (2005/36/EG).
- Flubacher, P. (2011). Wenn uns unsere Patienten nicht verstehen – wenn wir unsere Patienten nicht verstehen. Wechselseitiger Gewinn in der Arzt Patienten-Kommunikation durch Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetschern. Schweiz Med Forum 2011; 11(30–31):520–523.
- Follmar.Otto, P. (2007). Temporäre Arbeitsmigration in die Europäische Union. Menschenrechtliche Anforderungen. Policy Paper No.7. Berlin.
- Han, P. (2005). Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, Politische Konsequenzen. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH. Stuttgart.
- Heberle, R. (1955). Theorie der Wanderungen. Soziologische Betrachtungen. In: Schmollers Jahrbuch für Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirtschaft, 75/ 1.Halbbd. (S. 2).
- Hillmann F. & Rudolph H. (1996). Jenseits des brain drain. Zur Mobilität westlicher Fach- und Führungskräfte nach Polen. Discussion Paper (FS I 96 – 103) Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin.
- Hofstede, G. (2011). Globales Denken, globales Handeln: Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management. Deutscher Taschenbuch Verlag. München.
- Huber, P. (2001): Teilprojekt 10: Migration und Pendeln infolge der EU-Osterweiterung. Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative INTERREG IIC, Wien.

- Hundstorfer, R. (Dezember 2010). Die Rot-Weiß-Rot-Karte – das neue Zuwanderungssystem. Bessere Qualifikation, höheres Wirtschaftswachstum, raschere Integration. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. 2010. Wien.
- Hunger, U. (2002). The “Brain Gain” Hypothesis: Third-World Elites in Industrialized Countries and Socioeconomic Development in their Home Country. Working Paper 47, San Diego.
- Hunger, U. (2003). Brain drain oder Brain gain: Migration und Entwicklung. In: Trähnhardt, D.; Hunger, U. (Hrsg.). Migration im Spannungsfeld von Globalisierung und Nationalstaat. Leviathan, Sonderheft 22/2003, Westdeutscher Verlag, Wiesbaden.
- Illichmann, A. (1995). Psychologie für Fachschulen. ÖBV Pädagogischer Verlag GmbH. Wien.
- ILO - International Labour Office (2004). Towards a fair deal for migrant workers in the global economy. . Report VI, Genf.
- IOM – International Organization for Migration (2011). Glossary on Migration. International Migration Law Series No. 25.
- Karl-Trummer, U. (2010a). Gesundheit, Arbeit und Migration – Belastungsfaktoren im Setting Krankenhaus für zunehmend multikulturelle Arbeitsteams. In: Institut für Arbeitsmedizin der Medizinischen Universität Wien (Hrsg.) Jahrestagung 2010 der österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin (S. 5-13). Facultas. Wien.
- Karl -Trummer, U. (2010b). Migration von Pflegekräften in und nach Europa – Fakten, Chancen, Herausforderungen: Wie gelingt die soziale Integration von migrantischen Pflegekräften in die österreichische Arbeitswelt? In: Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit (Hrsg.). Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft – Herausforderungen und Chancen. Dokumentation der Jahreskonferenz 2010 (S. 109-123). Wien.
- Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S. (2010). „Zilk war in meine Stadt und hat gesagt Wien brauchen Krankenschwestern“. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in österreichischen Gesundheitseinrichtungen. In: Karl-Trummer, U. & Pammer, C. (Hrsg.) Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen. Universität Linz Sozialwissenschaftliche Vereinigung. Linz.
- Karl-Trummer, U.; Novak-Zezula, S.; Glatz, A.; Metzler, B. (2010). »Zweimal ›Bitte?‹, dann hat die keine Geduld mehr und schimpft sie schon« – kulturelle Lernprozesse zur Integration von migrantischen Pflegekräften. SWS-Rundschau (50. Jg.) Heft 3/ 2010: 340–356.
- Kingma, M. (2006). Nurses on the move. Migration and the Global Health Care Economy. Cornell University Press. London.

- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M., Siefen, R.G. (2006). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. September 2006 Vol. 49. Issue 9. (S. 873-883). Springer – Verlag. Luxemburg/ Berlin.
- Langthaler M. & Hornoff S. (2008). Brain drain und seine Auswirkungen auf Entwicklungsländer. Working Paper 20 (S. 10ff). Österreichische Forschungsförderung für Internationale Entwicklung – ÖFSE. Wien.
- Lehmann, Ralph & van den Bergh, Samuel (2004). Internationale Crews: Chance und Herausforderung. In: io new management Nr. 3/2004.
- Lenhart, M. (2007). Die Migration von (weiblichen) Pflegekräften. In: Kurswechsel: Zeitschrift für Gesellschafts-, Wirtschafts- und Umweltpolitische Alternativen. 2/2007: 28-35.
- Lenhart & Österle (2007). Migration von Pflegekräften. Österreichische und europäische Trends und Perspektiven. Österreichische Pflegezeitschrift 12/ 2007: 8-11.
- Liefgen, M. (2008). Die europäischen Krankenpflegeausbildungen im Vergleich. In: Die Schwester Der Pfleger. 47. Jahrgang. 04/2008: 7-9.
- Loncarevic, M. (2007). Migration und Gesundheit. In: Domenig, D. (Hrsg.). Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. (S. 139-161). Verlag Hans Huber. Bern.
- Marik-Lebeck, S. (2010). Migration – Menschen in Bewegung. In: Karl-Trummer, U.; Pammer, C. (Hrsg.). Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen. (S. 11-32). Linz 2010.
- Mühlberger, U.; Knittler, K. & Guger, A. (2008). Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. WIFO - Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Wien.
- Pflegegeldreformgesetz (2012) Bundesgesetzblatt I Nr.58/2011.
- Potts, L. (1988). Weltmarkt für Arbeitskraft. Von der Kolonisation Amerikas bis zu den Migrationen der Gegenwart. Hamburg.
- Riesenfelder, A.; Schelepa, S.; Wetzel, P. (2011). Beschäftigungssituation von Personen mit Migrationshintergrund in Wien. Endbericht. L&R Sozialforschung. Wien.
- Ronzani, S. (1980). Arbeitskräftewanderung und gesellschaftliche Entwicklung. Erfahrungen in Italien, in der Schweiz und in der Bundesrepublik Deutschland. Königstein/Ts. Hain.
- Sametinger, S. (2009). Pflegenden Angehörige: Caritas bietet Gesprächsgruppen an. OÖ Ärzte Nr. 233 November 2009. (S. 30).

- Sassen, S. (1996). Migranten, Siedler, Flüchtlinge. Von der Massenauswanderung zur Festung Europa. Frankfurt am Main.
- Schmid-Fink, E. (2006). Historische Erfahrungen mit Remigration und Rückkehrpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. In: BAMF (Hrsg.) Rückkehr aus Deutschland. Forschungsstudie 2006 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. Nürnberg.
- Schmid, J. (1996). Weltbevölkerungswachstum. Die Bürde des 21. Jahrhunderts. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B24-25, S. 14-25.
- Schneider, U.; Österle, A.; Schober, D.; Schober, C. (2006). Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. Institut für Sozialpolitik. Wien.
- Simoens, S., Villeneuve, M., Hurst, J. (2005). Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD Health Working Paper Nr.19. Paris.
- Statistik Austria (2004) Statistisches Jahrbuch 2004. Wien.
- Statistik Austria (2011). Demographisches Jahrbuch 2011. Wien.
- Statistik Austria (2012) Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren. Statistisches Jahrbuch 2012. Wien.
- Stuker, R. (2001) Professionelles Dolmetschen. In: Domenig, D. (Hrsg.) Professionelle Transkulturelle Pflege. (S. 185-197).Bern.
- Treibel, A. (1999). Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. Juventa Verlag. Weinheim, München.
- Tupy, G. (2010). Im Gespräch mit ... Mag. Manfred Pallinger und Dr. Max Rubisch. Lebenswelt Heim 46/2010 (S. 5-7). Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs. Wien.
- Ullrich, R. E. (1998). Grau oder bunt? Zuwanderungen und Deutschlands Bevölkerung im Jahre 2030. In: Matthias David, Theda Borde und Heribert Kantenich (Hrsg.), Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle (S. 17- 31). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH.
- UNECE (2006). Recommendations for the 2010 censuses of population and housing. United Nations Economic Commission for Europe. http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/CES_2010_Census_Recommendations_English.pdf
- Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union. (2008). Artikel 45. Amtsblatt der Europäischen Union. (2008/C 115/47).

- Vogel, D.; Gelbrich, S. (2010) Update report Germany: Estimate on irregular migration for Germany in 2009. Hamburg Institute of International Economics. Database on Irregular Migration. Update report/ December 2010. Hamburg.
- Werner, H. (1993). Integration ausländischer Arbeitnehmer in den Arbeitsmarkt. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. 26. Jg./1993. W. Kohlhammer GmbH. Stuttgart.
- Wicker, H. (2007). Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel. In: Domenig, D. (Hrsg.). Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. (S. 49-66). Verlag Hans Huber. Bern.
- WHO (2002). Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers conceptual and practical challenges. Paper prepared for the Workshop on Human Resources and National Health Systems: Shaping the Agenda for Action. Genf.

Internetquellen:

- AK (2012). Anerkennung ausländischer Abschlüsse: Es geht nicht nur um Hochschul-Diplome. 5.3.2012.
<http://wien.arbeiterkammer.at/online/anerkennung-auslaendischer-abschluesse-66194.html> (Stand 10.02.2013)
- arbeitsmarktoeffnung.at (2011). Gemeinschaftsprojekt von EK, EP und BMASK in Zusammenarbeit mit AK und ÖGB – Gewerkschaften.
http://www.arbeitsmarktoeffnung.at/servlet/ContentServer?pagename=S04/Page/Index&n=S04_80.2.3 (Stand 28.01.2013)
- Bauer, W. (2008). Zuwanderung nach Österreich. In: Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung, Wien.
http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/zuwanderung_nach_oestreich_studie2008_oegpp.pdf (Stand 05.02.2013)
- Bayer, M. (2003) Vortrag zum Thema Migration in Europa im Rahmen der Erziehungswissenschaftlichen Konferenz in Thessaloniki, Griechenland.
<http://www.manfredbayer.hewl.net/Thessaloniki03.pdf> (Stand 18.02.2013)
- BMASK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009). EU-Erweiterung und Arbeitsmarkt. Sektion VI, Abteilung 3- Internationale Arbeitsmarktpolitik. <http://www.wisdom.at/euost/Frage10.aspx> (Stand 17.01.2013)
- BMASK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2013). Was ist neu im Jahr 2013? Neuerungen im Bereich Arbeitsmarkt. Wien.

<http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/1/7/4/CH2081/CMS1357288856923/arbeitsmarkt.pdf> (17.01.2013)

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2013a). Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen.

<http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Anerkennung>
(Stand 17.01.2013)

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2013b). Anerkennung einer ausländischen Berufsqualifikation in einem sonstigen nichtärztlichen Gesundheitsberuf.

http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Anerkennung/Anerkennung_einer_auslaendischen_Berufsqualifikation_in_einem_sonstigen_nicht_aerztlichen_Gesundheitsberuf_ (Stand 17.01.2013)

CESifo - Center for Economic Studies. Migration/Einwanderung (irreguläre/illegale). Ludwig-Maximilians-Universität München

<http://www.cesifo-group.de/de/ifoHome/facts/Glossar/04-Bevoelkerung-und-Migration/Migration-Einwanderung-irregulaere-illegale.html>
(Stand 15.01.2013)

Council of the European Union (2009). Council adopts the "EU Blue Card": more advantages for high-skilled foreign workers.

http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/misc/107989.pdf (Stand 18.02.2013)

Currle, E. (2006). Theorieansätze zur Erklärung von Rückkehr und Remigration. In: soFid. Migration und ethnische Minderheiten 2006/2. Theorieansätze zur Erklärung von Rückkehr und Remigration.

http://www.gesis.org/fileadmin/upload/dienstleistung/fachinformationen/servicepublikationen/sofid/Fachbeitraege/Migration_2006-2.pdf (Stand 09.02.2013)

Diamond, D. (2002). One Nation, Overseas.

http://www.wired.com/wired/archive/10.06/philippines.html?pg=2&topic=&topic_set (S. 2). (Stand 12.01.2013)

Akinyosoye, C. (2008). Gesundheit: Kollaps ohne Migranten. In: Die Presse.com. 9.12.2008.

http://diepresse.com/home/panorama/integration/436423/Gesundheit_Kollaps-ohne-Migranten (Stand 23.02.2013)

EHFG - European Health Forum Gastein (2012). Präsident Leiner: Sparen beim Gesundheitspersonal ist gefährlich und teuer.

http://www.ehfg.org/fileadmin/user_upload/PA-D-Eroeffnung-Leiner.pdf
(Stand 14.02.2013)

Haug, S. & Sauer, L. (2006) Bestimmungsfaktoren internationaler Migration. Ein Überblick über Theorien zur Erklärung von Wanderungen.

http://www.gesis.org/fileadmin/upload/dienstleistung/fachinformationen/servicepublikationen/sofid/Fachbeitraege/Migration_2006-1.pdf

(Stand 07.01.2013)

Hundstorfer R. & Kurz, S. (2012). Berufsankennung für Migrantinnen und Migranten. Pressekonferenz. 29. März 2012.
http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/1/2/8/CH0023/CMS1333093906635/presseunterlage_-_teil_1.pdf (Stand 17.01.2013)

Medien-Servicestelle Neue Österreicher/innen. (2012). Gesundheit: Über 53.000 MigrantInnen beschäftigt.
http://medienservicestelle.at/migration_bewegt/2012/06/20/gesundheit-uber-53-000-beschaeftigte-mit-migrationshintergrund/ (Stand 19.02.2013)

Memorandum für eine Kultursensible Altenhilfe (2009). Ein Beitrag zur Interkulturellen Öffnung am Beispiel der Altenpflege. Forum für Kultursensible Altenhilfe (Hrsg.)
http://www.kultursensible-altenhilfe.de/download/materialien_kultursensibel/memorandum2002.pdf (Stand 28.02.2013)

Meyer, B. (2003). Dolmetschertraining aus diskursanalytischer Sicht: Überlegungen zu einer Fortbildung für zweisprachige Pflegekräfte. Gesprächsforschung – online Zeitschrift zur verbalen Interaktion. Ausgabe 4, S. 160.185.
<http://www.gespraechsforschung-ozs.de/fileadmin/dateien/heft2003/ag-meyer.pdf> (Stand 22.02.2013)

migration.gv.at (2013a). Dauerhafte Zuwanderung - Rot-Weiß-Rot – Karte. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
<http://www.migration.gv.at/de/formen-der-zuwanderung/dauerhafte-zuwanderung-rot-weiss-rot-karte.html> (Stand 18.02.2013)

migration.gv.at (2013b). Fachkräfte in Mangelberufen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
<http://www.migration.gv.at/de/formen-der-zuwanderung/dauerhafte-zuwanderung-rot-weiss-rot-karte/fachkraefte-in-mangelberufen.html> (Stand 18.02.2013)

migration.gv.at (2013c). Mangelberufsliste. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
<http://www.migration.gv.at/de/formen-der-zuwanderung/dauerhafte-zuwanderung-rot-weiss-rot-karte/fachkraefte-in-mangelberufen/mangelberufsliste-2013.html#c2816> (Stand 18.02.2013)

migration.gv.at (2013d). Sonstige Niederlassungsformen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
<http://www.migration.gv.at/de/formen-der-zuwanderung/dauerhafte-zuwanderung-rot-weiss-rot-karte/sonstige-niederlassungsformen.html#c2241> (Stand 18.02.2013)

- Nöcus (2007). Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen, Stellungnahme des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfond
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co166.pdf (Stand 15.01.2013)
- OECD – Organisation for Economic co-operation and Development (2012). Health data 2012. Paris.
<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>
 (Stand 23.02.2013)
- ÖAK – Österreichische Ärztekammer (2010). Pflegenotstand in Österreich und Weltweit. Wien.
<http://www.aerztekammer.at/gesundheitspolitik3> (Stand 15.02.2013)
- ÖGKV -Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN.
http://www.oegkv.at/uploads/media/ICN-Definition_der_Pflege_-_deutsch.pdf (Stand 12.01.2013)
- ÖGB/ARGE-FGV für Gesundheits- und Sozialberufe (2012). Personalmangel im Gesundheits- und Pflegebereich. Bessere Arbeits- und Ausbildungsbedingungen schaffen.
http://www.fgv.at/no_cache/aktuelles/aktuelles-detail/article/personalmangel-im-gesundheits-und-pflegebereich.html
 (Stand 06.02.2013)
- Rudda, J.; Fürstl-Grasser, M.; Rubisch, M. (2008). Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung. Ausgabe Juni 2008.
http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB134004_Rudda%20et%20al_Pflegevorsorge-Artikel.pdf (Stand 25.02.2013)
- Stangl, W. (2008). Werner Stangls Arbeitsblätter. Enkulturation.
<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/news/26/enkulturation>
 (Stand 24.02.2013)
- Zukunft Europa (2010). <http://www.zukunfteuropa.at/site/7216/default.aspx>
 (Stand 10.01.2013)
- Zukunft Europa (2013). Europas Blue Card ist keine Green Card. Bundeskanzleramt. Wien.
http://www.zukunfteuropa.at/site/cob__35930/currentpage__1/6726/default.aspx (Stand 18.02.2013)

8 Abkürzungsverzeichnis

ECTS.....	European Credit Transfer System
EU	Europäische Union
EU-15-Staaten	jene Länder, die bis April 2004 der EU beigetreten sind.
GATS	General Agreement on Trade in Services
ICN	International Council of Nurses
IOM	International Organization for Migration
NAG	Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz
NHS.....	National Health Service
OECD.....	Organisation for Economic Co-operation and Development
RWR-Karte	Rot-Weiß-Rot-Karte
UN	United Nations
USA.....	United States of America
WHO	World Health Organization

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerung ausländischer Herkunft.....	24
Abbildung 2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund	34
Abbildung 3: Bevölkerung mit ausländischer Herkunft	36
Abbildung 4: Bevölkerungspyramide 2011, 2030, 2060.	38
Abbildung 5: Hofstede Kulturdimensionen	71

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Push-Pull-Modell.....	15
Tabelle 2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern (Jahresdurchschnitt 2011).....	35
Tabelle 3: Höhe des Pflegegeldes.....	41
Tabelle 4: Erwerbstätige in Gesundheitsberufen 2011	48

11 Anhang

A1. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Katharina Barbara Weiß
Geburtsdatum	05.05.1986
Geburtsort	Linz / Oberösterreich
Staatsbürgerschaft	Österreich

Ausbildung

April 2013	Abschluss des Studiums Pflegewissenschaften. Diplomarbeit: „Pflege im Spannungsfeld der Migration – Bedeutung der Migration für das Gesundheits- und Pflegesystem“
2006-2013	Universität Wien, Individuelles Diplomstudium der Pflegewissenschaft
2004- 2006	Medizinische Universität Wien, Studium der Humanmedizin. Studienwechsel.
1996-2004	Gymnasium Kollegium Aloisianum, Linz. Matura.
1992-1996	Volksschule der Franziskanerinnen, Brucknerschule Linz.

Berufliche Erfahrungen

Praktikum	2005 Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern 2005 Seniorenzentrum Kleinmünchen Linz
-----------	--

Sprachkenntnisse

Deutsch:	Muttersprache
Englisch:	sehr gut in Wort und Schrift
Spanisch:	Grundkenntnisse