



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Chancen und Herausforderungen der internationalen
Migration von Pflegepersonen im Krankenhaus-

Ergebnisse einer Delphi- Befragung von
Pflegedirektor/inn/en

Verfasserin

Elisabeth Fischer

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, im Juli 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/ 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Dr. Sonja Novak-Zezula

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	3
1.1	Einleitung	3
1.2	Forschungsfragen	6
1.3	Ziel der Arbeit	8
2	Internationale Migration von Pflegepersonal und anderen Gesundheitsfachkräften	9
2.1	Definition von Migration	9
2.2	Personen mit Migrationshintergrund in Österreich und ihre Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegebereich	11
2.2.1	Allgemeine Daten	11
2.2.2	Migration von Pflegepersonal	15
2.3	Trends und zukünftige Herausforderungen der internationalen Migration in Pflegeberufen in der Europäischen Region	18
2.3.1	Aspekte der internationalen Migration von Gesundheitsfachkräften	18
2.3.2	Allgemeine Trends im wandelnden Umfeld der Europäischen Region	23
2.3.3	Politische Handlungsmöglichkeiten	25
3	Interkulturelle Pflegesituationen	28
3.1	Zur Begrifflichkeit von Kultur in der Pflege	28
3.2	Aspekte einer interkulturellen Pflege	32
3.3	Chancen und Herausforderungen auf verschiedenen interkulturellen Begegnungsebenen	34
3.4	Strategien zur Verbesserung einer interkulturellen Pflegepraxis	41
3.5	Das Qualifikationsziel ‚interkulturelle Kompetenz‘	47

4	Migration von Pflegekräften aus der Perspektive von Pflegedirektor/inn/en- Ergebnisse einer Delphi - Befragung.....	53
4.1	Methodik	53
4.2	Die Delphi- Methode.....	53
4.2.1	Allgemeine Merkmale der Delphi - Befragung	53
4.2.2	Typen von Delphi - Befragungen.....	56
4.2.3	Vor- und Nachteile der Methode.....	58
4.3	Studienplan.....	61
4.3.1	Übersicht und Zeitplan.....	61
4.3.2	Methodische Schritte.....	62
4.4	Beteiligung am Delphi - Verfahren und Rücklauf	68
4.5	Deskriptive Darstellung der Ergebnisse.....	71
4.5.1	Ergebnisse aus der ersten Runde.....	71
4.5.2	Ergebnisse aus der zweiten Runde.....	88
5	Fazit	96
5.1	Zusammenfassung.....	96
5.2	Einschätzung und Interpretation der Ergebnisse.....	104
5.3	Empfehlungen	107
6	Literaturverzeichnis.....	109
7	Anhang	118
A1.	Ankündigungsmail	118
A2.	Datenblatt Status Quo.....	119
A3.	Delphi - Befragung: Erste Runde	120
A4.	Delphi - Befragung: Zweite Runde	121
A5.	Glossar.....	126
A6.	Abstract	127
A7.	Abstract (English)	128
A8.	Lebenslauf	129

1 EINLEITUNG

1.1 Einleitung

Migration im Allgemeinen und Migration in Pflegeberufen ist ein Thema, das immer stärkere Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit findet und auch immer öfter zum Thema politischer Debatten wird. In vielen Ländern kam es innerhalb der letzten Jahrzehnte zu einer steigenden Mobilität innerhalb der Gesundheitsberufe, die auch in Zukunft anhalten wird. Auch Österreich hat dabei eine lange Tradition als Zielland. Laut den Messungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) beträgt der Anteil der im Ausland geborenen Pflegekräfte in Österreich zurzeit etwa 14,5 % (Buchan 2008).

Gesellschaftliche Entwicklungen werden in vielen Bereichen jedoch nur zögernd zur Kenntnis genommen. Demographische Entwicklungen wie der Rückgang der Geburten und die Veränderungen der Altersstruktur oder der ethnischen Zusammensetzung haben aber einen erheblichen Einfluss auf die gesellschaftliche Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in jedem Land (Ulrich 1998). So wird es in den nächsten zwanzig bis dreißig Jahren zu einem erheblichen Anstieg der über 60-jährigen Bevölkerung kommen. Dabei wird auch die Anzahl älterer Migrant/inn/en steigen (Geiger 1998). Weiters wird auch in Zukunft mit Zuwanderungen von ausländischen Arbeitskräften in die europäischen Industrieländer zu rechnen sein, die sich aus zwei Ursachen ergeben: erstens aus dem enormen Wanderungsdruck aus dem Süden und aus Zentral- und Osteuropa, zweitens aus der Alterung der Erwerbsbevölkerung in den Aufnahmeländern. In den europäischen Industrieländern kommen aufgrund der demographischen Entwicklung immer weniger junge Menschen auf den Arbeitsmarkt. Die Erwerbsbevölkerung altert und der Anteil der Rentner wächst. Dies bringt eine Reihe von Herausforderungen für Wirtschaft und Gesellschaft mit sich (Werner 1993). Es ist anzunehmen, dass es beispielsweise in Österreichs Krankenhäusern in Zukunft zu einem gewissen Mehrbedarf an Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund kommen wird.

Die internationalen Trends der Migration von Pflegekräften sind somit die eine Perspektive, die im Rahmen dieser Arbeit genauer betrachtet wird.

Neben den arbeitsmarktpolitischen Überlegungen soll jedoch auf der anderen Seite auch auf Möglichkeiten, Chancen und Herausforderungen einer interkulturellen Pflegesituation im Krankenhaus, insbesondere in der Pflege von Migrant/inn/en, eingegangen werden. Denn vor allem ältere Migrant/inn/en werden aufgrund der demographischen Entwicklung, ebenso wie die alternde österreichische Bevölkerung, in Zukunft einen höheren Bedarf an pflegerischer Versorgung benötigen (Habermann 2003; Geiger 1998).

Aufgrund der Zunahme von interkulturellen Begegnungen auf verschiedenen Begegnungsebenen (Management - Patient/inn/en - Pflegende; Pflegende untereinander; Pflegende - Pflegebedürftige) erscheint die Entwicklung von ‚interkultureller Kompetenz‘ in diesem Zusammenhang eine weiterführende Zielvorstellung (Habermann 2003). Bisher haben sich vor allem Wirtschaftsfachleute mit der empirischen Forschung und Modellbildung zur interkulturellen Kompetenz befasst. Dabei könnte die Entwicklung einer interkulturellen Ausrichtung des Managements, wie sie zum Beispiel in der internationalen Wirtschaft vorangetrieben wird, auch für die Pflege einen ressourcenorientierten Blick eröffnen. Aus der Perspektive des Managements werden auch die vielen Mitarbeiter/innen der Pflege sichtbarer, die selbst über Migrationserfahrung verfügen. Somit kann die Wahrnehmung einer interkulturellen Pflegesituation vielseitiger dargestellt werden als bisher publiziert: Nicht nur der/die ‚fremde‘ Pflegebedürftige, der/die meistens im Zentrum verschiedener Forschungsarbeiten steht, ist bedeutsam, sondern alle Patient/inn/en und Pflegenden erleben interkulturelle Begegnungen (Habermann 2002).

Forschungen haben diesbezüglich ergeben, dass Pflegende mit Migrationshintergrund über gute Voraussetzungen zur Erlangung einer interkulturellen Kompetenz verfügen (Friebe 2006). In der Arbeit wird dahingehend auch auf die Ressourcen und die persönliche Kompatibilität von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund eingegangen. Interkulturelle Pflegesituationen sind jedoch immer auch mit gewissen Herausforderungen für alle Beteiligten verbunden, die es zu meistern gilt.

Wie diese Thematik in Zukunft von Österreichs Pflegedirektor/inn/en eingeschätzt wird, darüber soll unter anderem die vorliegende Diplomarbeit Ergebnisse liefern.

Auf Basis einer Literaturrecherche zum Thema ‚internationale Migration in Pflegeberufen‘ wurde zu diesem Zweck eine Delphi - Befragung mit Pflegedirektor/inn/en einiger Krankenanstalten in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland durchgeführt.

Damit kann aus der Perspektive des Managements ein erster Einblick in den zukünftigen Bedarf an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund in Österreichs Krankenanstalten und den damit verbundenen Chancen und Herausforderungen gegeben werden.

Sowohl die Ergebnisse aus der Literatur als auch jene der Befragung machen in diesem Zusammenhang auf den Handlungsbedarf für die Pflegewissenschaft aufmerksam und zeigen mögliche Strategien zur Förderung einer gelingenden interkulturellen Pflegesituation auf.

Nachdem nun in einem nächsten Schritt in Kapitel 1 die zentralen Forschungsfragen sowie die wichtigsten Zielsetzungen der vorliegenden Arbeit dargestellt werden, folgt der Einstieg in die Thematik ‚Internationale Migration in Pflegeberufen‘ in Kapitel 2.

Dazu findet einleitend eine Diskussion zur Definition des Migrationsbegriffes statt, der hier Anwendung finden soll. Danach wird ein kurzer Überblick über Anzahl und Herkunft der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich sowie deren Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegebereich gegeben. Nicht zuletzt werden allgemeine Aspekte der internationalen Migration in Pflegeberufen besprochen, zukünftige Trends und damit verbundene Chancen und Herausforderungen angeführt und politische Handlungsmöglichkeiten in diesem Zusammenhang angedacht.

Kapitel 3 beschäftigt sich mit unterschiedlichen Aspekten in interkulturellen Pflegesituationen. Hierbei wird vorerst eine Klärung des Kulturbegriffes in der Pflege vorgenommen. Darauf aufbauend werden Aspekte einer interkulturellen Pflege im Überblick dargestellt und Chancen und Herausforderungen, die sich dabei für alle Beteiligten ergeben, diskutiert. Weiters wird ein Einblick in mögliche Strategien gegeben, die zur Erleichterung und Verbesserung einer interkulturellen Pflegepraxis

beitragen können. Diese führen uns zum Qualifikationsziel der interkulturellen Kompetenz, deren Weiterentwicklung in der Gesundheits- und Krankenpflege von größter Notwendigkeit erscheint.

Wie die eben genannten Aspekte aus Kapitel 2 und 3 von Österreichs Pflegedirektor/inn/en eingeschätzt werden, darüber gibt Kapitel 4 Auskunft. Es wird dazu eine allgemeine Einführung in die Methode gegeben, wobei Merkmale, Typen, sowie Vor- und Nachteile von Delphi - Befragungen beschrieben werden. Danach folgt die Beschreibung des Studienplans, in welchem nachvollziehbar wird, welche methodischen Schritte zur Befragung der Pflegedirektor/inn/en vorgenommen wurden. Genauere Informationen zur Beteiligung an der Befragung sind diesem ebenfalls zu entnehmen. Eine Darstellung der daraus resultierenden Ergebnisse bildet den Abschluss dieses Kapitels. Da die Delphi - Befragung in zwei aufeinander folgenden Runden durchgeführt wurde, werden die Ergebnisse aus Runde 1 und Runde 2 getrennt voneinander dargestellt.

Ob diese Ergebnisse mit den Ergebnissen aus der Literatur übereinstimmen und welche Differenzen es diesbezüglich gibt, wird im 5. und letzten Kapitel, im Fazit, dargestellt. Es findet hier nochmals eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse statt, worauf aufbauend eine allgemeine Einschätzung und die Bedeutung der Migration für die Pflegewissenschaft sowie daraus resultierende Empfehlungen abgeleitet werden können.

1.2 Forschungsfragen

Die Arbeit stützt sich auf folgende zwei große Forschungsfragen mit einigen Unterfragen, deren Bearbeitung und Beantwortung in den einzelnen Kapiteln stattfindet.

- 1) *Wie verlaufen internationale Trends der Migration von Pflegekräften und welche Chancen und Herausforderungen sind im Kontext einer interkulturellen Pflege damit verbunden?*

- Welche Trends und zukünftigen Herausforderungen in Bezug auf Migration gibt es im Gesundheits- und Pflegebereich?
- Wie gestaltet sich die Situation für Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in Österreich?
- Was bedeutet ‚interkulturelle Kompetenz‘ in der Pflege?
- Welche Chancen und Herausforderungen ergeben sich aus verschiedenen interkulturellen Begegnungsebenen im Krankenhaus?
- Welche Faktoren können zur Verbesserung einer interkulturellen Pflegesituation beitragen?

2) *Wie schätzen Pflegedirektor/inn/en die aktuelle und zu erwartende Positionierung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus ein?*

- Wie hoch ist der Anteil an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zurzeit in einigen Krankenanstalten Ostösterreichs (in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland) und welches sind die häufigsten Herkunftsländer der migrierten Pflegekräfte?
- Wie wird der zukünftige Bedarf von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund im Krankenhaus eingeschätzt?
- Welche Gründe sprechen für beziehungsweise gegen eine Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund in Zukunft?
- Mit welchen Eigenschaften wird ‚interkulturelle Kompetenz‘ im Krankenhaus in Verbindung gebracht?
- Was werden zukünftige Chancen und Herausforderungen in diesem Kontext sein?
- Gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen den Bundesländern Wien, Niederösterreich und dem Burgenland?

1.3 Ziel der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Einblick in die aktuelle und zukünftige Situation von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus zu gewinnen. Mithilfe der Delphi - Befragung wurden zu diesem Zweck Expertenmeinungen von Pflegedirektor/inn/en ermittelt und qualifiziert. Die Daten und Fakten dazu wurden in einigen Krankenanstalten Ostösterreichs, in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland, erhoben. Die Befragung dient nicht dazu, um die Zukunft genau vorher zu sagen oder zu planen, sondern um eine Kommunikation über die Zukunft sowie ihre aktive Gestaltung anzuregen. Daraus können entsprechende Schlussfolgerungen und Handlungsstrategien gezogen werden. In diesem Sinne kann ein Agenda-Setting-Prozess in Gang gebracht werden.

Neben der praktischen Darstellung des Themas anhand der Situation in Österreich soll auch der derzeitige Forschungsstand zum Thema ‚internationale Migration in Pflegeberufen‘ mithilfe einer Literaturrecherche aufgearbeitet und mit einbezogen werden. Wichtig dabei sind vor allem Daten und Fakten zur Migration von Pflegekräften und den damit verbundenen Trends, Chancen und Herausforderungen. Diese Chancen und Herausforderungen sollen vor allem im Kontext einer interkulturellen Pflege beleuchtet und wünschenswerte zukünftige Entwicklungen in diesem Bereich aufgezeigt werden.

Insgesamt kann die Arbeit einen Beitrag zum besseren Verständnis über die Positionierung von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus liefern, wobei nicht nur gegenwärtige, sondern auch zukünftige Entwicklungen aufgezeigt und aus der Perspektive des Managements betrachtet werden sollen. Somit kann ein Einblick in Organisationsentscheidungsprozesse gegeben werden.

In weiterer Folge kann die Arbeit einen Beitrag für die Pflegewissenschaft leisten, indem sie zur vorausschauenden Planung im Versorgungsbereich anregt, die an den soziodemographischen Veränderungen ansetzt und die daraus erwachsenden Belange für die Arbeit im Krankenhaus frühzeitig berücksichtigt.

2 INTERNATIONALE MIGRATION VON PFLEGEPERSONAL UND ANDEREN GESUNDHEITSFACHKRÄFTEN

2.1 Definition von Migration

Migration (aus dem lateinischen migrare: wandern) bezeichnet eine räumliche Bewegung und bezieht sich auf Individuen oder Gruppen, die eine Veränderung ihrer Position im geographischen oder sozialen Raum vornehmen (Freise 2005; Uzarewicz 2002).

Eine Definition, wo anstatt des eben beschriebenen sozialen Elementes eher die Dauer des Aufenthalts im Vordergrund steht, wurde von Treibel (1999) vorgenommen:

„Migration ist der auf Dauer angelegte bzw. dauerhaft werdende Wechsel in andere Gesellschaften bzw. andere Regionen von einzelnen oder mehreren Menschen.“ (Treibel 1999: 21 in Friebe 2006:7)

Dieser Definitionsansatz integriert ein breites Spektrum von Einwander/innen, deren Motive für eine Migration sehr unterschiedlich sein können. Als wichtige Migrationsursachen gelten unter anderem Kriege oder Naturkatastrophen, wirtschaftliche Not, Arbeitslosigkeit, politische oder religiöse Verfolgung, sowie soziale Gründe wie Familienzusammenführung oder Verbesserung der sozialen, wirtschaftlichen und beruflichen Situation, etc. (Freise 2005; Friebe 2002; Uzarewicz 2002).

Mit der Migration werden mitunter auch Sprachen, Sozialisationserfahrungen, Religionen und andere kulturelle Faktoren transportiert, die in weiterer Folge Einfluss auf das soziale und berufliche Handeln haben können.

Bezüglich des Begriffes ‚Migrant/in‘ existiert jedoch laut den Angaben der ‚International Migration Law‘ der IOM (International Organization for Migration) keine international anerkannte Definition:

“The term migrant is usually understood to cover all cases where the decision to migrate is taken freely by the individual concerned for reasons of ‘personal convenience’ and without intervention of an external compelling factor. This term therefore applies to persons, and family members, moving to another country or region to better their material or social conditions and improve the prospect for themselves or their families.” (IOM 2004: 40)

Eine allgemeine Definition von ‚Migrant/in‘ erscheint auch insofern schwierig, als hinter dem Terminus ‚Migrant/inn/en‘ Menschen mit sehr unterschiedlichen historischen, persönlichen und soziokulturellen Lebenshintergründen stehen. Diese unterschiedlichen sozialen Bedingungen, der Grad der Integration in die Gesellschaft, sowie viele weitere Faktoren, erlauben es eigentlich nicht, von ‚Migrant/inn/en‘ im Allgemeinen zu sprechen. Weitere Schwierigkeiten bereitet die Zuordnung der zweiten und dritten Migrantengeneration, der Kinder der oftmals in den 60er- Jahren zugewanderten Gastarbeiter/innen. Es stellt sich die Frage, wann ein/e Migrant/in beziehungsweise seine Nachkommen endgültig als eingegliedert gelten kann und damit den Inländer/inne/n zugerechnet wird. Hierbei Grenzen zu ziehen gestaltet sich als besonders schwierig (David/ Borde 1998; Habermann 2003). Auch Hinz-Rommel (1994) ist dieser Ansicht, wenn er meint:

„Ein Begriff, eine Zuschreibung, eine Identität genügt nicht, um der Sache und den Personen gerecht zu werden.“ (Hinz-Rommel 1994: 28)

Es muss uns also klar sein, dass Begriffe, die uns womöglich alltäglich und klar vorkommen, weder vollkommen richtig, noch allgemein gültig sind. Dennoch erscheint die Bezeichnung ‚Migrant/in‘ als politisch korrekte und ethisch vertretbare Bezeichnung zu fungieren, die mit gutem Gewissen Anwendung finden kann. Wenn auch die Vielseitigkeit dieses Begriffes im Hinterkopf behalten werden sollte.

Im österreichischen Recht existiert der Begriff ‚Migrant/in‘ in diesem Sinne jedoch nicht. Im Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz ist hingegen in §2 eine Begriffsbestimmung zu ‚Fremder‘ angeführt, worunter man eine Person versteht, die die österreichische Staatsbürgerschaft nicht besitzt. Als ‚Drittstaatangehöriger‘ wird im selben Paragraphen ein Fremder verstanden, der nicht EWR (Europäischer Wirtschaftsraum)- Bürger ist (www.ris.bka.gv.at, Stand 02.07.2009).

Eine Definition, die über die Staatsangehörigkeit einer Person hinausgeht, wird von der Statistik Austria vorgenommen. Die Statistik Austria spricht von ‚Personen mit Migrationshintergrund‘. Es werden damit all jene bezeichnet, die im Ausland geboren wurden, sowie weiters jene, die im Inland zur Welt kamen, aber keine österreichische Staatsbürgerschaft besitzen. Die Staatsangehörigkeit eines Menschen gibt somit nicht unbedingt darüber Auskunft, ob jemand einen Migrationshintergrund hat oder nicht. Weiters kann zwischen einem primären, sekundären und tertiärem Migrationshintergrund unterschieden werden.

Jene Menschen, die im Ausland geboren wurden und auch noch eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzen, weisen dieser Unterscheidung zufolge einen primären Migrationshintergrund auf. Unter Personen mit sekundärem Migrationshintergrund können alle in Österreich geborenen Ausländer/innen bezeichnet werden. Die dritte Gruppe, Personen mit tertiärem Migrationshintergrund, bilden schließlich österreichische Staatsangehörige, die im Ausland geboren wurden (www.statistik.at, Stand 09.11.2008). Nähere Informationen beziehungsweise genaues Datenmaterial zur Situation in Österreich sind im nun folgenden Kapitel zu entnehmen.

Wie aber insgesamt aus den eben beschriebenen Definitionen zu entnehmen ist, scheinen Begriffsklärungen zum Thema Migration sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene ein schwieriges Unterfangen zu sein.

Welche Definitionen für die vorliegende Arbeit herangezogen werden, ist dem Glossar im Anhang zu entnehmen.

2.2 Personen mit Migrationshintergrund in Österreich und ihre Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegebereich

2.2.1 Allgemeine Daten

Im Rahmen dieser Arbeit wird das Datenmaterial zur Bevölkerungsstruktur der Statistik Austria herangezogen, um Auskunft über die Anzahl und Struktur der in Österreich lebenden Migrant/inn/en zu geben.

Die Statistik Austria macht diesbezüglich Angaben zur Staatsangehörigkeit und zum Geburtsland der österreichischen Bevölkerung. Da jedoch diese beiden Faktoren nicht unbedingt Auskunft darüber geben, ob jemand einen Migrationshintergrund aufweist oder nicht, wird noch eine dritte Unterteilung der Bevölkerungsstruktur vorgenommen, die die gesamte Bevölkerung mit Migrationshintergrund darstellen soll.

„Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in weiterer Folge in Migrantinnen und Migranten der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Zuwanderer der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern.

Diese Definition von Migrationshintergrund folgt den "Recommendations for the 2010 censuses of population and housing", Seite 90, der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE)." (www.statistik.at, Stand 06.04.2009)

In Anlehnung an die Angaben der Statistik Austria waren im Jahr 2008 von den rund 8,2 Millionen Einwohner/innen Österreichs rund 1,4 Millionen Menschen entweder selbst, beziehungsweise deren Eltern aus dem Ausland zugewandert. Dies entspricht einem Prozentanteil von 17,5 % der österreichischen Bevölkerung.

Eine genaue Aufteilung der Anzahl der Migrant/inn/en in den einzelnen Bundesländern ist aus der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern					
Bundesland	Bevölkerung in Privathaushalten	Migrationshintergrund			
		zusammen	Zuwanderer der 1. Generation	Zuwanderer der 2. Generation	zusammen in %
		in 1.000			
Österreich	8.241,5	1.441,5	1.078,1	363,4	17,5
Burgenland	279,7	22,5	17,5	5,0	8,0
Kärnten	556,4	51,7	41,5	10,2	9,3
Nieder-österreich	1.583,6	186,4	138,7	47,7	11,8
Oberösterreich	1.389,7	203,8	147,5	56,4	14,7
Salzburg	523,4	93,6	72,2	21,4	17,9
Steiermark	1.194,4	107,9	82,5	25,4	9,0
Tirol	696,9	114,7	87,3	27,4	16,5
Vorarlberg	363,7	76,2	52,6	23,6	21,0
Wien	1.653,6	584,6	438,4	146,2	35,4
Q: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2008 (Durchschnitt aller Wochen eines Jahres). Erstellt am: 26.03.2009. Bevölkerung in Privathaushalten.					

Wie die oben stehende Tabelle sehr eindeutig zeigt, ist der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in Wien (35,4 %) am höchsten, gefolgt von Vorarlberg (21 %) und Salzburg (17,9 %). Verhältnismäßig wenige Migrant/inn/en leben in den östlichen Bundesländern, im Burgenland (8 %), der Steiermark (9 %), sowie Niederösterreich (11,8 %) und Kärnten (9,3 %).

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Angaben zur Staatsangehörigkeit der österreichischen Bevölkerung, so geht daraus klar hervor, dass sich der Ausländeranteil nicht mit dem Anteil der Personen mit Migrationshintergrund deckt. Beispielsweise betrug der Ausländeranteil in Österreich 2008 nur rund 10 %, wohingegen über 17 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund aufwiesen. Dieses Ergebnis zeigt wiederum, dass die Staatsangehörigkeit eines Menschen nicht unbedingt Auskunft darüber gibt, ob jemand einen Migrationshintergrund hat oder nicht (siehe auch Kapitel 2.1).

Die folgende Tabelle gibt über die Staatsangehörigkeit sowie das Geburtsland der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich Auskunft, wobei in weiterer Folge auch das Jahr der Zuwanderung, sowie die Alters- und Geschlechtsverteilung der Migrant/inn/en dargestellt wird:

Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Überblick				
Merkmal	Bevölkerung in Privathaushalten	Migrationshintergrund		
		zusammen	Zuwanderer der 1. Generation	Zuwanderer der 2. Generation
		in 1.000		
Insgesamt	8.241,5	1.441,5	1.078,1	363,4
Staatsangehörigkeit				
Österreich	7.403,5	657,1	397,8	259,3
EU-Land (ohne Österreich)	300,7	271,5	250,9	20,6
Nicht EU-Land	537,3	512,9	429,4	83,5
dar.: Ex-Jugoslawien	292,3	280,8	224,9	55,9
Türkei	108,7	105,1	86,4	18,6
Geburtsland				
Österreich	7.055,8	363,4	-	363,4
EU-Land (ohne Österreich)	464,4	386,8	386,8	(83,7)*
Nicht EU-Land	721,3	691,3	691,3	(279,7)*

dar.: Ex-Jugoslawien	352,8	346,2	346,2	(141,2)*
Türkei	161,1	160,1	160,1	(95,6)*
	Jahr der Zuwanderung			
in Österreich geboren	7.055,8	363,4	-	363,4
vor 1980	277,6	218,8	218,8	-
1980 bis 1989	170,0	161,4	161,4	-
1990 bis 1999	362,1	348,5	348,5	-
nach 1999	376,1	349,4	349,4	-
nach 2002	260,0	240,9	240,9	-
	Alter, Geschlecht			
Männer	4.022,8	690,4	503,3	187,1
unter 15 Jahren	649,6	129,9	26,7	103,2
15 bis 29 Jahre	787,0	154,0	109,5	44,5
30 bis 44 Jahre	948,0	181,4	164,9	16,4
45 bis 59 Jahre	850,6	139,1	126,7	12,4
60 Jahre und älter	787,6	86,0	75,4	10,6
Frauen	4.218,8	751,1	574,8	176,3
unter 15 Jahren	618,6	115,0	19,8	95,2
15 bis 29 Jahre	768,8	163,5	125,3	38,3
30 bis 44 Jahre	943,8	211,8	197,8	14,0
45 bis 59 Jahre	860,8	143,8	129,8	14,0
60 Jahre und älter	1.026,7	117,0	102,1	14,9
Q: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2008 (Durchschnitt aller Wochen eines Jahres). Erstellt am: 26.03.2009. Bevölkerung in Privathaushalten. - Zur Definition Migrationshintergrund siehe "Recommendations for the 2010 censuses of population and housing", Seite 90, der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). - *) Geburtsland der Eltern; bei unterschiedlichem Geburtsland wird jenes der Mutter herangezogen.				

Wie die Tabelle zeigt, besitzt etwas mehr als die Hälfte der in Österreich lebenden Migrant/inn/en, nämlich circa 840.000 Menschen, eine nicht-österreichische Staatsbürgerschaft. Der Großteil dieser Menschen besitzt eine Staatsbürgerschaft außerhalb eines EU-Landes, wobei Bürger/innen aus dem ehemaligen Jugoslawien dabei die größte Gruppe bilden.

Vergleicht man diese Zahlen mit den Angaben zum Geburtsland der in Österreich lebenden Migrant/inn/en, so zeigt sich, dass deutlich mehr Menschen mit Migrationshintergrund im Ausland geboren wurden als eine ausländische

Staatsbürgerschaft besitzen. Auch hier ist der Anteil der im ehemaligen Jugoslawien geborenen Menschen wieder verhältnismäßig hoch.

Die Darstellung des Jahres der Zuwanderung zeigt, dass diese in den 1990er Jahren anstieg und zwischen 1999 und 2002 ihren Höhepunkt erreichte. Nach 2002 ging die Anzahl der zugewanderten Personen in Österreich wieder etwas zurück.

Um an dieser Stelle dem Gesundheits- und Pflegebereich in Zusammenhang mit Migration etwas näher zu kommen, wird abschließend noch Einblick in die Altersverteilung der in Österreich lebenden Migrant/inn/en gegeben. Diese Informationen scheinen aus zwei Gründen interessant. Einerseits kann somit der Anteil der sich im erwerbsfähigen Alter befindlichen Migrant/inn/en aufgezeigt werden, was auch für den Pflegebereich nicht unwesentlich ist, andererseits wird auch die Anzahl an älteren Migrant/inn/en, also der potentiellen Klient/inn/en im Gesundheits- und Pflegebereich, klar.

Wie aus der obigen Tabelle ersichtlich wird, befindet sich ein Großteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 59 Jahren. Ein anderes Bild ergibt sich aus der Betrachtung der Altersverteilung der österreichischen Gesamtbevölkerung. Hier ist beispielsweise der Anteil an über 60-jährigen Personen, speziell bei den Frauen, sehr hoch.

Aber auch der Anteil an älteren Migrant/inn/en ist in Österreich mit etwa 12 % nicht gering und wird in Zukunft, wie der allgemeine Altersdurchschnitt der österreichischen Bevölkerung, weiter ansteigen. Die Auseinandersetzung mit zukünftigen Entwicklungen und Herausforderungen wird im Kapitel 2.3 fortgesetzt. Zuvor wird noch im Speziellen auf die Migration von Pflegekräften in Österreich eingegangen.

2.2.2 Migration von Pflegepersonal

Das Thema der internationalen Migration von Pflegekräften findet in vielen Ländern seit einigen Jahren verstärkte Aufmerksamkeit in Politik und Öffentlichkeit. Dies trifft ebenso für Österreich zu, da auch Österreich eine lange Tradition als wichtiges Zielland für Migration im Pflegeberuf hat.

Ein Problem diesbezüglich ist, dass relevantes Datenmaterial im Kontext der Migration in Österreich allgemein nur sehr unzureichend vorhanden ist (Hofbauer et al 2004) und auch für den Pflegebereich detaillierte Dokumentationen und Studien beschränkt verfügbar sind (Lenhart/ Österle 2007).

Bislang wurden vor allem Schätzungen publiziert, die jedoch keine genauen Auskünfte über das Ausmaß der Migration von Pflegekräften in Österreich und noch weniger über die Hintergründe dieser Entwicklungen geben können.

Grundsätzlich wird Migration in Österreich zum großen Teil mit Arbeitsmigration in Verbindung gebracht, die in den frühen 60er- Jahren begonnen hat. Wie in anderen westeuropäischen Ländern auch, warben Österreichs Firmen gezielt um Arbeitskräfte aus dem Ausland. Das so genannte ‚Gastarbeiter-System‘ wurde eingeführt, das zumeist junge Männer, vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, nach Österreich brachte. Es wurde angenommen, dass diese Menschen Österreich nach ein paar Jahren wieder verlassen würden, was jedoch nicht eintraf. Die Mehrheit entschloss sich, länger zu bleiben und auch ihre Familien nach Österreich zu bringen (Hofbauer 2004; Pfabigan 2007).

Diese steigende Mobilität hatte auch Auswirkungen auf die Gesundheitsberufe. Schon in den 1960er-Jahren migrierten zahlreiche Pflegekräfte aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Österreich. 1974 wurde eine große Anzahl an Pflegekräften aus den Philippinen, insgesamt 700 Krankenschwestern, angeworben. Das gesamte Ausmaß der Migration wurde bis heute allerdings nur geschätzt. Es ist schwer nachzuvollziehen, welche Entwicklung Österreich diesbezüglich jahrzehntelang durchlebte, da viele Pflegepersonen heute aus verschiedenen Gründen bereits österreichische Staatsbürger/innen sind und ihre Herkunft sowie ihr Ausbildungshintergrund nicht erfasst worden sind (Lenhart/ Österle 2007).

Aus diesen Gründen wurde am Institut für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien ein Projekt zur grenzüberschreitenden Mobilität im Gesundheitswesen gestartet.

„Erste Ergebnisse erbrachten, dass in österreichischen Alten- und Pflegeheimen 10,5 % und in Krankenanstalten 8,2 % aller Pflegekräfte einen nicht-österreichischen Ausbildungshintergrund haben. Rund 61 % haben ihre Ausbildung in einem anderen EU- Land, 39 % in einem Drittstaat absolviert. Die wichtigsten Herkunftsländer sind in der Europäischen Union Deutschland, Polen, die Slowakei und die Tschechische Republik, in den Drittstaaten Bosnien-Herzegowina, Kroatien, die Philippinen und Indien.“ (Lenhart/ Österle 2007: 9)

Wie daraus ersichtlich wird, stammen die Pflegekräfte dabei zum großen Teil aus Mitgliedsländern der Europäischen Union, wobei die Ergebnisse interessante Unterschiede in den Herkunftsländern bei einem Vergleich von Krankenanstalten und Alten- und Pflegeheimen zeigen.

Beispielsweise stammen von Pflegekräften mit nicht-österreichischem Ausbildungshintergrund in Krankenanstalten etwa 24 % aus Deutschland, wobei es in Alten- und Pflegeheimen nur etwa 12 % sind. Hingegen arbeiten nur 8 % der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund aus der Slowakei in Krankenanstalten, wohingegen der Anteil in Alten- und Pflegeheimen rund 21 % beträgt. Aus den Philippinen arbeiten 16 % aller Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in Krankenanstalten und etwa 7 % in Alten- und Pflegeheimen. Zusätzlich zeigen sich auch regionale Unterschiede in den Herkunftsländern, was insgesamt ein sehr heterogenes Bild ergibt (Lenhart/ Österle 2007).

Andere Determinanten zogen die WHO und die OECD heran, um Schätzungen des Anteils ‚im Ausland geborener‘ Pflegekräfte und Ärzt/inn/en zu liefern, die in den OECD- Ländern arbeiten.

Diese Schätzungen beziehen sich auf das Geburtsland der im Gesundheitsbereich tätigen Personen. Demnach weist Österreich im Vergleich mit anderen Ländern einen relativ hohen Anteil an im Ausland geborenen Ärzt/inn/en und Pflegekräften auf. Im Jahr 2000 betrug der Anteil an im Ausland geborenen Pflegekräften gemessen an der Gesamtzahl insgesamt 14,5 %, was einer Anzahl von etwa 8000 Pflegekräften entspricht. Genaue Angaben zu den Herkunftsländern der Pflegepersonen wurden dabei nicht erhoben (Buchan 2008; OECD 2007).

Bundeslandspezifische Daten dazu wurden unter anderem für Wien in einem Bericht des IIS¹ 2005 veröffentlicht. Es wurden dabei Daten von Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialbereich in Wien erhoben, wobei als Kriterium ebenfalls das Geburtsland der Beschäftigten - im Speziellen die Türkei und die Nachfolgestaaten Jugoslawiens -

¹ IntegrationsInfoService von MigrantInnen für MigrantInnen, Bericht des Moduls 1 Forschung zum Thema: „MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich“ und „Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien“, 2005

herangezogen wurde. Damit konnten auch bereits eingebürgerte Personen erfasst werden.

Demnach arbeiten in Wien im Bereich der Pflege und verwandten Berufen zum überwiegenden Teil Menschen, die in Österreich geboren wurden. 15 % der Mitarbeiter/innen wurden im ehemaligen Jugoslawien geboren. Aus der Türkei stammen 2 % der Beschäftigten im Pflegebereich in Wien (Reinprecht et al 2005).

Der Anteil von 15 % der im Ausland geborenen Pflegekräfte deckt sich dabei in etwa auch mit dem oben genannten Prozentanteil der migrierten Pflegekräfte, wie er von der WHO und der OECD dargestellt wird.

Verglichen mit anderen europäischen OECD- Ländern ist der Anteil an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in Österreich relativ hoch.

Demographische Trends zeigen, dass der Bedarf an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund in einigen Ländern Europas, so auch in Österreich, in Zukunft noch ansteigen wird (Buchan 2008; WHO Backgrounder 2008).

Mehr dazu im nun folgenden Kapitel.

2.3 Trends und zukünftige Herausforderungen der internationalen Migration in Pflegeberufen in der Europäischen Region²

2.3.1 Aspekte der internationalen Migration von Gesundheitsfachkräften

Die Migration von Gesundheitsfachkräften wie Ärzt/inn/en und Pflegekräften wird seit Jahrzehnten auch im internationalen Kontext diskutiert. 1978 veröffentlichte die WHO die ersten Daten zur globalen Migration der Gesundheitsfachkräfte. Daraus wird ersichtlich, dass seit den 1970er Jahren die Anzahl an migrierten Ärzt/inn/en und Pflegepersonen kontinuierlich anstieg. Diese Entwicklung wird auch in Zukunft weiter fortschreiten (Buchan 2008; Gerlinger/ Schmucker 2007).

² Europäische Region der WHO, bestehend aus 53 Mitgliedstaaten (<http://www.euro.who.int>, Stand 22.06.2009)

Noch vor einigen Jahren kamen die migrierten Gesundheitsfachkräfte hauptsächlich aus den Drittstaaten in die EU (Europäische Union). Diese Situation veränderte sich mit der EU-Erweiterung. In der Europäischen Region der WHO hat der Beitritt weiterer Länder zur EU in den Jahren 2004 und 2007 auch den Gesundheitsfachkräften mehr Mobilität ermöglicht. Die Wechselwirkungen dieser internationalen Mobilität, Migration und Anwerbung sind dabei insgesamt als sehr komplex anzusehen (Gerlinger/ Schmucker 2007).

„Die Migration von Gesundheitspersonal kann positive und negative Aspekte haben. In manchen Ländern kann sie eine Lösung für Personalmangel sein, sie kann Ländern helfen, die ein Personalüberangebot haben, und sie kann einzelnen Gesundheitsfachkräften ermöglichen, ihre Chancen und ihren Lebensstandard zu verbessern. In Ländern, in denen es bereits zu wenig Gesundheitsfachkräfte gibt, kann sie hingegen den Personalmangel (weiter) verschärfen sowie die Qualität der Gesundheitsversorgung und den Zugang dazu untergraben.“ (Buchan 2008: Vorwort)

Grundsätzlich sind alle Länder der Europäischen Region mit ähnlichen Personalproblemen konfrontiert:

- Personalknappheit in Bezug auf gewisse geographische und fachliche Aspekte, wobei vor allem in den Mitgliedstaaten ein Mangel an Pflegepersonal vorhanden ist;
- Ungleichgewichte in Bezug auf Qualifikationen, da häufig wichtige Qualifikationen in den Bereichen öffentliche Gesundheit, Gesundheitspolitik und Gesundheitsmanagement fehlen, oder eine kleine Anzahl teurer Fachkräfte die lokalen gesundheitlichen Bedürfnisse eines Landes nicht befriedigen kann;
- ungleiche Verteilung des verfügbaren Personals, wobei es oft zu Engpässen in ländlichen Regionen kommt;
- ein schlechtes Arbeitsumfeld, das beispielsweise durch unzureichende gesellschaftliche Anerkennung, schlechte Aufstiegschancen oder niedrige Löhne gekennzeichnet ist;
- Migration von Gesundheitspersonal, über die viele Länder besorgt sind, andere jedoch die Zuwanderung als Lösung für ihren Fachkräftemangel ansehen (WHO Regionalkomitee für Europa 2007).

So werfen beispielsweise die Migrationsströme von ärmeren in reichere Länder gewisse Fragen auf. Oft wird die grenzüberschreitende Migration als Ursache für den dramatischen Mangel an Gesundheitspersonal in den Entwicklungsländern gesehen. Aber auch viele neue EU-Beitrittsländer, insbesondere solche im Osten, sind besorgt über die Abwanderung von Gesundheitspersonal als Resultat ihres Beitritts.

Aus diesem Grund beschäftigte sich das WHO-Regionalkomitee für Europa auf seiner 57. Tagung im Jahr 2007 mit der Gesundheitsproblematik, einschließlich der Migration.

Dabei wurde den Mitgliedstaaten nahe gelegt, dass es unter anderem wichtig ist, die Treibkräfte der Migration zu verstehen, um eventuellen Problemen in Zusammenhang mit Migration entgegen wirken zu können.

Die Motive für eine Migration können dabei im Allgemeinen in so genannte Push- und Pull-Faktoren eingeteilt werden:

Push-Faktoren	Pull-Faktoren
Niedriger Lohn	Möglichkeit, Angehörigen Geld zu überweisen
Schlechte Arbeitsbedingungen	Bessere Arbeitsbedingungen
Fehlende Ressourcen	Bessere Gesundheitssysteme
Begrenzte Aufstiegsmöglichkeiten	Aufstiegchancen
Folgen von HIV/ Aids	Politische Stabilität
Instabile Arbeitsumgebung	Bessere Bildungsmöglichkeiten
Wirtschaftliche Instabilität	Reisemöglichkeiten

(Buchan 2003, 2008; Kingma 2008; WHO Regionalkomitee für Europa 2007)

Bis zu einem gewissen Grad repräsentieren die oben stehenden Faktoren ein Spiegelbild der Herkunfts- und Zielländer in Bezug auf ihre Vergütung, die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld. Wo der Unterschied zwischen den Ländern groß ist, wird sich auch die anziehende Wirkung eines anderen Landes besonders stark bemerkbar machen. Es wird damit auch klar, dass internationale Migration immer ein Symptom größerer, systematischerer Probleme ist, die Pflegekräfte und Ärzt/innen dazu veranlasst, ihr Herkunftsland zu verlassen. Dabei spielen nicht nur die nachteiligen Push-Faktoren des Herkunftslandes eine tragende Rolle, sondern auch die Pull-Faktoren des Ziellandes (Kingma 2008).

Welche Länder nun im Speziellen von Zu- beziehungsweise Abwanderung von Gesundheitspersonal betroffen sind, darüber hat die OECD die neuesten verfügbaren Daten gesammelt.

Die folgenden Tabellen geben einen Einblick in wichtige Herkunfts- und Zielländer der Migration von Pflegekräften.

Schätzungen zu im Ausland geborenen, ihren Beruf ausübenden Gesundheitsfachkräften, ausgewählte OECD- Mitgliedsländer, um 2000
(Buchan 2008: 11; OECD 2007):

Wohnsitzland	Im Ausland geborene Pflegekräfte	
	Anzahl	%
Österreich	8 217	14,5
Finnland	470	0,8
Frankreich	23 308	5,5
Deutschland	74 990	10,4
Irland	6 204	14,3
Norwegen	4 281	6,1
Spanien	5 638	3,4
Vereinigtes Königreich	81 623	15,2

Wie aus der oben stehenden Tabelle ersichtlich wird, variieren die Anteile der im Ausland geborenen Pflegekräfte in unterschiedlichen Ländern zum Teil sehr stark.

Beispielsweise ist der Anteil an im Ausland geborenen Pflegekräften in Finnland (0,8%) und Spanien (3,4%) relativ gering, wohingegen er in Österreich, Irland und dem Vereinigten Königreich 14% - 15% beträgt. Österreich weist demnach im europäischen Vergleich einen sehr hohen Anteil an im Ausland geborenen Pflegekräften auf.

Die OECD macht auch Angaben über Expatriierungsraten, d.h. den Anteil von in OECD-Ländern arbeiteten Pflegekräften aus anderen Ländern gemessen am Gesamtbestand des Herkunftslandes:

Schätzungen von Expatriierungsraten von Pflegekräften aus ausgewählten europäischen und afrikanischen/ asiatischen Ländern, um 2000
(OECD 2007, Buchan 2008: 12):

Land	In OECD- Ländern arbeitende Pflegekräfte	
	Anzahl	Expatriierungsrate (%)
Albanien	415	3,5
Bulgarien	789	2,6
Zypern	706	19,1
Ungarn	2 117	2,4
Polen	9 153	4,6
Rumänien	4 440	4,9
Bangladesch	651	3,1
Kamerun	1338	4,9
Kongo	452	12,3

Wie die Tabelle zeigt, gibt es auch große Unterschiede in den Expatriierungsraten der in OECD-Ländern arbeitenden Pflegekräfte.

So ist die Rate beispielsweise in Zypern, wo es insgesamt wenige Pflegekräfte gibt, mit fast 20% relativ hoch. Verhältnismäßig gering ist die Expatriierungsrate hingegen in Ländern, die einen hohen Gesamtanteil aufweisen, wie zum Beispiel Polen (4,6%) oder Ungarn (2,4%). Hier ist es trotz der hohen Anzahl an ins Ausland abgewanderten Pflegekräften nur ein relativ kleiner Anteil an der Gesamtanzahl der Pflegekräfte der Herkunftsländer.

Ein Mangel an einheitlichen und vollständigen Daten liegt bezüglich der allgemeinen Trends bei den Migrationsbewegungen vor. Denn damit die Trends der internationalen Migration von Gesundheitsfachkräften besser verfolgt und Bedarfseinschätzungen gemacht werden können, muss auch die Verfügbarkeit der Daten über diese Migrationsbewegungen verbessert und international vergleichbar gemacht werden. Dies ist bislang noch nicht der Fall (Buchan 2008; Gerlinger/ Schmucker 2007; WHO Regionalkomitee für Europa 2007). Auch darum wurden die Mitgliedstaaten auf der 57. Tagung des WHO- Regionalkomitees für Europa gebeten.

Insgesamt wird hiermit klar, dass Migration von Pflegekräften sowohl für die Zielländer, als auch für die Herkunftsländer gewisse Vor- beziehungsweise Nachteile mit sich bringen kann und auch auf gesellschaftspolitischer Ebene ein vieldiskutiertes Thema ist.

Warum jedoch die Migration in Gesundheitsberufen in Zukunft noch weiter ansteigen wird und welche Auswirkungen dies haben kann, darüber gibt das nun folgende Unterkapitel Auskunft.

2.3.2 Allgemeine Trends im wandelnden Umfeld der Europäischen Region

Ein wichtiger demographischer Trend in der Europäischen Region ist die Bevölkerungsalterung. Diese hat sowohl Auswirkungen auf das epidemiologische Profil von Bevölkerungen, als auch auf den Bedarf an Gesundheitsleistungen in jedem Land (Ulrich 1998).

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der Schrumpfung der Erwerbsbevölkerung infolge rückläufiger Geburtsraten wird die Europäische Region vor zahlreiche wirtschaftliche, finanzielle und soziale Herausforderungen gestellt.

„Die Migration innerhalb der Europäischen Region und die Zuwanderung von außerhalb könnten zwischen heute und 2025 dazu beitragen, die Folgen des Schrumpfens der Bevölkerung abzuschwächen. Sie allein werden jedoch nicht alle durch Bevölkerungsalterung verursachten Probleme lösen können und sind kein Ersatz für Wirtschaftsreformen.“ (WHO Regionalkomitee für Europa 2007: 9)

Auch der Pflegebereich und das gesamte Gesundheitssystem werden in Zukunft vermehrt auf Zuwanderung angewiesen sein. Die Folgen des Bevölkerungsrückgangs und der Alterung der Bevölkerung können durch Zuwanderung zwar nicht verhindert, jedoch abgemildert werden.

Wie auch eine Tabelle der Statistik Austria aus Punkt 2.2.1 zeigt, weisen Migrant/inn/en in Österreich bis dato einen relativ geringen Altersquotienten auf. Dennoch ist anzunehmen, dass auch der Anteil an älteren Personen über 60 Jahren mit Migrationshintergrund in Zukunft ansteigen wird. Daraus wird wiederum klar, welche Bedeutung der Migrationsfaktor in Zukunft im Bereich der Pflege erhalten wird. Diesbezüglich wird jedoch erst allmählich von Politik und Öffentlichkeit wahrgenommen, dass auch Menschen mit Migrationshintergrund vermehrt das medizinische und pflegerische Angebot benötigen und dass unser Gesundheitssystem nur unzureichend auf die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe vorbereitet ist (Friebe 2008).

Dabei ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass sich die demographischen Trends auch auf das Angebot und die Zusammensetzung des Gesundheitspersonals auswirken. Auch Gesundheitsfachkräfte werden älter und in den reicheren Ländern erhöht sich der Anteil an Ärzt/inn/en und Pflegekräften, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben. Dem gegenüber wird das Angebot in ärmeren Ländern aufgrund von Abwanderungen geringer.

Ein allgemeiner Trend ist ebenfalls, dass sich überall das nationale Reservoir an potentiellen neuen Gesundheitsfachkräften verringert. Gründe dafür sind die schrumpfende Zahl junger Menschen, die das erwerbsfähige Alter erreichen, sowie die höhere Attraktivität anderer Sektoren am Arbeitsmarkt.

Auch der hohe Frauenanteil in manchen Gesundheitsberufen ist ein Trend, der berücksichtigt werden muss und dessen weiterer Anstieg prognostiziert wird. Somit wird das Wachstum des Arbeitskräfteangebots in der Europäischen Region voraussichtlich vorwiegend auf Frauen entfallen.

Insgesamt erscheinen - wie nun überblicksmäßig dargestellt wurde - die zu erwartenden Auswirkungen der demographischen Veränderungen in der Europäischen Region auf die Beschäftigung im Gesundheitssektor sehr vielschichtig. Auf der einen Seite wird es zu einem erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen kommen, auf der anderen Seite verringert sich jedoch aufgrund der Bevölkerungsalterung und der demographischen Schrumpfung auch der Anteil an Personen im erwerbstätigen Alter, was mitunter auch negative Auswirkungen auf das Arbeitskräfteangebot im Gesundheitsbereich hat.

Aus diesem Grund wurde die Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland in manchen Ländern als Lösung für den Mangel an Ärzt/inn/en und Pflegekräften gesehen. Dabei muss jedoch immer berücksichtigt werden, dass eine Abwanderung von Pflegekräften und Ärzt/inn/en zu noch verstärkten Mangelsituationen in den jeweiligen Herkunftsländern führen kann (WHO Regionalkomitee für Europa 2007).

Pflegekräfte mit Migrationshintergrund stellen dennoch seit Jahren ein wichtiges Beschäftigungspotential in der Pflege dar. Die Ressourcen dieser Bevölkerungsgruppe

sollten deshalb nicht ungenützt bleiben, und auch jüngere Menschen können in diesem Feld eine Berufsperspektive finden (Friebe 2008).

Es wird somit klar, dass die Entwicklung und Verbesserung politischer Handlungskonzepte im Zusammenhang mit der Migration von Gesundheitsfachkräften als höchst notwendig anzusehen ist. Mehr dazu im nächsten Unterkapitel.

2.3.3 Politische Handlungsmöglichkeiten

Im Allgemeinen sollten in Ländern, die mit Zu- oder Abwanderung von Gesundheitspersonal konfrontiert sind, laut Buchan (2008) die folgenden großen grundsatzpolitischen Optionen verfolgt werden:

- *Maßnahmen zur besseren Überwachung der Migration von Gesundheitspersonal:*

- Die verfügbaren Daten müssen diesbezüglich verbessert und - wie bereits erwähnt - international vergleichbar gemacht werden. So kann ermittelt werden, welche Länder Maßnahmen zur Steuerung der Migrationsbewegungen benötigen, um negative Auswirkungen auf das Angebot zu verhindern.

“One key issue, for both country governments and international agencies, is developing a better understanding of the level and dynamics of the flows of health workers between countries, and into and out of the EU. This issue takes on greater prominence with the latest enlargement of the EU in May 2004.” (Buchan 2004: 58)

- *Maßnahmen zur Steuerung der Migrationsbewegungen:*

- Wenn die Politik in den Herkunftsländern zum Schluss kommt, dass die Abwanderung von Gesundheitsfachkräften negative Auswirkungen auf das Gesundheitssystem hat, muss sie diesen entgegen wirken. In Hinblick auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Aufstiegschancen oder der Bildungsmöglichkeiten kann sie vielleicht Unterstützung von internationalen Organisationen oder den Regierungen der Zielländer erhalten (Buchan 2003, 2008).

- Allerdings gibt es hier auch ein alternatives Szenario, wo die Politik einiger Länder gezielt die Abwanderung von Gesundheitsfachkräften fördert, um beispielsweise ein Überangebot im eigenen Land zu verringern.
- Aber auch für die Zielländer gilt es, die Trends in Bezug auf die Migration von Gesundheitspersonal zu überwachen, um klar zu machen, in welchem Ausmaß ein Land auf Fachkräfte aus dem Ausland angewiesen ist. Andererseits ist es genau so wichtig zu verstehen, warum eigenes qualifiziertes Personal fehlt (Buchan 2008).

„Der derzeitige Mangel an Forschungsergebnissen und Evaluierungen in diesem Bereich stellt jedoch eine große grundsatzpolitische Beschränkung dar.“
(Buchan 2008: Vorwort)

- *Allgemeine Verbesserung der Personalpolitik, -planung und -praxis im Gesundheitssektor:*

“The message [...] is that the main driver for the current high level of active international recruitment activity is nursing shortage in some industrialised countries. These destination countries have failed to ‘grow their own’ and ‘keep their own’ nurses [...] Nurse migration can be a symptom of deeper problems in nurse workforce planning, in either source or destination countries- or both.”
(Buchan 2003: 4)

- Denn die steigende Abhängigkeit vieler Länder von Pflegekräften aus dem Ausland ist oftmals ein Symptom von fehlgeschlagener Politik und fehlenden Investitionen in die Pflege. Mehrere Länder haben bislang, wie es scheint, nicht alles getan, um einen nachhaltigen, professionellen Pflegesektor aufzubauen und zu erhalten. Dabei sind anhaltende fehlende Bildungsinvestitionen in die Pflege ein Thema für alle Länder, die nun auf Pflegekräfte mit Migrationshintergrund angewiesen sind.
- Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Länder, die die meisten Pflegekräfte - nun als auch in Zukunft - benötigen, mehr finanzielle Mittel für die Pflegeaus- und Weiterbildung zur Verfügung stellen sollten. Diese sollten sowohl den inländischen, als auch den aus dem Ausland rekrutierten Pflegepersonen zugute kommen (Aiken et al 2004).

- Insgesamt muss der allgemeinen Personalplanung und –praxis im Gesundheitsbereich verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden und eine faire und gleiche Behandlung aller Gesundheitsfachkräfte, egal ob diese im In- oder Ausland ausgebildet wurden, garantiert sowie ihre Fertigkeiten genutzt werden.

Für viele Länder ist es eine große Herausforderung, die Gleichstellung der migrierten Arbeitskräfte gegenüber den einheimischen zu sichern. Zu berücksichtigen ist dabei ebenfalls die unterschiedliche Ausbildung in den einzelnen Ländern und die damit in Verbindung stehende Einstellung gegenüber Patient/inn/en und Ärzt/inn/en (Buchan 2006).

In diesem Zusammenhang wären auch eine Vereinheitlichung der Pflegeausbildung sowie Ausbildungsstandards auf internationaler Ebene anzustreben (Kingma 2006). Solche Verbesserungen können dazu beitragen, eventuelle negative Auswirkungen der Migration auf Gesundheitssysteme abzuschwächen und eine optimale Patientenversorgung zu garantieren.

- In Bezug auf eine optimale Patientenversorgung sind jedoch die kulturellen Erfahrungen der migrierten Pflegekräfte auch als Ressource, vor allem im Umgang mit Patient/inn/en mit Migrationshintergrund, anzusehen.

Denn das Kranksein und Altern von Migrant/inn/en weist in seinen Bedingungen zum Teil große Unterschiede zum Kranksein und Altern der ‚indigenen‘ Bevölkerung auf. Dies erfordert im Bedarfsfall modifizierte, womöglich auch völlig neue, Konzepte für Politik, Verwaltung und die Angebots- und Versorgungsstrukturen (Schmidt 2003).

Migration und Internationalisierung im Allgemeinen lassen somit neuen Bildungsbedarf in der Pflege entstehen. Es müssen daher entsprechende pflegerische Bildungsangebote entwickelt werden, die auch globales und interkulturelles Lernen beinhalten (Friebe 2003).

Ausführlichere Aspekte zum interkulturellen Lernen in der Pflege werden im nun folgenden Kapitel behandelt.

3 INTERKULTURELLE PFLEGESITUATIONEN

3.1 Zur Begrifflichkeit von Kultur in der Pflege

Professionelles Handeln sollte immer auch theoriegeleitetes Handeln sein. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie Kultur definiert wird und welches Konzept von Kultur dem pflegerischen Handeln zugrunde gelegt wird (Pfabigan 2007). Im Laufe der Geschichte sind sehr unterschiedliche Theorien zur Kultur entstanden, wobei in der Anthropologie seit den 1990er Jahren eine sehr heftige Debatte um den Kulturbegriff geführt wird. Aber auch im Kontext der Pflege findet unter anderem im deutschsprachigen Raum seit kurzem eine intensive Auseinandersetzung mit dem Kulturbegriff statt. Somit ist die Beschäftigung mit diesem Thema ebenfalls im Bereich der Pflege in Österreich relativ neu.

In der Pflegewissenschaft gelangte man diesbezüglich mittlerweile zur Erkenntnis, dass in der Pflege kein starres Kulturkonzept zu verwenden ist. Neben Ethnizität, Nationalität und Religionszugehörigkeit, spielen auch Gender, die soziale Klasse, Alter, Bildungsstand und Lebensstil eine bedeutende Rolle (Binder-Fritz 2003). So ist beispielsweise auch die Gesundheits- und Krankenpflege als kulturelles Teilsystem anzusehen, das über seine eigenen Normen, Werte, Sprache und Handlungsmuster verfügt (Pfabigan 2007).

Mit dem Begriff Kultur ist jedoch keineswegs ein starrer Rahmen für bestimmte Verhaltensweisen gemeint. Vielmehr handelt es sich um ein dynamisches Konstrukt, das sich den Alltagsanforderungen entsprechend immer wieder neu gestaltet. Kultur in diesem Sinne kann auch als Praxis verstanden werden, als veränderbares und heterogenes Muster von Handlungen (Mecheril 2008). Auch der Spitalsalltag ist häufig von Stereotypen geprägt, wobei zu bedenken ist, dass Vielfalt und nicht Einheitlichkeit innerhalb einer Kultur oder Gruppe herrscht und somit beispielsweise keineswegs generalisierend von ‚den türkischen Patient/inn/en‘ gesprochen werden kann (Binder-Fritz 2003). Komplexe Ausdifferenzierungsprozesse zwischen den Generationen sowie Regionen werden in diesem Zusammenhang kaum wahrgenommen (Geiger 1998). Die kulturelle Vielfalt lehrt uns, „sowohl innerhalb von Gesellschaften wie im internationalen Kontext von ‚Kultur‘ als Prozessen zu sprechen, die in der individuellen

und gruppenbezogenen Begegnung zu einer Konstruktion wechselseitiger Wahrnehmungen und Bilder von uns und den anderen führen. Diese werden als ‚Kultur‘ benannt.“ (Habermann 2002: 7)

„In der Kulturbetrachtung muss es also darum gehen, Diskurse und Kommunikation zu untersuchen und damit Untersuchungen zur Konstruktion von kulturellen Wirklichkeiten voranzubringen, anstelle der vergeblichen Suche nach Merkmalen von nationalen oder auch ethnisch bestimmten Identitäten. Kultur als Prozess, von individuellen und gruppenspezifischen Akteuren situativ und strategisch zur Geltung gebracht, ist bestimmt durch das kontinuierliche Aushandeln von Wertorientierungen und Handlungsformen. Der Diskurs ist dabei nicht nur von der Sprache bestimmt, sondern auch von Zeichensetzungen nichtsprachlicher Art“ (Habermann 2003: 204).

Kultur in diesem Sinne ist somit weder dem Fremden, noch dem Eigenen zuzuordnen, sondern sie entsteht dazwischen, in der Kommunikation.

Kulturelle Fremdheit und kulturelle Identität können nie für sich selbst stehen, sondern schließen ein Gegenüber stets mit ein. Denn das Fremde kann nur in Auseinandersetzung mit dem Eigenen erkannt werden (Habermann 2003). Andererseits ist durch die Betrachtung und Auseinandersetzung mit dem Fremden das Erkennen des Eigenen leichter möglich. In diesem Sinne kann Fremdbeschreibung auch bei der Selbstbeschreibung behilflich sein. Durch diese Auseinandersetzung werden eine Annäherung, ein Austausch und ein gegenseitiger Lernprozess möglich.

‚Fremd‘ und ‚Eigen‘ sind in Anlehnung an Uzarewicz (2002) soziale Konstrukte, die über den Sozialisations- und Enkulturationsprozess internalisiert werden. Menschen werden dabei zum kategorial Fremden, wenn sie in kollektiven Größen gedacht werden (zum Beispiel ‚die Türken‘, ‚die Frauen‘ etc.). Diese Verwendung des Fremdeheitsbegriffes führt zu Stigmatisierungen, welche durch den soziokulturellen Kontext und das jeweilige Kulturkonzept bestimmt werden (Uzarewicz 2002). Deshalb sollten wir unsere kulturellen Konzepte auch nicht als überall und allgemein gültige betrachten, sondern bedenken, dass sie nur einem historisch geprägten, ethnozentristischen Standpunkt entwachsen können (Dornheim 2003).

In Auseinandersetzung mit dem Kulturbegriff können auch verschiedene Wortbildungen differenziert werden: multi-, inter-, intra- und transkulturell.

Multikulturalität bedeutet, dass verschiedene Kulturen nebeneinander existieren (Uzarewicz 2002).

„So eignet sich multikulturell [...] für eine Zustandsbeschreibung von Situationen. Unsere Gesellschaften sind heutzutage in der Tat pluri- oder multikulturelle. In ihnen leben Individuen und Gruppen, die mehreren oder vielen unterschiedlichen Kulturen entstammen, oder sich auf mehrere beziehen.“ (Rey- von Allmen 1991: 156, zit. in Hinz- Rommel 1994: 32).

Multikulturell bezieht sich in diesem Sinne auf die Koexistenz, das bloße Nebeneinander der Kulturen.

Auf gesellschaftspolitischer Ebene bedeutet dies, dass im multikulturellen Modell Eigenes und Fremdes auf Distanz gehalten werden. Kulturen werden dabei als unveränderliche statische Größen angesehen, wobei jede Art der Vermischung als nachteilig betrachtet wird (Awart/ Touré 2001).

Hingegen meint ‚interkulturell‘ zwischen den Kulturen. Der Terminus bezieht sich auf eine Dynamik, einen Prozess, der Interaktionen und Interdependenzen mit einschließt. Es kommt dadurch die Notwendigkeit von positiven Interaktionen zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Teilen zum Ausdruck, wobei es sich dabei sowohl um eine Empfehlung, als auch um eine Methode oder Handlungsperspektive handeln kann (Rey- von Allmen 1991 in Hinz-Rommel 1994).

„Das Chiffre Interkulturell bezieht sich auf ein geteiltes und im Fluss befindliches Wissen darüber, dass sich Lebensformen und –äußerungen vervielfältigt haben- und dass eine angemessene Auseinandersetzung mit gesellschaftlicher Realität sich auf diese Diversität der Lebenslagen und Alltagswelten, der Sprachen und Gewohnheiten, der Empfindsamkeiten und Vermögen beziehen muss.“ (Mecheril 2008: 77)

Auf gesellschaftspolitischer Ebene verfolgt das interkulturelle Modell das Prinzip der Inklusion, welches laut Larcher (2000) sehr wünschenswert ist. Es gilt dabei der Leitsatz: ‚All different, all equal!‘ (Awart/ Touré 2001).

Intrakulturalität beschreibt Phänomene, die innerhalb einer speziellen Kultur vorhanden sind.

Der Begriff ‚transkulturell‘ hat bislang in die deutsche Fachliteratur kaum Eingang gefunden. Er beschreibt zwar etwas Grenzüberschreitendes, wobei Interaktionen nicht

ausgeschlossen sind, jedoch auch nicht explizit angesprochen werden (Hinz-Rommel 1994). Transkulturalität wendet sich gegen einen festgeschriebenen Kulturbegriff, wobei die heutige Durchdringung von Kulturen angezeigt werden kann. Damit könne der Hybridisierung aller Kulturen Rechnung getragen werden (Habermann 2003).

Im Bereich der Pflege hat vor allem Madeleine Leininger den Begriff der transkulturellen Pflege geprägt.

„Transkulturelle Pflege bezieht sich demnach ursprünglich auf das Kulturgrenzen überschreitende, das Grundlegend Gemeinsame, das Wesentliche von Pflege. Insofern stellt der Terminus ‚transkulturell‘ anthropologisch universelle Aspekte in den Mittelpunkt der Suche nach den fundamentalen allgemeinen Charakteristika von Pflege *an sich*, während der Begriff ‚interkulturell‘ die pflegerische Vielfalt, die spezifischen kulturellen Ausprägungen von Pflege thematisiert.“ (Uzarewicz 2002: 6).

Mit dieser Unterscheidung werden auch die unterschiedlichen Intentionen pflegerischen Handelns erkennbar. Auch im pflegewissenschaftlichen Kontext wird derzeit die Debatte um die Begriffe ‚trans‘- und ‚interkulturell‘ fortgeführt, wobei diesbezüglich die Interkulturalität den interaktiven Aspekt betont, der vor allem in der Pflegepraxis von besonderer Bedeutung ist - selbst wenn der essentialistische Kulturbegriff damit nicht überwunden werden kann. Welsch (1999) beispielsweise erkennt im Begriff der Interkulturalität noch die fälschliche Konzeption einer Gegenüberstellung von Kulturen. Kritikpunkt dabei ist allerdings, dass die Transkulturalität im Sinne von Welsch ein Ergebnis darstellt, wobei der Prozess, der dazu geführt hat, ausgeblendet wird. Die Konstruktion des Ergebnisses durch die Akteure im sozialen Feld wird dabei also nicht beobachtet (Habermann 2003).

Da jedoch, wie eben erwähnt, vor allem Interaktionen in der Pflege eine bedeutende Rolle spielen, erscheint es angemessen, von Interkulturalität zu sprechen.

In der vorliegenden Arbeit geht es größtenteils darum, die Unterschiede zwischen den verschiedenen Akteur/inn/en als Ausgangspunkt der pflegerischen Handlung anzusehen, um den jeweiligen Wünschen und Bedürfnissen entsprechen zu können. In diesem Sinne ist die Arbeit am Konzept der Interkulturalität orientiert, welches in weiterer Folge näher erläutert wird.

3.2 Aspekte einer interkulturellen Pflege

Die ständig komplexer werdenden kulturellen Settings von Pflegeteams und ihrer Patient/inn/en oder Klient/inn/en und die damit verbundenen oder angenommenen Verständigungs- oder Versorgungsprobleme im Gesundheitsbereich, stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit von Subdisziplinen der Pflegewissenschaft, die als ‚Inter- oder Transkulturelle Pflege‘ (im deutschsprachigen Raum), oder auch ‚Trans- oder Cross-Cultural Nursing‘³ (in der USA, UK) bezeichnet werden (Habermann 2003). In Anlehnung an das Resümee der Diskussion des vorigen Punktes wird im Zuge dieser Arbeit der Terminus ‚interkulturelle Pflege‘ Anwendung finden.

Interkulturelle pflegerische Settings bestimmen auch zunehmend den Alltag im Krankenhaus. Pflegende und Patient/inn/en kommen aus unterschiedlichen Kulturkreisen und bringen mitunter andere Lebensgewohnheiten, Wertvorstellungen, oder Erwartungen in die Gesundheits- und Krankenpflege mit ein. Somit verbindet auch die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden immer häufiger Menschen, die sich unterschiedlichen Herkunftskulturen zuordnen.

Die allgemeine Gesundheitsversorgung, die medizinische und pflegerische Versorgung, muss sich also zunehmend den Anforderungen einer immer vielschichtiger werdenden Klientel stellen.

Die Auswirkungen dieser zunehmenden Internationalisierung in sozialen und pflegerischen Arbeitsfeldern wurden mittlerweile auch vielfach zum Thema empirischer Forschung (Scheibler 1998).

Bisherige Forschungsergebnisse zu interkulturellen Pflegesituationen machen die Bedeutung an Handlungsbedarf allenfalls deutlich. Vor allem, wenn es um Probleme geht, die damit verbunden sind.

Bei einer genaueren Betrachtung dieser Probleme, beispielsweise im Umgang mit Patient/inn/en mit Migrationshintergrund, kann jedoch festgestellt werden, dass diese nur eine Vergrößerung der Probleme darstellen, die auch zwischen Patient/inn/en und

³ Als „Cross-Cultural- Studies“ werden ergänzende, kulturvergleichende Studien bezeichnet, in denen mehrere Kulturen Gegenstand der Diskussion werden (Habermann 2003).

Pflegenden des gleichen Kulturkreises auftauchen. In diesem Sinne können Fremdheitserfahrungen beispielsweise nicht auf Migrant/inn/en beschränkt werden.

Auch im Resümee einer Frankfurter Forschung zur interkulturellen Pflegesituation kommt dieser Aspekt zum Ausdruck. Es wird dabei deutlich, dass Probleme mit dem Gesundheitswesen und dem Krankenhaus nicht vorrangig aus kulturellen Unterschieden resultieren, sondern dass Patient/inn/en mit Migrationshintergrund diese Probleme nur verstärkt wahrnehmen. Dies ist vor allem auf Kommunikationsprobleme, institutionelle Rahmenbedingungen, kulturell bedingten Vorurteile und auf ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit zurückzuführen (Hunstein/ Dreut 1997 in Habermann 1998).

In Bezug auf diese Problematik sei auf folgende soziokulturelle Faktoren hingewiesen, die im Gesundheitsbereich - auch in Zusammenhang mit Migration - von zentraler Bedeutung sind:

- Zentral im Hilfeprozess zwischen Pflegebedürftigen und Gepflegten ist die Interaktion, wobei Sprache und Kommunikation die wichtigsten Mittel darstellen.
- Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie die Erwartungen an die Pflege können dabei von Kultur und Religion definiert werden. Kulturelle Differenzen gibt es hier sowohl in Bezug auf Normen und Werte, Alter und Familienvorstellungen, Religion etc.
- Migration kann zwar eine Veränderung der kulturellen Herkunftsfaktoren bewirken, jedoch darf das Ziel nicht die vollständige Anpassung an die Herkunftsgesellschaft sein (Friebe 2003).

Die Analyse einer interkulturellen Pflegesituation steht in diesem Zusammenhang auch in Verbindung mit dem Verständnis von Kultur.

„Kulturspezifische Erwartungen bzw. Wahrnehmungen im interkulturellen Pflegekontext bedürfen der kontinuierlichen Individualisierung im Pflegeprozess. Da der interkulturelle Pflegekontext die unterschiedlichsten Nationalitäten und ethnischen Gruppen umfasst [...] kann die Strategie, kulturspezifisches Wissen zu erwerben, nur begrenzt sinnvoll sein. Wichtig scheint vielmehr, die Aufmerksamkeit auf generelle Kompetenzen zur interkulturellen Verständigung

und gesicherte strukturelle Voraussetzungen für gelungene interkulturelle Pflegeleistungen zu richten.“ (Habermann 1998: 159f)

Mit der Forderung nach einer ‚kultursensitiven‘ und ‚migrationssensitiven‘ Pflege ist nun eine Diskussion in Gang gekommen, mit der aber auch gewisse Probleme verbunden sind.

Einerseits sind die theoretischen Grundlagen dafür noch nicht vollständig bestimmt. Andererseits stand anfangs vor allem ‚der/ die ausländische Patient/in‘ im Mittelpunkt der Forschung, wobei die kulturelle Vielfalt unter den Mitarbeiter/inne/n im Pflegebereich nicht oder nur wenig einbezogen wurde. Weiters ist es diesbezüglich wichtig, auch Voraussetzungen für eine kultursensitive Pflege als Anliegen einer gesamten Organisation zu schaffen und diese zu implementieren (Habermann 2002).

Bis zur Etablierung interkultureller Pflegekonzepte scheint es jedoch vor allem im deutschsprachigen Raum noch ein langer Weg zu sein. Wünschenswert wären hierfür praktische Handlungsansätze für interkulturelle Begegnungen - z.B. im Krankenhaus - die einen konstruktiven Umgang mit Fremdheit fördern und sich gut in den Praxisalltag integrieren lassen (Scheibler 1998). Vorrangiges Ziel dabei ist es, Pflege Techniken, die mit einer guten, professionellen Pflege verbunden sind, auch im interkulturellen Kontext zu betrachten und dementsprechende Anpassungen vorzunehmen (Habermann 1998).

Es folgt nun eine Diskussion über die konkreten Herausforderungen, aber auch Chancen, welche sich auf verschiedenen interkulturellen Ebenen im Pflegebereich - sowohl für Patient/inn/en, Pflegepersonen, als auch das Management- ergeben.

3.3 Chancen und Herausforderungen auf verschiedenen interkulturellen Begegnungsebenen

Interkulturelle Pflegesituationen beinhalten für alle Beteiligten eine Reihe von Herausforderungen, die mitunter als sehr problematisch für die pflegerische Arbeit wahrgenommen werden. Die Chancen, die sich jedoch im interkulturellen Pflegealltag ergeben, werden oft nur zögernd zur Kenntnis genommen.

Werden beispielsweise Pflegepersonen zu den Besonderheiten der interkulturellen Pflegesituation, vor allem im Umgang mit Patient/inn/en mit Migrationshintergrund befragt, so werden sprachliche Kommunikationsschwierigkeiten und damit verbundene Belastungen als die dominierenden Probleme genannt.

Diese stellen eine als professionell erachtete Pflege in vielerlei Hinsicht in Frage. Zum einen wird Kommunikation als Kern einer guten pflegerischen Beziehung angesehen. Andererseits kann auch der Pflegeprozess, der als zentrales Element einer professionellen Pflege gilt, nicht zufrieden stellend umgesetzt werden, wenn die Sichtweise der Patient/inn/en und Angehörigen aufgrund sprachlicher Einschränkungen darin unberücksichtigt bleibt (Habermann 1998).

Der Umgang mit anderssprachigen Patient/inn/en wird, wie die Ergebnisse einer Studie einer Osnabrücker Klinik zeigen, oft als unbehaglich erlebt. So finden beispielsweise mit nicht Deutsch sprechenden Patient/inn/en weniger typische Alltagsgespräche und allgemein auch weniger Beschäftigungen im diagnostischen und therapeutischen Bereich statt (Giesen 1992, 1993 in Habermann 1998).

Weitergehende Verständigungsschwierigkeiten, die über die sprachliche Ebene hinausgehen, ergeben sich aus der unterschiedlichen Wahrnehmung von Wertorientierungen und Verhaltensformen. Beispielsweise kann mangelnde Kenntnis über religiöse Rituale oder Geschlechterrollen von Migrant/inn/en zu Verunsicherung beim Pflegepersonal führen.

In einer bereits 1992 durchgeführten Studie in einem Frankfurter Krankenhaus wurden vom Pflegepersonal neben den Kommunikationsschwierigkeiten Probleme in Zusammenhang mit den vielen Besucher/inne/n ausländischer Patient/inn/en sowie die Intoleranz deutscher Patient/inn/en gegenüber ausländischen Patient/inn/en angesprochen (Gätschenberger 1993 in Friebe 2003).

Die eben genannten Interaktionsschwierigkeiten, die im Mittelpunkt des professionellen Handelns stehen, stellen aber nicht nur für den Umgang mit Patient/inn/en mit Migrationshintergrund, sondern auch für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund eine Herausforderung dar.

Wie auch die Ergebnisse des Projektes ‚MigA‘⁴ zeigen, gehören sprachliche Probleme von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund zu den meist genannten Defiziten aus Sicht von Einrichtungsleitungen. Diese ergeben sich auf den Sprachebenen der Alltagssprache, der Fachsprache und der Sprache im Kontext der Kommunikation mit Klient/innen, Angehörigen oder im Team.

So können diesbezüglich beispielsweise Schwierigkeiten bei der Dokumentation auftauchen. Andererseits können fehlende Sprachkenntnisse immer auch eine Quelle für Missverständnisse sein, gerade wenn es um den Beziehungsaspekt geht. Die fehlenden Deutschkenntnisse von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund werden dabei vorrangig als individuelle Defizite angesehen, die aus wenig Integrationswillen resultieren, wobei die Ressourcen der Mehrsprachigkeit nur selten anerkannt werden (Friebe 2006).

Weitere Schwierigkeiten, die von Leitungskräften der Altenhilfe im Rahmen des Projektes ‚EQUAL - SEPIA‘⁵ genannt wurden, waren Ablehnung von Seiten der Patient/innen, Bewohner/innen, Klient/innen, sowie das geringe Selbstwertgefühl der Migrant/innen (<http://www.ndz-pflege.de>). Diese Herausforderungen der interkulturellen Pflege werden aus Sicht von Einrichtungsleitungen genannt.

Aus Sicht der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund werden, wie aus den Ergebnissen der Studie ‚MAIZ‘⁶ zu entnehmen ist, die sprachlichen Barrieren weniger angesprochen. Schwierigkeiten mit der Sprache ergeben sich für die Teilnehmer/innen dieser Studie vor allem bei Telefongesprächen. Stärker betont werden aus Sicht der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund strukturelle und institutionelle Rassismen, Rassismus in der Zusammenarbeit mit Kolleg/innen, Vorgesetzten oder Patient/innen, sowie ein unterschiedliches Verständnis von Diversität und Multikulturalität (Carrington et al 2005).

⁴ Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege, durchgeführt vom Deutschen Institut für Erwachsenenbildung (DIE)

⁵ Projekt des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) zum Thema „Migrantinnen und Migranten als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung alter Menschen

⁶ Studie des Autonomen Integrationszentrums von und für Migrantinnen in Linz

Nicht zuletzt sind es jedoch vor allem die Patient/inn/en mit Migrationshintergrund selbst, die aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten mit Problemen in unserem Gesundheitssystem konfrontiert sind. Das Wiener Pilotprojekt ‚Gelebte Integration im Krankenhaus‘⁷ zeigte auf, dass Sprachbarrieren oftmals aufwändigere Abläufe bei der Behandlung mit sich bringen. Es dauert länger, bis die Patient/inn/en die richtige Therapie erhalten und sie müssen oft die Krankenanstalten beziehungsweise Ärzt/innen wechseln, da sie nicht richtig verstanden werden. Auch Fehldiagnosen sind dabei nicht ausgeschlossen. All diese Faktoren führen dazu, dass sowohl die Beschwerdedauer der Patient/inn/en als auch die Behandlungskosten erheblich ansteigen (Laurin 2004; Meyer 2008).

Insgesamt kann somit festgestellt werden, dass interkulturelle Pflegesituationen primär durch Kommunikationsschwierigkeiten gekennzeichnet sind, die in sprachlichen und nichtsprachlichen Deutungsproblemen zwischen allen Beteiligten, vorkommen. Nichtsprachliches Deutungsmaterial wird mitunter in den folgenden Themenfeldern bedeutsam: In der Körpersprache und Körpererfahrung, in den verschiedenen sozialen und beruflichen Rollenbildern, in Krankheits- und Gesundheitserfahrungen, etc (Habermann 2002).

Beim Kommunikationsvorgang sind in Anlehnung an Hinz-Rommel (1994) diesbezüglich die persönlichen, sozialen und kulturellen Hintergrunderfahrungen, sowohl des Senders als auch des Empfängers zu berücksichtigen. Unsere Nachricht so zu kodieren, dass sie über kulturelle Grenzen hinweg vom Empfänger verstanden wird, ist besonders schwierig. Jedoch bildet die interkulturelle Kommunikation nur einen Sonderfall der generellen Problematik gegenseitigen Verstehens (Hinz-Rommel 1994).

Wie aus den eben beschriebenen Ergebnissen der unterschiedlichen Studien hervorgeht, sind Fremdheitserfahrungen in interkulturellen Pflegesituationen sehr vielfältig und werden von allen Beteiligten wahrgenommen.

„Die Bearbeitung von Fremdheitserfahrungen ist daher eine wesentliche Bedingung zur Erweiterung der Handlungsspielräume und zur Bewältigung von Konflikten in der interkulturellen Pflegepraxis. Praktische Handlungsansätze für die interkulturelle Begegnung im Krankenhaus, die konstruktive Umgangsweisen

⁷ Pilotprojekt, das im Wiener Hanusch- Krankenhaus 2004 durchgeführt wurde

mit Fremdheit fördern und sich gleichzeitig in den Praxisalltag integrieren lassen, sind bisher vergleichsweise selten. Bis zur Etablierung interkultureller Pflegekonzepte- [...] scheint es ein langer Weg zu sein.“ (Scheibler 1998: 23)

Sprachkurse allein sind dabei nicht genug. Um in der interkulturellen Begegnung kompetent handeln zu können, ist es auch erforderlich, Kommunikationssignale nichtsprachlicher Art wahrzunehmen und ihre kulturelle Bedeutung angemessen interpretieren zu können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der interkulturellen Pflege besteht darin, nicht nur die herausfordernden, sondern auch die positiven Seiten der interkulturellen Arbeit zu sehen und zu berücksichtigen.

Diesem Aspekt kann im Konzept der ‚Diversity‘ Rechnung getragen werden,

„ein Denk- und Handlungsansatz, der einerseits in Wirtschaftsunternehmen entwickelt wurde, um die Potentiale der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser auszuschöpfen und den Bedürfnissen der Kundinnen und Kunden besser gerecht zu werden; zum anderen aber auch Resultat politischer Emanzipationsbewegungen ist, bei denen die verschiedenen benachteiligten Gruppierungen ihre Rechte eingefordert haben [...] Die Diversity- Perspektive sensibilisiert für unterschiedliche Erfahrungen, Sichtweisen, Wertorientierungen und Lebensstile, um Diskriminierungen entgegenzusteuern und in Konfliktfällen konstruktive Lösungen zu entwickeln.“ (Rommelspacher 2008: 128)

Beispielsweise ist die Mehrsprachigkeit eine besondere Fähigkeit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund, die grundsätzlich bei Verstehensproblemen mit anderssprachigen Patient/inn/en beziehungsweise Klient/inn/en hilfreich sein kann. Das unterschiedliche Pflege- und Krankheitsverständnis kann zu einem positiven Perspektivenwechsel führen, der kreative Lösungen für Pflegeprobleme erleichtern kann. Jedoch kommen diese Ressourcen meistens nicht allein zum Tragen, sondern sie müssen erkannt und gefördert werden (Friebe 2002, 2006).

In den Erhebungen des Projektes ‚MigA‘ wurden die Einrichtungsleitungen auch zu den besonderen Stärken und Ressourcen von Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund befragt. 18 % der Teilnehmer/innen sahen keine besonderen Stärken. Die meistgenannten positiven Eigenschaften bezogen sich auf eher allgemeine Eigenschaften wie Zuverlässigkeit, Freundlichkeit und hohen Arbeitseinsatz. Aber auch

durch ihre Vorbildung in den Herkunftsländern bringen Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund oft besondere Ressourcen in den Pflegealltag mit ein.

Im Gegensatz dazu gaben jedoch nur 5 % der Einrichtungsleitungen an, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Mitarbeiter/innen keine besonderen Defizite aufweisen. Vor allem sprachliche Schwierigkeiten wurden dabei als die schwerwiegendsten Defizite angesehen, wobei die Mehrsprachigkeit von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund kaum als Ressource anerkannt wurde. Zu bedenken dabei ist auch, dass Sprachen sehr unterschiedlich bewertet werden. Beispielsweise gelten Deutsch und Englisch heute als wichtig für jeden Beruf, wobei osteuropäische Sprachen, Türkisch oder Arabisch eher geringeren Status haben (Friebe 2006).

Von den 121 teilnehmenden Einrichtungen des Projektes ‚EQUAL-SEPIA‘ gaben die Leitungskräfte von 69 Einrichtungen an, überwiegend gute Erfahrungen mit interkulturellen Teams gemacht zu haben. Die Integration ins Team, sowie die Akzeptanz der Migrant/innen war dabei großteils vorhanden. 11 Einrichtungen erlebten die interkulturelle Zusammenarbeit im Pflegeteam als Bereicherung. Die Offenheit gegenüber anderen Kulturen sei dadurch allgemein angestiegen und die Toleranz im Team habe sich verstärkt (<http://www.ndz-pflege.de>).

Diese Offenheit gegenüber anderen Kulturen spielt vor allem eine wichtige Rolle, wenn Patient/innen mit Migrationshintergrund betreut werden. Generell sind Migration und Flucht von vielen belastenden Faktoren begleitet, wobei Fremdheit und Ausgrenzung häufige Erfahrungen von Migrant/innen sind. Diese Stressfaktoren haben Einfluss auf die psychische Gesundheit, wobei mehrere Studien belegen, dass die Krankheitsanfälligkeit unter Migrant/innen allgemein erhöht ist und es vermehrt zu psychosomatischen Erkrankungen kommt (Grottian 1991; Leyer 1991 in Binder-Fritz 2003).

„Das Kranksein der Migranten zeichnet sich häufig durch seine ganzheitliche Erlebensform, durch seine Multimorbidität und die dahinterstehende Somatisierung komplexer psychischer Überlastungen und vielschichtiger sozialer Problemlagen aus. Im Rahmen dieser sozialen Problemlagen und gesellschaftlichen Zuschreibungen fällt zumeist die Beurteilung der

Krankheitsbelastung wesentlich dramatischer aus als im Vergleich bei deutschen Patienten.“ (Collatz 1998: 52)

Daher sollte dem Migrationshintergrund und der Biographie des Menschen in der Pflege erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die interkulturelle Pflege sollte in diesem Zusammenhang in erster Linie an die jeweilige Lebenssituation und die entsprechenden Bedürfnisse der/des Einzelnen, und weniger an Kategorien wie zum Beispiel dem Herkunftsland, orientiert sein. Diesbezüglich sollte ein umfassender Umdenkprozess eingeleitet werden (Binder- Fritz 2003).

Biografiearbeit gilt heute als Merkmal ‚guter‘ Pflege, wobei damit das Subjekt in den Mittelpunkt der Pflegearbeit gestellt wird, die Lebensgeschichte aus interdisziplinärer Perspektive betrachtet wird und der Dialog mit dem/der Patient/in gefördert wird. Pflegepersonal mit Migrationshintergrund kann dabei eine sehr wichtige Rolle für Menschen spielen, die ihren sozialen Lebensraum verlassen und im Zuge von Migration mit neuen Aufnahmegesellschaften konfrontiert sind. Gerade ältere und altersverwirrte Menschen hängen meist sehr stark an ihrer Vergangenheit, ihren Wurzeln, ihrer Religion etc. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, die ähnliche Erfahrungen in ihrem Leben gemacht haben und aus anderen Herkunftsländern stammen, haben somit mitunter auch ein größeres Verständnis für die Erlebnisse der Vergangenheit. Biografisches Arbeiten in der Pflegepraxis ist in erster Linie auch Kommunikation, eine weitere Ressource von mehrsprachigen Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund (Friebe 2004). Bei Pflegenden wird dabei eine bestimmte Haltung gefordert, die Achtung vor der Lebensleistung des Klienten ausdrückt. Darüber hinaus setzt biografisches Arbeiten in der Pflege bestimmte Rahmenbedingungen in den Organisationen und die Kompetenz der Mitarbeiter/innen voraus.

Ebenso müssen insgesamt gewisse Organisationsentwicklungs- und Personalförderungsprogramme verfolgt werden, um eine gelungene interkulturelle Pflegepraxis zu gewährleisten. Mehr dazu im nun folgenden Kapitel.

3.4 Strategien zur Verbesserung einer interkulturellen Pflegepraxis

Für die Entwicklung einer gelungenen interkulturellen Pflegepraxis sind Entwicklungsprozesse und Veränderungen auf mehreren Ebenen und unter Einbeziehung aller Beteiligten erforderlich. Die Veränderungen müssen unter anderem auf den folgenden Ebenen stattfinden: durch die Pflegenden beziehungsweise im Pflegeteam, durch die Patient/inn/en und deren Angehörige und durch die Leitungspersonen (Scheibler 1998).

Diese Ebenen interkultureller Handlungsspielräume können beispielsweise im Krankenhaus unterschieden werden. Alle Ebenen können zur Verbesserung der interkulturellen Verständigung im Pflegealltag genutzt werden:

- *„Individuelle Ebene (Pflegeperson):* Erweiterung interkultureller Kompetenz
- *Teamebene (Pflegeteam):* Interkulturelle Pflege als Thema bearbeiten, Erfahrungsaustausch, Erarbeitung von Lösungsstrategien, gegenseitige Unterstützung
- *Organisatorische Ebene (Krankenhausleitung):* Raum für die Entfaltung kultureller Bedürfnisse zulassen, Unterstützung multikultureller Pflegeteams
- *Außerorganisatorische Ebene (Externe Vermittler):* z.B. Hinzuziehung von Dolmetschern, Unterstützung durch Sozialarbeiter
- *Patientenebene (Patienten/Angehörige):* Äußerung kulturspezifischer Bedürfnisse und Wünsche, aktive Mitgestaltung des Pflegeprozesses“ (Scheibler 1998: 23).

In Anbetracht dieser verschiedenen Handlungsansätze wird deutlich, dass die unterschiedlichen Wirkfaktoren nur in Kombination miteinander langfristig positive Veränderungen für einen interkulturellen Pflegealltag mit sich bringen können.

In Anlehnung an Habermann (2002) kommt dabei vor allem dem Management eine wichtige Position zu. Denn das Management gewährleistet die zielorientierte Gestaltung der Leistungserbringung in Pflegeeinrichtungen, was auch die Qualitätsentwicklung und –sicherung der interkulturellen Pflege mit einschließt. Bislang war dieses Thema jedoch inhaltlich wenig präsent und es wurden nur selten Maßnahmen zur interkulturellen Organisationsentwicklung durchgeführt. Dabei könnte eine interkulturelle Ausrichtung

des Managements, wie es beispielsweise in der Wirtschaft schon durchaus üblich ist, auch für die Pflege einen ressourcenorientierten Blick eröffnen (Habermann 2002).

Gestaltungsmöglichkeiten für ein interkulturelles Management in der Pflege ergeben sich ebenfalls wieder auf verschiedenen Ebenen:

So kann beispielsweise eine gezielte Personalentwicklung neue Wege eröffnen. Für Führungskräfte fallen dabei die folgenden Aufgaben an:

„Der gezielte Einsatz von muttersprachlichen Fachkräften, die Förderung interkultureller Fachkompetenzen und der Kommunikationsfähigkeit aller Fachkräfte einschließlich der interkulturellen Teamentwicklung sowie die Unterstützung der Fachkräfte bei der Erprobung von kultur- und migrationssensiblen Methoden und Medien.“ (Geiger 1998: 176f)

Wichtig dabei ist, dass das Pflegemanagement dabei die Ressourcen (Mehrsprachigkeit etc.) im Sinne der Personalentwicklung multikultureller Teams fördert und unterstützt. Denn diese Ressourcen kommen oft nicht alleine zum Tragen, sondern sie müssen erkannt werden (Friebe 2006).

Zu diesem zentralen Ergebnis kam auch die Studie ‚Gelebte Integration im Krankenhaus‘, durchgeführt im Wiener Hanusch-Spital. Das Ergebnis zeigt, dass multiethnische Teams ein angestrebtes Ziel im Gesundheitssystem sind. Dabei sollte schon bei der Personalauswahl überlegt werden, ob der bilinguale Aspekt nicht höher bewertet werden sollte, als so manche Zusatzausbildung (Laurin 2004).

Wie daraus gut ersichtlich wird, sind es in der Tat vorrangig die Leitungspersonen von Pflegeeinrichtungen, die eine Sensibilisierung des interkulturellen Kontaktes auf den verschiedenen Ebenen (individuelle Ebene, Teamebene, etc.) vorantreiben können.

Jedoch erfahren auch die Mitarbeiter/innen selbst in der interkulturellen Zusammenarbeit eine Stärkung ihrer Fachkompetenzen sowie der interkulturellen Teamfähigkeit (Geiger 1998).

Da im Besonderen die Sicherung der sprachlichen Verständigung als eine sehr zentrale Führungsaufgabe betrachtet werden kann, gilt es, diesen Aspekt nun noch genauer zu diskutieren. Denn qualitätsgerechte Pflege bedarf einer ausreichenden Kommunikation, wobei die Grundlage dafür die sprachliche Auseinandersetzung darstellt.

Unterschiedliche Strategien werden dazu vorgeschlagen, wobei die Möglichkeiten von der Größe der Einrichtung, den regionalen Vernetzungsmöglichkeiten und den finanziellen Möglichkeiten abhängig sind (Habermann 2002).

Diesbezüglich belegen die ersten Ergebnisse einer Studie zur Mehrsprachigkeit, die an der Universität Hamburg durchgeführt wurde⁸, dass auch der Pflegebereich zu den Berufsfeldern zählt, in denen die Beherrschung einer Migrantensprache ein besonderes Potential darstellt. Diese Untersuchung kommt zum Ergebnis, dass Herkunftssprachen meistens unsystematisch, selbstverständlich und zufällig genutzt werden. Die Konsequenz dieser ad hoc-Verwendung von Herkunftssprachen zeigt sich oftmals in einer zusätzlichen Arbeitsbelastung von Sprecher/innen von Herkunftssprachen, die am Arbeitsplatz neben ihren eigentlichen Aufgaben beispielsweise Dolmetschdienste erbringen, ohne dafür qualifiziert zu sein (Meyer 2008).

Möglichkeiten zur Lösung dieses Problems, die eine gezielte Förderung der Nutzung berufsbezogener Mehrsprachigkeit gewährleisten, liegen z.B. in:

- ausbildungsbezogenen Initiativen, wie zum Beispiel der Vorbereitung auf Sprachmittlertätigkeiten schon in der Krankenpflegeausbildung,
- Fortbildung und Training für bilinguale Mitarbeiter/innen, sowie
- begleitenden Initiativen, etwa zur Bedarfserhebung in einzelnen Bereichen beziehungsweise zur Bewusstseinsbildung bei den Verantwortlichen in Betrieben etc. (Meyer 2008).

Für alle Einrichtungen erscheint es in diesem Zusammenhang sinnvoll, die verfügbaren Sprachkompetenzen unter den Pflegekräften zu ermitteln und die Bereitschaft für Dolmetscherdienste zu fördern (Habermann 2002).

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, externe Dolmetschdienste hinzuzuziehen. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass dieses Angebot infolge fehlender Information, Unsicherheit beim Hinzuziehen professioneller Dolmetschdienste und aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen nicht ausreichend genutzt wird (Bischoff et al 2006).

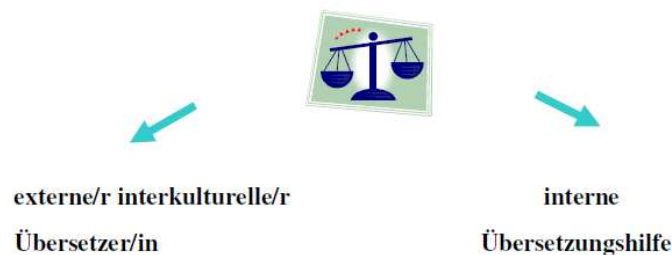
⁸ Nutzung der Mehrsprachigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund: Berufsbilder mit besonderem Potential, Zwischenbericht 2008

Beim Schweizer Pilotprojekt „Dolmetschen im Spital“⁹ wurde ein Klärungsversuch vorgenommen, in welchem Fall nun qualifizierte Dolmetscher hinzugezogen werden sollten und wann auf mehrsprachiges internes Personal zurückgegriffen werden kann.

Die folgende Tabelle zeigt die daraus resultierenden Entscheidungskriterien (Bischoff et al 2006: 55):

Entscheidungskriterien: „Externe oder interne Übersetzung?“

gering	←	Dringlichkeit	→	hoch
gut	←	Planbarkeit	→	schlecht
lang	←	Dauer	→	kurz
hoch, abstrakt	←	Komplexizität	→	tief, konkret
hoch	←	Tragweite/Konsequenz für den Patienten	→	gering
gut, mittelfristig	←	Verfügbarkeit der dolmetschenden Person	→	gut, kurzfristig
hoch	←	Emotionalität	→	tief
viele	←	kulturelle & religiöse Aspekte	→	wenige
vorgesehen	←	Nachfolgetermin	→	nicht vorgesehen



Wie aus der Tabelle (Bischoff et al 2006: 55) zu entnehmen ist, sollten interne Übersetzungshilfen hauptsächlich bei kurzen und ungeplanten Gesprächen, beispielsweise auch in Notfällen, eingesetzt werden. Es sollten damit keine Risiken verbunden sein und hauptsächlich einfache Maßnahmen erklärt werden.

⁹ Die Studie und das darin integrierte Pilotprojekt wurde im Auftrag von „Migrant Friendly Hospitals-Spitalnetzwerk für die Migrationsbevölkerung“ durch das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel durchgeführt.

Im Gegensatz dazu sollten in schwierigen sozialen Situationen, beziehungsweise bei komplexen Gesprächen, die planbar sind, nach Möglichkeit externe Dolmetscher herangezogen werden (Bischoff et al 2006).

Die folgenden allgemeinen Empfehlungen können darüber hinaus für Dolmetscheinsätze in der Praxis formuliert werden:

Grundsätzlich sollte es vermieden werden, Angehörige und ungeschulte Mitarbeiter/innen als ad hoc-Dolmetschende einzusetzen. Die Mitarbeiter/innen sollten in Schulungen auf diese Tätigkeit vorbereitet werden, sowie Supervisionen zur Reflexion nutzen können (Bischoff et al 2006; Habermann 2002).

Eine gute Möglichkeit für größere Anstalten, die verschiedenen Herkunftssprachen auf einen Blick sichtbar zu machen, bietet die Einrichtung einer internen Sprachenbank. Darin sollten die meistgebrauchten Sprachen durch mehrere Übersetzungshilfen vertreten sein, damit auch die rasche Verfügbarkeit gewährleistet ist. Für kleine Kliniken mit wenigen fremdsprachigen Mitarbeiter/innen ist die Einrichtung einer internen Sprachendatenbank aber nicht empfehlenswert (Bischoff et al 2006).

Förderung von internen Dolmetschdiensten heißt auch, dass die Mitarbeiter/innen Anerkennung für ihre Übersetzungsleistung erhalten und kulturspezifisches Wissen der Mitarbeiterschaft innerhalb der Organisation öffentlich gemacht wird (Habermann 2002).

Eine Steigerung der kulturellen Sensibilität der Mitarbeiter/innen kann auch durch allgemeine innerbetriebliche Fortbildungsmaßnahmen für alle Mitarbeiter/innen erzielt werden (Habermann 2002).

Ein zentrales Thema interkultureller Fortbildung bildet dabei die unterschiedliche Zusammensetzung der Teams in der Pflege, wobei die Interaktionen innerhalb dieser Teams nicht immer spannungsfrei sind. Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund berichten dabei häufig über Diskriminierungserfahrungen, die ihnen offen oder versteckt begegnen. Hierbei liegt es in der Aufgabe des Pflegemanagements, die Ressourcen im Sinne der Personalentwicklung interkultureller Teams zu fördern.

Auch die spezielle sprachliche und interkulturelle Förderung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund stellt ein sinnvolles und notwendiges Konzept dar. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass ein permanentes Angebot von ‚Ausländerkursen‘ zu neuen Stigmatisierungen und Ausgrenzungen führen kann und somit für eine Integration hinderlich ist (Friebe 2006). Beim Projekt ‚EQUAL-SEPIA‘ wurde die Fragestellung, ob Fortbildungen zum Thema ‚Arbeit im multikulturellen Team‘ erwünscht wären, von etwa 10 % der Einrichtungsleitungen mit ‚Ja‘ beantwortet. Knappe 40 % der Leitungen wünschten hingegen gezielte Fortbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund (<http://www.ndz-pflege.de>).

„Die Aufmerksamkeit in der interkulturell orientierten Personalentwicklung bedarf weiter einer positiven Würdigung der Mitarbeit von Migranten in der Pflege. Als Repräsentanten der Einwanderungsgesellschaft stellen sie- sofern sie ihre Ausbildung nicht schon in Deutschland absolvierten- pflegebezogene Erfahrungsvielfalt her und können Vermittlungstätigkeiten gegenüber Pflegebedürftigen leisten. Die bisherigen, negativen Vorzeichen der interkulturellen Begegnung der Pflegenden, bedingt durch die Anwerbungen in den Phasen des ‚Pflegenotstands‘ werden mit einer solchen, ressourcenorientierten Perspektive umgekehrt.“ (Habermann 2002: 17)

Der interkulturelle Bildungsbedarf in der Pflege wird aber vor allem auch an der Zunahme der Patient/inn/en sowie an der allgemeinen Zunahme der älteren Menschen mit Migrationshintergrund festgemacht. Die Integration der Menschen mit Migrationshintergrund erfolgt – wie auch schon in den vorigen Kapiteln angesprochen – nicht reibungslos, da sich andere Gesundheits- und Pflegebedürfnisse und andere Erwartungen in Bezug auf Institutionen stellen. Zur besseren Bewältigung solcher Situationen können Fortbildungsmaßnahmen beitragen. Eine Forderung nach Anpassung der Migrant/inn/en an gewisse Krankenhausregeln ist dabei jedoch nicht problemlösend, denn Vorstellungen, Werte und Normen, die bis dahin nur im privaten Raum bestanden haben, wirken nun in den öffentlichen Raum Gesundheitssystem hinein (Friebe 2003). In diesem Sinne sollten auch Patient/inn/en selbst kulturspezifische Wünsche äußern und somit den Pflegeprozess aktiv mitgestalten (Scheibler 1998).

Im Projekt ‚Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege‘ [iku:] des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung wurden dementsprechende Angebote für

leitendes und unterrichtendes Pflegepersonal erprobt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Erwartungen vieler Teilnehmer/innen oft auf Hilfestellungen im ‚Umgang‘ mit Patient/innen spezieller Herkunftsländer verbunden sind, wobei von Seiten des Personals kulturspezifische Handlungsanweisungen und von den Pflegebedürftigen Mitarbeit (Compliance) und Anpassung erwartet werden.

Es ist daher wichtig, die zentralen Elemente interkulturellen Lernens - wie die Selbstreflexion, oder den dynamischen Kulturbegriff - zu vermitteln, damit interkulturelles, grenzüberschreitendes Lernen stattfinden kann und die entsprechende Kompetenz als hilfreich im Kommunikationsprozess erkannt wird (Friebe 2003).

Zusammenfassend ist anzumerken, dass auf allen besprochenen Ebenen die Entwicklung und Erweiterung von interkultureller Kompetenz, die vor allem auf der individuellen Ebene eine wichtige Rolle spielt, ein bedeutendes Thema darstellt. Interkulturelle Kompetenz ist damit auch ein wichtiger Baustein zur Erweiterung interkultureller Handlungsspielräume im Krankenhaus. Was nun genau unter interkultureller Kompetenz zu verstehen ist, darüber soll das nächste Kapitel Auskunft geben.

3.5 Das Qualifikationsziel ‚interkulturelle Kompetenz‘

Die steigende Heterogenität von nebeneinander existierenden, unterschiedlichen Einstellungen, Denk- und Verhaltensmustern, Weltanschauungen und Perspektiven lassen im Zuge der Internationalisierung der Märkte und Dienstleistungen die Entwicklung einer interkulturellen Kompetenz als zunehmend wünschenswert erscheinen (Habermann 2002, 2003; Hauser 2003). So auch im Bereich der Pflege, deren Alltag von einer kulturellen und migrationsspezifischen Vielfalt unter den Bewohner/inn/en beziehungsweise Patient/inn/en und dem Personal im Pflegebereich geprägt ist.

„Mit dem Anspruch, innerhalb dieser Komplexität und Dynamik von Einflussfaktoren erfolgreich interagieren zu können, wird auch in verstärktem Maße die Notwendigkeit einer systematischen Entwicklung und Förderung interkultureller Kompetenzen erkannt.“ (Hauser 2003: 1)

Darüber stimmen die Meinungen der Autor/inn/en, die sich mit dieser Thematik beschäftigen, überein.

Weniger Übereinstimmung ist auf der Suche nach einer konkreten Definition von interkultureller Kompetenz zu finden. Bevor auf diese Frage genauer eingegangen wird, seien zunächst die gesellschaftlichen Hintergründe geklärt.

In Anlehnung an Stadler (1994) wird der Begründungsrahmen für interkulturelle Kompetenz mit zwei Schlagworten umrissen: ‚Internationale Diversität‘ und ‚Lokale Diversität‘.

Unter ‚Internationaler Diversität‘ werden Netzwerke internationaler Beziehungen verstanden, die aufgrund der Globalisierung entstehen.

„Die Wirtschaft verlangt nach mobilen Menschen, was einerseits als Steigerung von Lebenschancen und Herausforderungen, andererseits als Zwang und Verstärkung von Ungleichheit wirksam werden kann.“ (Beck 1997, zit. nach Sprung 2001: 34)

Interkulturelle Kompetenz ist in diesem Zusammenhang notwendig, um gesellschaftlich erfolgreich kommunizieren und handeln zu können.

Aber nicht nur im Kontext der Globalisierung spielt die Entwicklung einer interkulturellen Kompetenz eine tragende Rolle, sondern auch in der Alltagswelt im Sinne einer kulturellen Vielfalt der Mitglieder von Einwanderungsgesellschaften. Dies wird unter dem Begriff ‚Lokale Diversität‘ verstanden. So treffen im Wohnumfeld, in Schulen, am Arbeitsplatz oder im öffentlichen Raum Menschen unterschiedlicher Herkunft, Bildung und Sprache aufeinander. Verständigungsprozesse bedürfen auch hier bestimmter interkultureller Fähigkeiten (Sprung 2001).

Im Zuge von ständigen Individualisierungs- und Modernisierungsprozessen unserer Gesellschaft sollte Interkulturalität nicht nur auf den Kontakt zwischen Angehörigen unterschiedlicher ethnischer Gruppen beschränkt werden, sondern auch innergesellschaftlich erfahrbare ‚Fremdheit‘ inkludieren. Zu nennen wären hier milieuspezifische Differenzen, Subkulturen oder genderspezifische Aspekte.

Damit wird unter dem Begriff ‚interkulturelle Kompetenz‘ ein sehr weit reichender Anspruch verfasst, der über die Frage nach dem Umgang mit ethnischer Vielfalt

hinausreicht (Sprung 2001). Eine einseitige Sichtweise, die Migrant/inn/en auf ihre kulturelle Zugehörigkeit reduziert und andere Differenzen ausschließt, wird somit abgelehnt. Vielmehr geht es um interkulturelle und allgemeine professionelle Kompetenzen, die Handlungskontexte immer wieder unter migrationsspezifischen Fragestellungen betrachten und eine multiperspektivische Sicht ermöglichen (Fischer 2005).

Ausschlaggebend für mögliche Definitionen von interkultureller Kompetenz ist in diesem Zusammenhang somit die Frage, ob und wie der Begriff der Kultur definiert wird (Hauser 2003). Dieser wurde bereits in Kapitel 3.1. diskutiert.

Ein inhaltlicher Konsens zur konkreten Definition von interkultureller Kompetenz ist bislang noch nicht gegeben. Ein gewisser Grundkonsens besteht jedoch darin, interkulturelle Kompetenz als Bündel von Teilkompetenzen zu definieren, das sowohl Reflexionsfähigkeit bezüglich der eigenen kulturellen Identität als auch Handlungskompetenz erfasst (Fischer 2005). Bei mehreren Autoren wird zusätzlich die kognitive Kompetenz mit eingeschlossen (Gaitanides 2004).

Auf Basis einer Literaturrecherche hat Hinz-Rommel (1994) immer wieder genannte Komponenten einer interkulturellen Kompetenz in folgende Teilkompetenzen unterteilt:

- Einstellungen und Charakterzüge
 - Motivation und Interesse an interkulturellem Kontakt
 - Respekt gegenüber Sitten und Gebräuchen anderer Menschen
 - Unvoreingenommenheit, Verzicht auf negative Bewertungen etc.
- Kenntnisse und Fertigkeiten
 - Allgemeines Wissen und Bewusstsein über Kulturunterschiede
 - Kenntnisse über spezifische Kulturen
 - Sprachkenntnisse etc.
- Fähigkeiten
 - Kommunikationsfähigkeiten

- Ruhiges und kontrolliertes Verhalten bei Schwierigkeiten
- Fähigkeiten zur Lösung von Konflikten etc.

- Verhalten

- Respektvoller Umgang
- Interaktionsmanagement
- Ambiguitätstoleranz etc.

- Motivation

- Motivation und Interesse an interkulturellem Kontakt etc.

(Hinz- Rommel 1994; Habermann 2003)

Eine ausformulierte Definition, die viele der oben genannten Komponenten mit einschließt und sich vor allem auf das berufliche Umfeld bezieht, wurde von Fischer (2003) vorgenommen:

„Interkulturelle Kompetenz ist eine soziale Kompetenz oder Beziehungskompetenz, die sich in der Interaktion und Kommunikation zwischen dem hauptberuflichen Personal einer Einrichtung und Klienten mit Migrationshintergrund sowie im multikulturellen Team und in der Zusammenarbeit mit Freiwilligen realisiert. Sie umfasst eine Reihe von Teilkompetenzen, die sich auf einer Ich-, Wir-, Sach- und Organisationsebene weiter aufschlüsseln lassen. Sie weist kognitive, emotionale und handlungsbezogene Aspekte auf. Sie bezieht sich darüber hinaus auf einen Referenzrahmen in der jeweiligen Organisation in einer gegebenen historisch gesellschaftlichen Situation, die zugleich von globalen Prozessen bestimmt wird. Sie basiert auf einem Werteverständnis, in dem sich die Ziele für das Miteinander in der Gesellschaft widerspiegeln.“ (Fischer 2003: 35)

Diese Definition enthält mehrere Komponenten, die auch für den Gesundheits- und Sozialbereich und damit eingeschlossen die interkulturelle Zusammenarbeit im Krankenhaus nicht unwesentlich erscheinen.

Speziell für das Setting Krankenhaus beschreibt Scheibler (1998) die verschiedenen Ebenen interkultureller Handlungsspielräume, die unter anderem auch von Fischer (2003) genannt werden. Diese gliedern sich in die individuelle Ebene, die Teamebene, die organisatorische Ebene, die außerorganisatorische Ebene und die Patientenebene

(siehe auch Kapitel 3.4). Die Entwicklung und Erweiterung interkultureller Kompetenz wird dabei im Besonderen der individuellen Ebene, also der Pflegeperson selbst, im Sinne einer Sensibilität für kulturspezifische Bedürfnisse und Kommunikationsstrategien, zugeschrieben. Interkulturelle Kompetenz ist dabei ein Baustein, um interkulturelle Handlungsspielräume im Krankenhaus zu erweitern (Scheibler 1998).

Vor allem durch die zukünftig noch steigende kulturelle Vielfalt unter den Pflegebedürftigen als auch den Pflegekräften wird die Entwicklung einer interkulturellen Kompetenz in der Pflege zu einer weiterführenden Zielvorstellung. Dabei sollten Mitarbeiter/innen in allen Tätigkeitsbereichen in der Zusammenarbeit untereinander und gegenüber den Pflegebedürftigen zunehmend über diese Kompetenz verfügen. Aber auch pflegebedürftige Menschen benötigen in interkulturellen Einrichtungen, wo viele Pflegekräfte mit Migrationshintergrund tätig sind, ein gewisses Maß an interkultureller Kompetenz (Habermann 2003).

Beim Projekt ‚MigA‘, vom Deutschen Institut für Erwachsenenbildung durchgeführt, konnte festgestellt werden, dass Pflegende mit Migrationshintergrund gute Voraussetzungen zur Erlangung einer interkulturellen Kompetenz haben (siehe auch Kapitel 3.3). Sie verfügen über Wissen zu anderen Kulturen und gesellschaftlichen Verhältnissen, zu anderen Wertvorstellungen, Normen, Religionen, oder politischen Situationen. Sie sind mehrsprachig und kennen meist Strategien, sich in einer anderen Sprache auszudrücken. Sie haben selbst Migrationserfahrung und somit persönliche Erfahrung mit Gefühlen des Fremdseins und des Vertrauens. Doch dies alles bedeutet nicht, dass Pflegende mit Migrationshintergrund schon ‚automatisch‘ interkulturell kompetent handeln. Interkulturelle Personalförderung ist diesbezüglich wünschenswert (Friebe 2006). Dies beinhaltet, dass interkulturelle Kompetenz auch ein fester Bestandteil von Fort- und Weiterbildungen im Pflegebereich sein sollte (Wesselmann 2007). Nur dann kann die Fähigkeit gefestigt werden, das berufliche Handeln immer wieder vor dem Hintergrund der Einwanderungssituation zu reflektieren und interkulturelles Wissen für professionelles Handeln zu nutzen (Fischer 2005).

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden:

Für eine interkulturelle Orientierung und damit verbundene Umstrukturierung von Einrichtungen ist die Einstellung von Fachkräften mit Migrationshintergrund aus verschiedenen Gründen anzustreben:

einerseits um ihre interkulturellen Erfahrungen als Ressource zu nutzen, auch wenn nicht automatisch davon ausgegangen werden kann, dass diese sich in interkultureller Kompetenz umsetzt. Mehrsprachige Mitarbeiter/innen können aber oft die Verständigung mit anderssprachigen Patient/inn/en erleichtern und somit als Mittler zwischen Pflegenden und Patient/inn/en mit Migrationshintergrund fungieren. Durch den Einsatz von Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund können sich Patient/inn/en beziehungsweise Klient/inn/en in einer Einrichtung selbst wieder erkennen, was ein Stück weit ihre Fremdheit nehmen und eventuell auch den Heilungsprozess beschleunigen kann.

Dabei besteht jedoch oft auch die Gefahr, Probleme der Interkulturalität an das Personal mit Migrationshintergrund zu delegieren und damit die anderen Mitarbeiter/innen aus ihrer Verantwortung zu entlassen, sich selbst mit Interkulturalität auseinanderzusetzen und dementsprechende Kompetenzen zu erwerben.

Aus diesen Gründen ist die Entwicklung gleichberechtigter interkultureller Teams zu fördern, um ihre Vielfalt zu nutzen. Eine ethnische Arbeitsteilung sollte in diesem Fall jedoch vermieden werden. Hingegen sollte der interkulturelle Kompetenzerwerb aller Mitarbeiter/innen gefördert werden.

Nicht zuletzt ist der interkulturelle Wandel in Institutionen ein tief greifender Prozess, der alle Bereiche und Ebenen erfassen muss (Rommelspacher 2008).

4 MIGRATION VON PFLEGEKRÄFTEN AUS DER PERSPEKTIVE VON PFLEGEDIREKTOR/INN/EN- ERGEBNISSE EINER DELPHI - BEFRAGUNG

4.1 Methodik

Auf Basis einer Literaturrecherche, in die der aktuelle Forschungsstand zum Thema ‚Internationale Trends der Migration von Pflegekräften‘, mit speziellem Augenmerk auf die Situation in Österreich, eingearbeitet wurde, sowie allgemeine Aspekte einer interkulturellen Pflege diskutiert wurden, wurde im Rahmen der Diplomarbeit eine Delphi - Befragung von Pflegedirektor/inn/en durchgeführt.

Ein Überblick über die Ergebnisse der Literaturrecherche wurde bereits in den ersten beiden Kapiteln gegeben, weshalb dieses Kapitel nun auch der empirischen Untersuchung zum Thema ‚Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus aus der Perspektive von Pflegedirektor/inn/en‘ gewidmet sein soll.

Ein zusammenfassender Vergleich der Ergebnisse der Literatur, sowie der gewonnenen Ergebnisse aus der Delphi - Befragung wird im abschließenden nächsten Kapitel, im Fazit, stattfinden.

4.2 Die Delphi - Methode

4.2.1 Allgemeine Merkmale der Delphi - Befragung

Delphi - Befragungen werden als eine spezifische Form der Gruppenkommunikation, beispielsweise zur Bildung eines Gruppenkonsenses, für Zukunftsvorhersagen oder zur Ermittlung von Haltungen zu einem bestimmten Thema, angesehen und mit der Bearbeitung spezieller inhaltlicher Fragestellungen in Verbindung gebracht. In diesem Zusammenhang wird in mehreren Ansätzen immer wieder auch das besondere Potenzial von Delphi - Befragungen als Instrument für die Zukunftsforschung betont. Deshalb

eignet sich eine Delphi - Untersuchung sehr gut, um eine Beantwortung der Forschungsfragen der Arbeit zu ermöglichen.

Folgende Merkmale können für die Delphi - Methode als charakteristisch bezeichnet werden:

1. Verwendung eines formalisierten Fragebogens;
2. Befragung von Expert/inn/en;
3. Anonymität der Expert/inn/en;
4. Ermittlung eines Konsenses (einer statistischen Gruppenantwort);
5. Information der Teilnehmer/innen über die zusammengefassten Resultate;
6. Durchführung mehrerer Befragungsrunden, wobei die in der vorigen Runde erhobenen Ergebnisse mit eingearbeitet werden sollen (Häder/Häder 2000 in Mayer 2002).

Ad.1: In Delphi- Befragungen werden stets schriftliche Fragebögen verwendet, die meist eine Kombination von offenen und geschlossenen Fragen beinhalten. In der ersten Runde werden dabei oft offene Fragen gestellt, wonach die Antworten mittels inhaltsanalytischer Techniken zusammengefasst und in den Fragebogen der folgenden Runde integriert werden. In dieser zweiten Runde können die Ergebnisse beispielsweise mittels standardisierter Verfahren einer Bewertung unterzogen werden.

Es gibt aber auch Delphi - Befragungen, in denen bereits in der ersten Runde ein standardisierter Fragebogen verwendet wird. Dies ist dann möglich, wenn eine umfassende Literaturrecherche oder vorangegangene empirische Untersuchungen stattgefunden haben (Abderhalden/ Needham 1999).

Ad.2: Seit Entwicklung der Delphi - Methode wurde davon ausgegangen, dass Expert/inn/en eher in der Lage sind, in ihrem Fachgebiet zuverlässige Schätzungen über zukünftige Entwicklungen abzugeben, als zufällig ausgewählte Personen. Diese Annahme ist jedoch nicht delphispezifisch, sondern ist dadurch zu begründen, dass Expert/inn/en zum Teil über ein größeres fachliches Wissen verfügen als Nichtexpert/inn/en (Strobl 2000).

Ad.3: Die Vorteile einer Wahrung der Anonymität der Teilnehmer/innen lassen sich vor allem auf psychologischer und soziologischer Ebene begründen. Dadurch können negative Faktoren der Gruppenkommunikation, wie zum Beispiel bei Gruppendiskussionen, verhindert werden (Strobl 2000). Grundsätzlich erfolgt bei Delphi - Befragungen auch eine Reduktion von spontanen Gruppenprozessen, wie sie beispielsweise bei Gruppendiskussionen vorkommen, wodurch die Kommunikation im Allgemeinen strukturierter abläuft als bei Gruppendiskussionen. Dennoch lässt sich daraus eine prinzipielle Überlegenheit von Delphi - Befragungen nicht begründen (Häder 2002).

Ad.4: Bei Delphi - Befragungen werden immer mehrere Expert/inn/en zu einem gewissen Themengebiet befragt, da das Urteil einer einzelnen Person für die Erstellung zuverlässiger Prognosen nicht ausreichen würde. Die durch die Befragung gewonnenen, oft sehr unterschiedlichen Einzelurteile, müssen aber zu einem Gruppenergebnis verdichtet werden, was beispielsweise durch eine statistische Verarbeitung möglich wird. Im Rahmen von Delphi - Befragungen sind dabei bereits verschiedene Methoden der Statistik zum Einsatz gekommen (Strobl 2000).

Ad.5: Die Rückinformation an die Teilnehmer/innen ist ein wichtiger Grundbestandteil von Delphi - Befragungen. Die Strategien für ein Feedback sind sehr vielfältig und können von der Rückmeldung von Mittelwerten, Streuungsmaßen, graphischen Darstellungen, Tabellen, bis hin zu verbalen Äußerungen reichen. Bisher existieren hier keine Standards für die Gestaltung des Feedbacks (Häder 2002).

Ad.6: Eine Befragung über mehrere Runden mit inkludierter Ergebnissrückkoppelung hat seit der Entwicklung der Delphi - Methode zum Ziel, eine Konvergenz, also eine Angleichung der Meinungen in Richtung des wahren oder richtigen Wertes, herbeizuführen. Für die genaue Anzahl der Befragungsrunden in Delphi - Befragungen gibt es bisher keine Standards. Die Zahl der erforderlichen Befragungsrunden steht allenfalls in engem Zusammenhang mit dem durch die Studie verfolgten Ziel. Grundsätzlich werden die Ergebnisse von Delphi - Befragungen bereits akzeptiert, wenn sie nur einmal wiederholt worden sind (Häder 2002). So würden beispielsweise bei

einer Delphi - Befragung, die lediglich die Entwicklung von Ideen zum Ziel hat, zwei Runden ausreichen, wohingegen bei einer Delphi - Befragung zur Ermittlung eines Konsenses mehrere Runden notwendig sein werden.

Mehr zu den unterschiedlichen Zielsetzungen und Typen von Delphi - Befragungen im nun folgenden Unterkapitel.

4.2.2 Typen von Delphi- Befragungen

Bei der Entscheidung für die Anwendung eines Delphi- Verfahrens sollte so genau wie möglich klar sein, worin das Ziel der jeweiligen Studie besteht.

„Die freigiebig praktizierte methodische Beliebigkeit beim Umgang mit Delphi-Befragungen [...] gilt einigen Anwendern als ein besonderer Vorzug dieser Methode [...] Damit liegt die Idee nahe, das Instrument Delphi- Befragungen nicht länger als einen kompakten Universalansatz zu betrachten, sondern es gezielter für bestimmte Ziele auszuarbeiten bzw. zu modifizieren und dann entsprechend auf das jeweilige Ziel ausgerichtet einzusetzen.“ (Häder 2002: 29f)

In Anlehnung an Häder (2002) können basierend auf einer Durchsicht von Berichten über die Anwendung von Delphi - Befragungen die folgenden vier Typen unterschieden werden:

Typ 1: Delphi - Befragungen zur Ideenaggregation

Die im Rahmen von Delphi - Befragungen genutzte Expertise kann hier genutzt werden, um beispielsweise bestimmte Problemlösungsvorschläge zu bearbeiten. Die Besonderheit an diesem Typ der Delphi - Methode ist, dass es sich um einen ausschließlich qualitativen Ansatz handelt. Es wird dabei auf die quantifizierenden Runden verzichtet, stattdessen werden die (qualitativen) Ergebnisse der ersten Runde den Expert/inn/en mitgeteilt und erneut qualitative Urteile dazu eingeholt.

Ziel einer solchen Befragung ist es, so viele Ideen wie möglich hervorzubringen und möglichst unterschiedliche Vorschläge und Problemlösungsstrategien zu entwickeln.

Die Expertenrunde sollte dabei interdisziplinär zusammengesetzt sein, wobei auf die Anonymität der Teilnehmer/innen verzichtet werden kann. Der Vorzug dieser Methode ist, dass bereits eine geringe Anzahl an Teilnehmer/inne/n ausreicht, um zu einer befriedigenden Lösung zu gelangen.

Typ 2: Delphi- Befragungen für eine möglichst exakte Vorhersage eines unsicheren Sachverhalts bzw. für dessen genaue(re) Bestimmung

Das Ziel dieses Typs besteht darin, eine erhöhte Klarheit über einen bestimmten, unsicheren Sachverhalt, zu erlangen.

Die Ergebnisse einer solchen Art von Delphi - Befragungen – beispielsweise ein vorhergesagter Sachverhalt – werden dann mit dem tatsächlich eingetretenen Tatbestand verglichen. Darin kann der Erfolg des Einsatzes schließlich gemessen werden.

Grundsätzlich entspricht dieser Typ dem klassischen Anliegen, welches Delphi-Verfahren zunächst verfolgt haben. Es wird dabei oft versucht, die Zukunft zu determinieren, oder gar zu planen, was in der Nachkriegszeit mit dem Begriff ‚Forecasting‘ bezeichnet wurde.

Typ 3: Delphi - Befragungen zur Ermittlung und Qualifikation der Ansichten einer Expertengruppe über einen diffusen Sachverhalt

Dabei geht es darum, die Meinungen einer konkret bestimmbar Expertengruppe einzuholen und dabei zu qualifizieren.

„Die Resultate solcher Studien dienen dann beispielsweise dazu, um gezielte Schlussfolgerungen für erforderliche Interventionen abzuleiten, um auf ein auf diese Weise ermitteltes Problem zu reagieren, oder um eine Sensibilisierung gegenüber befürchteten Fehlentwicklungen zu erreichen.“ (Häder 2002: 32)

Dieses Konzept unterscheidet sich vom Typ 2 insofern als es nicht versucht, die Zukunft genau vorherzusagen oder zu planen. Es soll dabei lediglich eine Kommunikation über die Zukunft angeregt und verschiedene Möglichkeiten der Gestaltung der Zukunft diskutiert werden.

Die verschiedenen Expertenmeinungen werden dafür sowohl qualitativ als auch quantitativ eingeholt, wodurch ihre Mehrheitsfähigkeit dargestellt und geprüft werden kann.

Typ 4: Delphi - Befragungen zur Konsensbildung unter den Teilnehmer/innen

Schließlich existieren auch Delphi - Verfahren, die es sich zum Ziel gesetzt haben, ein möglichst hohes Maß an Konsens unter den Teilnehmer/innen zu schaffen. Dabei sollte der Sachverhalt, der diskutiert wird, möglichst genau vorstrukturiert werden, da es schwierig ist, Übereinstimmung über einen sehr abstrakten Sachverhalt zu schaffen.

Der besondere Aufwand an einem Konsens - Delphi besteht darin, dass es so lange fortgesetzt werden muss, bis die Streuung der Antworten einen gewissen Wert erreicht hat und somit ein gewisser Konsens unter den Teilnehmer/inne/n festzustellen ist. Weiters muss es sich bei den Teilnehmer/inne/n nicht nur um wissenschaftliche Expert/inn/en handeln, sondern es können auch Interessensgruppen beziehungsweise andere interessierte Personen miteinbezogen werden. Für die Schaffung von Konsens werden allerdings sehr vieler Teilnehmer/innen benötigt, die in der Folge auch dazu bereit sind, sich der Mehrheitsmeinung anzuschließen (Häder 2002).

Nachdem nun aufgezeigt wurde, welche unterschiedlichen Ansätze zur Anwendung einer Delphi - Befragung existieren, wird klar, dass es sehr wichtig ist, sich bereits im Vorfeld intensiv mit den Zielen der jeweiligen Studie auseinander zu setzen.

Für die Zielrealisierung der in dieser Arbeit geplanten Befragung wurde der Typ 3, eine ‚Delphi - Befragung zur Ermittlung und Qualifikation der Ansichten einer Expertengruppe über einen diffusen Sachverhalt‘, herangezogen.

Die verschiedenen Expertenmeinungen wurden hierfür sowohl einer qualitativen, als auch quantitativen Bewertung unterzogen. Dabei ging es weniger darum, die Zukunft genau vorherzusagen, sondern es sollte eine Kommunikation der Pflegedirektor/inn/en über die aktuelle und zukünftige Positionierung von Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund im Krankenhaus angeregt werden sowie Möglichkeiten der Gestaltung der Zukunft erforscht werden. Nähere Informationen zum konkreten Vorgehen sind aus dem Studienplan (Punkt 4.3) zu entnehmen.

Zuvor sei noch kurz auf die Vor- und Nachteile der Delphi - Methode eingegangen.

4.2.3 Vor- und Nachteile der Methode

Prinzipiell ist es möglich, gleiche inhaltliche Ziele auch mit verschiedenen Ansätzen zu verfolgen. Welche konkreten Vor- und Nachteile Delphi - Verfahren, unter anderem im Vergleich zu besonders ‚verwandten‘ Verfahren wie Gruppendiskussionen oder Expertenbefragungen, aufweisen, soll nun herausgearbeitet werden. Generell macht es keinen Sinn, nach einer Hierarchie der verschiedenen Ansätze zu suchen, sondern es

geht vielmehr darum, für die jeweilige Problemstellung den geeignetsten Ansatz auszuwählen (Häder 2002).

Ein wichtiger Vorteil der Delphi- Befragung gegenüber einmaligen Befragungen besteht in der gezielten Auslösung kognitiver Prozesse aufgrund mehrerer Befragungsrunden und der damit verbundenen Verbesserung der Expertenurteile. Ein Nachteil, der sich dadurch ergibt, ist der erforderliche größere Zeitaufwand.

Ein weiterer Vorteil ergibt sich dadurch, dass die Delphi - Befragung an keinen bestimmten Ort zu einem fixen Zeitpunkt gebunden ist, wie es beispielsweise für Gruppendiskussionen vorausgesetzt werden muss. Sie ist somit flexibel handhabbar.

Bezüglich der Gruppendynamik werden die Teilnehmer/innen bei Delphi- Befragungen zwar in einem anonymen Feedback über die Gruppenmeinung informiert, jedoch besteht infolge der Anonymität relativ geringer Konformitätszwang bezüglich der weiteren Urteile. In diesem Zusammenhang ist auch keine Beeinflussung durch einen Meinungsführer möglich. Auch diese Aspekte könnten als grundsätzliche Vorzüge gegenüber anderen Methoden angesehen werden.

In Anbetracht der unterschiedlichen Typen von Delphi- Befragungen sind ebenfalls gewisse Unterschiede in der Verwendung verschiedener Methoden erkennbar, die gewisse Vor- und Nachteile mit sich bringen.

Bei Verfahren, die eine Ideenfindung beziehungsweise die Aufklärung unsicherer Sachverhalte zum Ziel haben, konnte diesbezüglich bislang kein verallgemeinerbarer Vorzug einer bestimmten methodischen Umsetzung klargestellt werden. Hier gilt, sich am Ziel der Studie zu orientieren und sich dann zu entscheiden.

Eine andere Situation liegt jedoch vor, wenn das Ziel der Forschung darin besteht, Gruppenmeinungen zu qualifizieren. Beispielsweise muss bei Gruppendiskussionen die Gruppe in diesem Fall eher als Störfaktor angesehen werden. Mechanismen, die - wie in face-to-face Situationen - aufgrund der Anpassung der eigenen Antworten infolge der sozialen Erwünschtheit auftreten, können hingegen in der anonymen Delphi- Befragung vermieden werden. Wenn es daher darum geht, die Meinungen von verschiedenen Expert/inn/en zu ermitteln und zu qualifizieren, bietet sich die Delphi- Befragung als geeignetste Methode an.

Jedoch sind Gruppenbesprechungen nicht grundsätzlich als nachteilig anzusehen, da im Verlauf des Gruppengeschehens auch kognitive Prozesse ausgelöst werden können, die bei einzelnen Einschätzungen nicht möglich sind.

Ein letzter wesentlicher Pluspunkt von Delphi - Befragungen gegenüber anderen Methoden liegt im verhältnismäßig geringen finanziellen Aufwand, der unter anderem auch nicht unwesentlich ist (Häder 2002).

Natürlich sind dem Delphi - Ansatz aber keineswegs nur die eben beschriebenen positiven Eigenschaften zuzuschreiben, sondern er wird auch mehrfach kritisiert und angezweifelt. Bereits 1975 veröffentlichten Linstone und Turoff unter dem Titel ‚Eight Basic Pitfalls: A Checklist‘ eine Auflistung der im Rahmen von Delphi- Befragungen am häufigsten auftretenden Fehlermöglichkeiten (Linstone/Turoff 1975). Ausschnittsweise seien diese hier aufgezeigt.

Zum Teil sind es zu diffuse Zielvorstellungen und undifferenzierte methodische Standards, die Anlass zur berechtigten Kritik am Delphi - Ansatz geben.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Tatsache, dass selbst Expert/inn/en nicht immer dazu in der Lage sind, korrekte Aussagen über zukünftige Ereignisse in ihrem Arbeitsfeld zu treffen (Häder 2002). Dieser Aspekt wird von Linstone/Turoff (1975) unter dem Begriff ‚Illusory Expertise - Täuschung durch Expertise‘ zusammengefasst.

Einzelne Autor/inn/en beurteilen die Delphi - Methode auch grundsätzlich als unwissenschaftlich (Lang 1998; Strauss/ Zeigler 1975 in Abderhalden 1999).

Andererseits fungiert die Delphi - Methode in der Pflegeforschung als anerkannte und oft angewandte Methode bei wissenschaftlichen Untersuchungen. Kritikpunkte, die jedoch auch hier angeführt werden sind, dass die Zusammenstellung der Expertenrunde oft willkürlich erscheint, dass die Resultate immer personenspezifisch und situationsspezifisch und damit nicht überprüfbar sind und, dass die Resultate in hohem Maße von den Forscher/inne/n beeinflusst sind (Lang 1998 in Abderhalden 1999). Diese Kritikpunkte decken sich mit dem, was Linstone/ Turoff (1975) mit dem Begriff ‚Sloppy Execution- Schlampige Durchführung‘ zusammengefasst haben.

Die Enttäuschungen im Umgang mit den Ergebnissen von Delphi - Befragung sind dabei oft in der Erwartungshaltung begründet, die Zukunft genau vorhersagen zu wollen (Häder 2002). Auch dieser Punkt wurde bereits von Linstone/Turoff (1975) angesprochen und als ‚Prediction Urge - Das Bedürfnis nach exakter Voraussage‘ bezeichnet.

Deshalb erscheint es sehr wichtig, bereits im Vorfeld über das Ziel der Studie nachzudenken und dieses so zu formulieren, dass es auch realistisch umzusetzen ist. Beispielsweise kann es schon eine wichtige Zielvorstellung sein, einen Austauschprozess unter den Expert/inn/en auszulösen und Möglichkeiten einer Gestaltung der Zukunft aufzuzeigen. Denn exakte Vorhersagen sind nicht immer das, was wirklich benötigt wird.

4.3 Studienplan

4.3.1 Übersicht und Zeitplan

Die folgende Übersicht stellt die konkreten Schritte, die im Rahmen der Delphi-Befragung unternommen wurden, dar. Genauere Ausführungen zu den einzelnen Arbeitsschritten sind unterhalb angeführt.

<i>November</i>	<i>Dezember</i>	<i>Januar</i>	<i>Februar</i>	<i>März</i>	<i>April</i>
Planung der Empirie und des Designs	Identifikation und Rekrutierung der Pflege-direktor/inn/en Entwicklung der methodischen Instrumente für Runde 1	Ankündigungs-mail Versand Delphi 1 Erinnerungsschreiben	Rücklauf Delphi 1 Auswertung 1 Entwicklung des Instruments für Runde 2	Versand Delphi 2 Rücklauf Delphi 2	Auswertung 2

4.3.2 Methodische Schritte

Planung der Empirie und des Designs der methodischen Umsetzung

in Anlehnung an Häders (2002) Tipps zur Planung von Delphi - Befragungen

- Den Ausgangspunkt für die Durchführung der Delphi- Befragung bildete das zu bearbeitende Problem und die dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen. Da nach Abschluss der Literaturrecherche noch nicht ausreichend Wissen vorlag, um zu einer Problemlösung zu kommen, mussten solche Informationen zunächst selbst zum Gegenstand der Delphi - Studie gemacht werden. Hierzu wurde eine einführende qualitative Befragungsrunde der Expert/inn/en geplant, um zu einer Konkretisierung des Themas zu gelangen.
- Weiters musste abgeklärt werden, um welchen Typ einer Delphi - Befragung es sich handeln soll (vgl. Punkt 4.2.2.). Vorrangiges Ziel der Studie war es, die Meinungen einer konkret bestimmbarer Expertengruppe - Pflegedirektor/inn/en - zu erheben und dabei zu qualifizieren. Aus diesem Grund bot sich der Typ 3, eine ‚Delphi - Befragung zur Ermittlung und Qualifikation der Ansichten einer Expertengruppe über einen diffusen Sachverhalt‘ sehr gut an, um eine Beantwortung der Forschungsfrage zu ermöglichen (Häder 2002). Es wurde dafür sowohl eine qualitative als auch eine quantitative Befragungsrunde geplant. Ziel dabei war es, eine Kommunikation von Pflegedirektor/inn/en über die aktuelle und zukünftige Positionierung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus anzuregen, sowie Möglichkeiten der Gestaltung der Zukunft zu erforschen.
- In diesem Zusammenhang musste auch eine Vorentscheidung über die Anzahl der geplanten Befragungswellen getroffen werden. Im Falle dieser Befragung erschienen zwei Befragungsrunden als ausreichend, da es nicht um die Herausbildung eines Gruppenkonsenses ging.
- Nachdem das mit der Delphi - Befragung verbundene Interesse bestimmt wurde, musste in einem weiteren Schritt die Struktur der zu befragenden Expertengruppe bestimmt werden. Da mithilfe der Studie vor allem die Perspektive von Pflegedirektor/inn/en eingeholt werden sollte, erschien eine reine Befragung dieser Berufsgruppe als ausreichend. Im Mittelpunkt stand

dabei jedoch das Setting Krankenhaus, weshalb eine Einschränkung von Pflegedirektor/inn/en in Krankenanstalten stattfinden konnte.

- Nun konnte der Modus des Zugangs zu den Teilnehmer/inne/n bestimmt werden, wobei sich die einfache und kostengünstige Strategie, die Fragebögen mittels E-Mail zu verschicken, anbot.

Identifikation und Rekrutierung der Pflegedirektor/innen

- Als Grundgesamtheit galten dabei zunächst alle Pflegedirektor/inn/en von öffentlichen und privaten Krankenhäusern in Österreich. Da diese Anzahl an Personen aber die mir zur Verfügung stehenden Ressourcen überschritten hätte, wurde die Grundgesamtheit auf die Pflegedirektor/inn/en aller öffentlichen und privaten Krankenanstalten in Ostösterreich (in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland) beschränkt. Angestrebtes Ziel der Rekrutierung war dabei eine Totalerhebung. Zur Identifikation der infrage kommenden Expert/inn/en wurde eine Internetrecherche herangezogen, wodurch die Adressen und E-Mail-Adressen aller Pflegedirektor/inn/en in den Spitälern Ostösterreichs ermittelt werden konnten.
- Grundsätzlich kann bei Studien dieses Typs angenommen werden, dass mit der Größe der Expertengruppe auch die Kompetenz zunimmt. Es ist jedoch damit nicht gesagt, dass solche Resultate dann auch die Zukunft treffsicherer vorhersagen (Häder 2002).
- Folgende Merkmale für die Struktur der Expertengruppe können für diese Studie beschrieben werden:
 - Erstens die Zuordnung der Expert/inn/en zum jeweiligen inhaltlichen Fachgebiet - Pflegedirektor/inn/en,
 - zweitens die Herkunft der Teilnehmer/innen aus verschiedenen Bereichen- öffentliche und private Krankenanstalten
 - und drittens die Herkunft aus unterschiedlichen geographischen Regionen - Wien, Niederösterreich und Burgenland.

Entwicklung der methodischen Instrumente für Runde 1

- Vor Aussendung der Delphi - Fragebögen war es zunächst notwendig, die Teilnehmer/innen über Ziel und Umfang der Studie zu informieren und ihre Zusage für eine Teilnahme einzuholen. Zu diesem Zweck wurde ein Ankündigungsmail verfasst, das folgende Informationen enthielt:
 - Worum geht es in der Studie?
 - Wer führt die Studie durch?
 - Welche Institution steht dahinter?
 - Was ist das Ziel der Studie?
 - Mit welchem Aufwand ist eine Teilnahme verbunden?
 - Wer ist die Ansprechperson?
- Für jene Pflegedirektor/inn/en, die mit einer Teilnahme einverstanden waren, konnte bereits im Vorfeld ein Delphi - Fragebogen für die erste Runde erstellt werden.
- Da für die Ermittlung des Status Quo von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus kein mehrstufiges Delphi - Verfahren notwendig war, reichte es für diesen Zweck aus, ein Datenblatt zu erstellen, das der eigentlichen Delphi - Befragung beigelegt werden sollte. Dieses enthielt die folgenden Fragen:
 - Wie viele Pflegepersonen (DGKS/P, Pflegehelfer/innen) sind insgesamt zurzeit im jeweiligen Krankenhaus beschäftigt?
 - Wie viele Pflegepersonen mit Migrationshintergrund (DGKS/P, Pflegehelfer/innen) sind derzeit im jeweiligen Krankenhaus tätig?
 - Welches sind die drei häufigsten Herkunftsländer der beschäftigten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund?
 - Ist der derzeitige Bedarf an Pflegepersonal im jeweiligen Krankenhaus gedeckt?
 - Wie hoch ist in etwa der Anteil der Patient/inn/en mit Migrationshintergrund im jeweiligen Krankenhaus?
- Mit einer Beantwortung dieser Fragen erschien es möglich, einen Einblick in die aktuelle Situation von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in den Krankenanstalten Ostösterreichs zu gewährleisten.

- Um jedoch die Ansichten und Meinungen der Pflegedirektor/inn/en zu diesem Thema zu ermitteln und in weiterer Folge auch zu qualifizieren, wurde zusätzlich ein Delphi - Fragebogen für die erste Runde entwickelt. Dieser enthielt - wie bereits beschrieben - ausschließlich offene Fragen zum Themenbereich, um ein möglichst weites Spektrum an Meinungen einholen zu können und die Pflegedirektor/inn/en in ihren Überlegungen nicht einzuschränken. Das Ziel dieser qualitativen Runde bestand darin, eine differenzierte Palette an Basisaussagen zu gewinnen, die in der Folgerunde einer (standardisierten) Bewertung unterzogen werden können (Häder 2002). Die Pflegedirektor/inn/en sollten also im Rahmen dieser qualitativen Befragungsrunde aufgefordert werden, über Vor- und Nachteile einer interkulturellen Pflegesituation nachzudenken und zukünftige Entwicklungen im Bereich der Beschäftigung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund einzuschätzen. Im Speziellen sollten sie zu den folgenden vier großen Fragestellungen Stellung nehmen:
 - Wird der Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im jeweiligen Krankenhaus in den nächsten Jahren eher steigen oder fallen?
 - Welche Gründe sprechen für beziehungsweise gegen eine Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund in Zukunft?
 - Was kann unter ‚interkultureller Kompetenz‘ im Pflegealltag verstanden werden und inwieweit ist dies ein Thema im jeweiligen Krankenhaus?
 - Was werden zukünftige Chancen und Herausforderungen in diesem Kontext sein?
- Nach Fertigstellung der methodischen Instrumente für Runde 1 konnte das Ankündigungsmail an alle bereits identifizierten Pflegedirektor/inn/en versandt werden und in der Folge jenen Direktor/inn/en, die sich für eine Teilnahme bereit erklärt haben, das Datenblatt sowie der Delphi- Fragebogen 1 zugesandt werden. Jene Pflegedirektor/inn/en, die weder eine Zu- noch eine Absage rückmeldeten, erhielten nach einiger Zeit ein Erinnerungsschreiben mit der wiederholten Bitte um eine Teilnahme. Genauere Ausführungen zur Beteiligung am Delphi - Verfahren sowie zum Rücklauf sind im nächsten Punkt (4.4) zu entnehmen.

- Das Ankündigungsmail, das Datenblatt und die Delphi - Fragebögen sind in ihrer Originalversion im Anhang angeführt.

Auswertung 1

- Nach Rücklauf der ersten Runde konnten die daraus gewonnen Ergebnisse ausgewertet werden. Für die Auswertung der offenen Fragen wurde eine Analyse nach Fragen herangezogen (Morse/ Field 1995; Mayer 2002).
- Bei dieser Form der Analyse geben die Themenschwerpunkte bereits die Hauptkategorien für die Auswertung vor. So konnten beispielsweise alle Nennungen zu den einzelnen Fragen, die im Rahmen des Delphi - Fragebogens an alle Teilnehmer/innen in gleicher Weise gestellt wurden, zu einer Kategorie zusammengefasst werden.
- Das Vorgehen sah dabei folgendermaßen aus:
 - Hauptkategorien wurden aus den thematischen Feldern gebildet;
 - alle darunter fallenden Nennungen wurden aufgelistet und zum Teil paraphrasiert;
 - Bedeutungsgleiches wurde zusammengefasst und eventuelle Doppelungen wurden gestrichen;
 - das Kategoriensystem wurde ausdifferenziert, indem Unterkategorien gebildet und eventuelle Beziehungen zwischen den Kategorien hergestellt wurden (Mayer 2002).

Die konkrete Ergebnisdarstellung ist im Punkt 4.5 zu entnehmen.

Entwicklung des Instruments für Runde 2

- Da es ein typisches Merkmal von Delphi - Befragungen ist, mehrere Befragungsrunden durchzuführen, galt es nun, die Ergebnisse der ersten Runde den Teilnehmer/inne/n in geeigneter Form mitzuteilen und bewerten zu lassen.
- Die Ergebnisse der ersten Runde zeigten, dass bereits genügend Antworten zu den offenen Fragen gegeben wurden, sodass ein weiterer Einbezug von offenen Fragen nur noch bedingt notwendig war. Hingegen erschien es interessanter, die

bereits vorhandenen Ergebnisse einer quantitativen Bewertung unterziehen zu lassen.

- Prinzipiell können sehr unterschiedliche Fragetypen Aufnahme in eine Delphi-Befragung finden (Häder 2002). Nachdem es ein inhaltliches Ziel der Untersuchung war, die bereits vorhandenen Meinungen der Pflegedirektor/inn/en zu qualifizieren, bot sich an, einen Fragebogen zu konstruieren, indem die genannten Themenbereiche einer Rangordnung unterzogen werden sollten. So wurden die genannten Kategorien und Unterkategorien aufgelistet (was sogleich das Feedback für die erste Runde darstellte) und die Teilnehmer/innen gebeten, diese Kategorien nach Wichtigkeit (z.B. 1 = am wichtigsten, 5 = am unwichtigsten) zu ordnen.
- Da es auch möglich ist, offene Fragen in die quantitative Welle aufzunehmen (Häder 2002), wurden die Teilnehmer/innen zusätzlich gebeten, bei Bedarf eventuelle Ergänzungen vorzunehmen, beziehungsweise Anmerkungen oder Begründungen für gewisse Ergebnisse mitzuteilen.
- Sobald der Fragebogen fertig gestellt war, wurde er den teilnehmenden Pflegedirektor/inn/en per E-Mail zugesandt und um Retournierung gebeten.
- Der Delphi - Fragebogen für Runde 2 ist ebenfalls im Anhang zu finden.

Auswertung 2

- Nach erfolgter Retournierung der Delphi - Fragebögen aus Runde 2 konnte mit der Auswertung der Endergebnisse begonnen werden.
- Dazu wurden jene Themenbereiche, die von den Pflegedirektor/inn/en einer zahlenmäßigen Rangordnung unterzogen wurden, quantitativ ausgewertet. So konnte eine erneute Rangordnung nach Wichtigkeit der einzelnen Bereiche angeordnet werden, die die allgemeine Meinung der Pflegedirektor/inn/en widerspiegelt.
- Eventuelle Ergänzungen beziehungsweise Erklärungen für gewisse Phänomene, die offen zu beurteilen waren, konnten in paraphrasierter Weise und bei Bedarf in Kategorien unterteilt den quantitativen Bewertungen hinzugefügt werden.
- Insgesamt kann festgestellt werden, dass mittels der wiederholten Befragungsrunde und den daraus resultierenden Bewertungen und Ergänzungen

der ersten Ergebnisse die Mehrheitsfähigkeit der Expertenmeinungen geprüft und dargestellt werden konnte. Die Ermittlung sowie eine erste Qualifizierung der Ansichten der Pflegedirektor/inn/en konnte somit erfolgreich abgeschlossen werden.

4.4 Beteiligung am Delphi- Verfahren und Rücklauf

Einen wichtigen Einfluss auf die Qualität einer Delphi - Befragung hat einerseits die absolute Anzahl an teilnehmenden Expert/inn/en, sowie die relative Beteiligung in den einzelnen Befragungsrunden, die sich in der Rücklaufquote ausdrückt. Im Durchschnitt kann bei Delphi - Befragungen von einer tatsächlichen Teilnehmerzahl von 25 % bis 50% gerechnet werden, gemessen an den in der ersten Runde ausgesandten Einladungen. Dennoch gilt es dabei, Qualität vor Quantität zu stellen, denn eine größere Teilnehmerzahl bedeutet nicht unbedingt zuverlässigere Ergebnisse (Strobl 2000).

Grundsätzlich müssen bei Delphi - Befragungen die Expert/inn/en über einen längeren Zeitraum zur Mitarbeit motiviert werden. Diesem Problem sollte große Aufmerksamkeit geschenkt werden, da nur eine möglichst vollständige Ausschöpfung des Wissenspotentials der Teilnehmer/innen von der ersten bis zur letzten Runde optimale Ergebnisse liefern kann, wohingegen das vorzeitige Ausscheiden von Expert/inn/en zu Informationsverlusten führen kann.

Vor allem in der ersten Befragungsrunde wird bei Delphi - Verfahren von hohen Ausfallsquoten berichtet, wobei in den Folgewellen die Abbrecherquote eher abnimmt (Häder 2002). Dieses Phänomen war auch im Rahmen dieser Befragung zu beobachten.

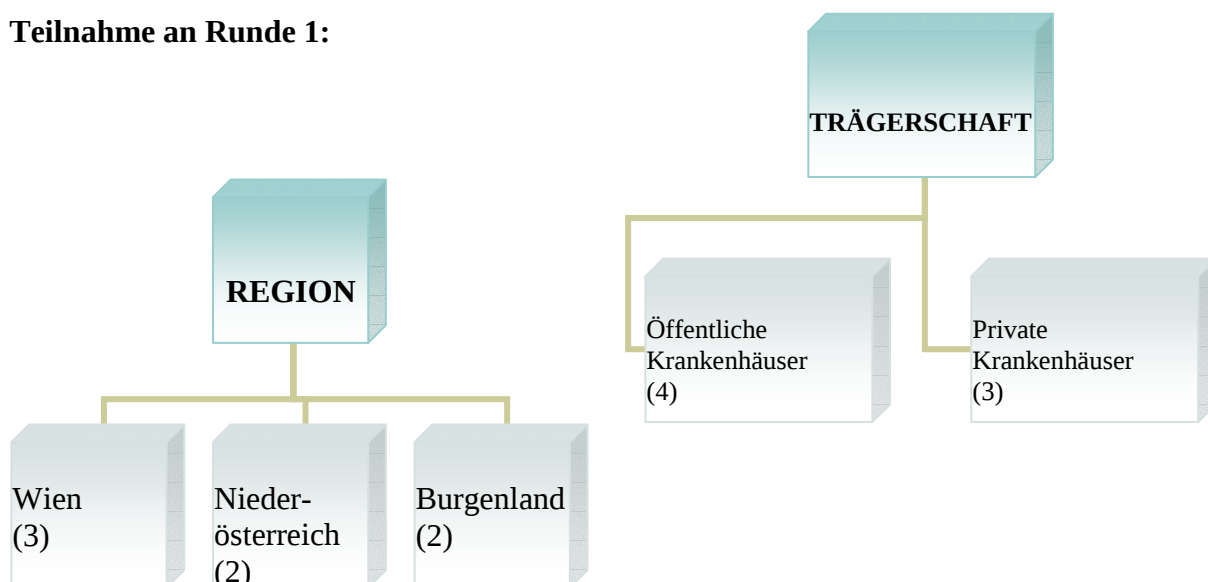
Im Detail gestaltete sich das Rücklaufverfahren wie folgt:

- Insgesamt erhielten 58 Pflegedirektor/inn/en von öffentlichen und privaten Krankenanstalten in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland das Ankündigungsmail mit den notwendigen Informationen zur Studie und der Bitte zur Teilnahme (33 in Wien, 20 in Niederösterreich und 5 im Burgenland).
- 18 Antworten kamen retour, wovon 9 positiv und 9 negativ ausfielen.

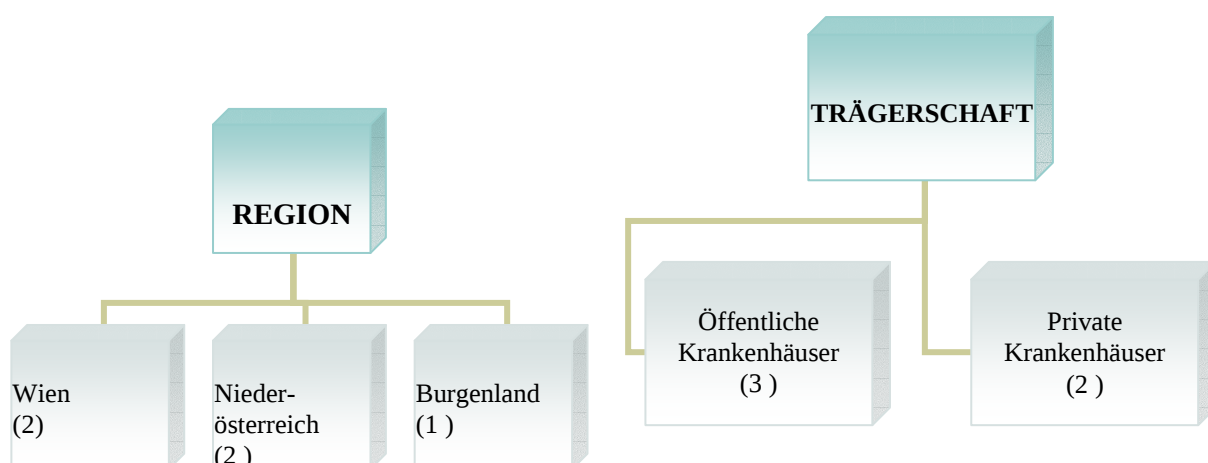
- Antwortverhalten nach Region:
 - 5 Zusagen für eine Teilnahme kamen aus Wien, 2 aus Niederösterreich und 2 aus dem Burgenland.
 - Gegen eine Teilnahme entschieden sich 6 Pflegedirektor/inn/en aus Niederösterreich und 3 aus Wien. Vom Burgenland wurden keine expliziten Absagen mitgeteilt.
- Gründe für die Ablehnung einer Teilnahme waren:
 - keine, oder nur wenige beschäftigte Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus (6 mal genannt);
 - kleines Spital (1 mal genannt);
 - fehlende Erfahrungswerte (1 mal genannt);
 - 2 mal wurde kein Grund angeführt.
- Von den restlichen Spitälern (insgesamt 40) kam keine Antwort retour. Diese erhielten einige Zeit später ein Erinnerungsschreiben mit der wiederholten Bitte um eine Teilnahme, was jedoch zu keinerlei Respons führte.
- Jene 9 Pflegedirektor/inn/en, die sich schriftlich (per E-Mail) zu einer Teilnahme an der Delphi - Befragung bereit erklärt hatten, erhielten in der Folge das auszufüllende Datenblatt sowie den Delphi - Fragebogen für Runde 1 per E-Mail zugesandt.
- 7 mal wurden die beiden Dokumente ausgefüllt retourniert, wobei 3 Pflegedirektor/inn/en aus Wien und jeweils 2 aus Niederösterreich und dem Burgenland an der Befragung teilnahmen.
- Aus Wien blieben 2 angekündigte Retournierungen aus. Jene 2 Pflegedirektor/inn/en erhielten wieder ein Erinnerungsschreiben, das unbeantwortet blieb.
- Die 7 eingetroffenen Datenblätter und Delphi - Fragebögen wurden in der Folge ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Auswertung erhielten die selbigen 7 Pflegedirektor/inn/en abermals per E-Mail in anonymisierter Form rückgemeldet, mit der Bitte um Anmerkungen und Bewertungen → Delphi-Fragebogen 2.
- 5 der 7 ausgesandten Delphi- Fragebögen wurden vollständig ausgefüllt retourniert, was eine anschließende Auswertung der Endergebnisse ermöglichte.

Die untenstehenden Grafiken enthalten einige Angaben zur Anzahl der teilnehmenden Pflegedirektor/inn/en nach Region und Trägerschaft der Krankenhäuser in den Befragungsrunden 1 und 2:

Teilnahme an Runde 1:



Teilnahme an Runde 2:



4.5 Deskriptive Darstellung der Ergebnisse

Die in dieser Arbeit dargestellte Delphi - Befragung wurde – wie bereits beschrieben - in zwei aufeinander folgenden Runden durchgeführt. Aus diesem Grund werden auch die Ergebnisse von Runde 1 und Runde 2 getrennt voneinander dargestellt. Somit kann ein Einblick gewonnen werden, ob und wie sich die Meinungen der befragten Pflegedirektor/inn/en von Runde zu Runde verändert haben, wie diese von der gesamten Gruppe bewertet worden sind, beziehungsweise ob in der zweiten Runde neue Themen aufgetaucht sind, die in Runde 1 noch keine Rolle gespielt haben.

4.5.1 Ergebnisse aus der ersten Runde

An der ersten Befragungsrunde nahmen insgesamt sieben Pflegedirektor/inn/en aus Wien, Niederösterreich und dem Burgenland teil. Die Umfrage ist somit nicht repräsentativ, jedoch kann ein erster Einblick in die aktuelle und zukünftige Situation von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund im Krankenhaus gegeben werden.

Es wird dabei aber klar, dass diesbezügliche Daten in den Krankenanstalten Österreichs aufliegen und eventuell auch für weitere Forschungsarbeiten genutzt werden können.

Neben einigen Angaben zum Status Quo von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus geben die ersten Ergebnisse auch einen Einblick in zukünftige Einschätzungen und die damit verbundenen Chancen und Herausforderungen aus der Perspektive von Pflegedirektor/inn/en.

4.5.1.1 Status Quo von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus

Zum Status Quo wurden in den einzelnen Krankenanstalten mithilfe eines Datenblattes Angaben zur Gesamtanzahl an Pflegepersonal, sowie dem Anteil an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund und deren Herkunftsländern erhoben. Des Weiteren konnte Auskunft über den Anteil an Patient/inn/en mit Migrationshintergrund und zur Personalbedarfsdeckung in den Spitälern gegeben werden.

Die folgende Tabelle gibt einen Einblick in die Größe der teilnehmenden Krankenhäuser in den Bundesländern Burgenland, Wien und Niederösterreich, gemessen am Gesamtbestand an Pflegepersonal, sowie in den prozentuellen Anteil an Pflegepersonen und Patient/inn/en mit Migrationshintergrund:

	Pflegepersonen gesamt	Pflegepersonen mit Migrationshintergrund	Patient/inn/en mit Migrationshintergrund
Spital 1 (Bgld)	450	6,7 %	5-10 %
Spital 2 (Bgld)	163	0,6 %	unter 1 %
Spital 3 (W)	323	53,6 %	7 %
Spital 4 (W)	200	35 %	7,1 %
Spital 5 (W)	900	50 %	50 %
Spital 6 (NÖ)	427	16 %	40 %
Spital 7 (NÖ)	390,25	0,3 %	2- 3 %

Wie aus der oben stehenden Tabelle ersichtlich wird, ergibt sich daraus insgesamt ein sehr heterogenes Bild.

Schon bei der Größe der Krankenhäuser sind, wie aus der Gesamtanzahl an Pflegepersonen ersichtlich wird, große Unterschiede zu erkennen.

Eine ähnlich heterogene Darstellung bietet die Spalte zum Anteil an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, der in den einzelnen Spitälern von unter 1 % (Spital 2 und 7) bis zu über 50 % beträgt (Spital 3 und 5).

Auch der Anteil an Patient/inn/en mit Migrationshintergrund variiert in den jeweiligen Krankenhäusern enorm und reicht ebenfalls von unter 1 % (Spital 1) bis zu 50 % (Spital 5).

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich ebenfalls, dass sich der Anteil an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund sehr oft mit dem Anteil an Patient/inn/en mit Migrationshintergrund deckt (siehe Spitälern 1, 2, 5, 7).

Bundesländerspezifische Unterschiede zeigen sich vor allem im Anteil der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, wobei in den Wiener Spitälern mit Abstand die meisten Migrant/inn/en beschäftigt sind (von 35 % bis 53,6 %). Geringer ist der

Anteil an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund in den teilnehmenden Spitälern Niederösterreichs (0,26 %, 16 %) und des Burgenlandes (0,6 %, 6,7 %).

Weniger bundeslandspezifische Tendenzen sind aus dem Anteil an Patient/inn/en mit Migrationshintergrund zu entnehmen. Die Tabelle zeigt, dass zwar in Wien ihr Anteil relativ hoch, jedoch sehr unterschiedlich, ist. Ein ähnliches Bild zeigt sich in Niederösterreich. Das Burgenland weist diesbezüglich die geringsten Anteile an Patient/inn/en mit Migrationshintergrund auf.

Eine mögliche Erklärung für diese sehr unterschiedlichen Werte könnte darin liegen, dass in einigen Krankenanstalten nur Angaben zur Staatsbürgerschaft der Patient/inn/en mit Migrationshintergrund aufliegen und jene Patient/inn/en die zwar vielleicht einen Migrationshintergrund, aber schon die österreichische Staatsbürgerschaft haben, damit nicht erfasst werden. Die höheren Werte (Spital 5 und 6) wurden möglicherweise von den teilnehmenden Pflegedirektor/inn/en auf diesen Prozentwert geschätzt, und unterscheiden sich somit entscheidend von den genauen Angaben zur Staatsbürgerschaft der Patient/inn/en.

Neben den aus der Tabelle zu entnehmenden Informationen wurden auch weitere Daten in den Krankenanstalten erhoben, beispielsweise zur Personalbedarfsdeckung. Die Ergebnisse zeigen, dass der Bedarf an Pflegepersonal in 5 der 7 teilnehmenden Krankenhäuser vollständig, in einem ziemlich und in nur einem nicht gedeckt ist. Von einem Personalengpass kann somit nicht, beziehungsweise nur vereinzelt, gesprochen werden.

Weitere interessante Informationen, die im Rahmen des Datenblattes ‚Status Quo‘ erhoben wurden, geben Auskunft über die Herkunftsländer der in den teilnehmenden Krankenanstalten beschäftigten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund.

Die drei häufigsten Herkunftsländer sind demnach

- das ehemalige Jugoslawien,
- gefolgt von der Slowakei
- und Polen.

Weitere häufige Herkunftsländer, die von den Pflegedirektor/inn/en genannt wurden, sind

- Ungarn,
- Tschechien
- und Deutschland.

4.5.1.2 Zukünftige Positionierung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus

Zukünftige Bedarfseinschätzungen von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sowie damit verbundene Chancen und Herausforderungen im Kontext einer interkulturellen Pflege wurden im Rahmen des ersten Delphi - Fragebogens erhoben. Die Pflegedirektor/inn/en hatten dabei die Möglichkeit, auf die Fragen offen zu antworten, sodass ein breites Spektrum an Meinungen und Einschätzungen eingeholt werden konnte. Die daraus resultierenden Ergebnisse werden in den nun folgenden Unterpunkten dargestellt und beschrieben.

- **Einschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus**

Die folgende Tabelle enthält die Einschätzungen der Pflegedirektor/inn/en zum zukünftigen Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus sowie einige Begründungen dafür.

Bedarf	Begründung
Steigend (3x genannt)	✓ österreichische Bewerbungen bei den GUKPS verringern sich ✓ hoher Prozentanteil älter werdender Migrant/inn/en ✓ Dolmetschdienste werden benötigt
Gleich bleibend (2x genannt)	✓ Pflegepersonen mit türkischem Migrationshintergrund in Zukunft interessant
Fallend (2x genannt)	✓ Dienstposten werden nicht erhöht ✓ genügend Schulen, die den Bedarf abdecken

Wie daraus klar ersichtlich wird, wird der Bedarf an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund in Zukunft sehr unterschiedlich eingeschätzt, was insgesamt ein sehr heterogenes Bild ergibt. Es scheint anhand dieser Daten nicht möglich, Aussagen darüber zu treffen, ob der Bedarf in Ostösterreich steigen oder fallen wird.

Aus diesem Grund soll am Ende dieses Unterkapitels geprüft werden, ob gewisse äußere Rahmenbedingungen in den Krankenanstalten Auswirkungen auf die Bedarfseinschätzung haben.

Des Weiteren wurden die Pflegedirektor/inn/en selbst im Rahmen der zweiten Runde der Delphi - Befragung nach eventuellen Gründen für eine so heterogene Einschätzung befragt (siehe Kapitel 4.5.2).

- **Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund – Pro und Contra**

Um eventuelle Ressourcen und Defizite von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund aus der Perspektive von Pflegedirektor/inn/en zu erfahren, wurden diese in einer weiteren Frage nach Gründen befragt, die ihrer Meinung nach für beziehungsweise gegen eine Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund sprechen.

Die folgende Tabelle enthält die zentralen Aussagen dazu:

Gründe für eine Aufnahme	Gründe gegen eine Aufnahme
Personalbedarf ✓ Personalmangel von österreichischem Pflegepersonal ✓ Bedarf an Pflegepersonal könnte ohne Pflegepersonen mit Migrationshintergrund nicht abgedeckt werden	Personalbedarf nicht vorhanden ✓ genügend österreichisches Personal ✓ ausgeglichenes Verhältnis von Pflegepersonen ohne Migrationshintergrund und Pflegepersonen mit Migrationshintergrund
Erfahrungsressource ✓ Erfahrungen der Mitarbeiter/innen außerhalb Österreichs ✓ Sensibilität für Bedürfnisse der Patient/inn/en mit Migrationshintergrund ✓ Horizonterweiterung durch den Kontakt mit verschiedenen Kulturen in der Zusammenarbeit	Kulturell geprägte Unterschiede ✓ Mentalitätsunterschiede ✓ Anpassungsschwierigkeiten
Sprachliche Ressource ✓ Mehrsprachigkeit ✓ Dolmetschleistungen im Alltag	Sprachliche Barrieren ✓ Sprachdefizite

Qualifikation ✓ gut qualifizierte Bewerber/innen	Fehlende Qualifikation ✓ Bewerber/innen mit mangelnder Qualifikation
Demographische Entwicklung ✓ hoher und steigender Prozentanteil an Migrant/inn/en (v.a. in Wien), die Pflegeleistungen benötigen	Gleiche Ausschlusskriterien wie bei österreichischem Personal
Persönliche Erfahrungen ✓ gute Erfahrungen mit Pflegepersonen mit Migrationshintergrund	Keine speziellen Gründe

Auch diese Tabelle spiegelt ein sehr heterogenes Gesamtbild.

Gründe, die einerseits für eine Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund sprechen und als Ressource angesehen werden, sprechen andererseits ebenso gegen eine Aufnahme.

Dies ist beim Personalbedarf der Fall, der in Zukunft in einigen Spitälern vorhanden sein wird, in anderen jedoch kein Thema ist.

Ebenso wird die Mehrsprachigkeit von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund als Ressource, vor allem im Umgang mit Patient/inn/en mit Migrationshintergrund gesehen, wohingegen sprachliche Barrieren in Bezug auf die deutsche Sprache als eindeutige Defizite genannt werden.

Ein weiterer Punkt, der sehr unterschiedlich bewertet wurde, ist die Qualifikation von Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund, die zum Teil als positiv, auf der anderen Seite jedoch als negativ aufgrund fehlender Qualifikation, beschrieben wird.

Auch die kulturell geprägten Unterschiede zwischen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund und jenen ohne Migrationshintergrund werden von den Pflegedirektor/inn/en sowohl als Ressource als auch Defizite anerkannt. So sind einige Pflegedirektor/inn/en der Meinung, dass die Erfahrungen der Mitarbeiter/innen außerhalb Österreichs zur Horizonterweiterung im Team und zur Sensibilisierung für Patient/inn/en mit Migrationshintergrund beitragen können. Andererseits werden Mentalitätsunterschiede mit Anpassungsschwierigkeiten in Verbindung gebracht und somit als Herausforderung angesehen.

Als weitere Gründe für eine Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund sprechen die demographische Entwicklung sowie positive persönliche Erfahrungen mit Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund.

Anzumerken ist ebenfalls, dass von manchen Pflegedirektor/inn/en auch keine speziellen Gründe genannt wurden, die gegen eine Aufnahme von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sprechen und gleiche Ausschlusskriterien wie bei österreichischem Personal geltend werden.

- **Aspekte von ‚interkultureller Kompetenz‘ in der Pflege**

Gewisse Ressourcen im Sinne einer interkulturellen Pflege wurden bereits im vorigen Punkt angesprochen. Die Pflegedirektor/inn/en wurden jedoch noch gezielt danach gefragt, welche Aspekte sie mit ‚interkultureller Kompetenz‘ in der Pflege in Verbindung bringen. Die folgenden Merkmale wurden dabei genannt:

Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale ✓ Auseinandersetzung mit anderen Kulturen ✓ Thematisierung der Probleme von Migrant/inn/en ✓ Toleranz und Sensibilität für andere Kulturen ✓ Berücksichtigung von Wünschen und Gewohnheiten, die auf religiösen und kulturellen Merkmalen beruhen ✓ Interesse an interkulturellem Kontakt ✓ kein Verleugnen der eigenen Kultur und der eigenen Bedürfnisse
Wissen und Kenntnisse ✓ Kenntnis über religiöse Bedürfnisse und Riten, Rituale in Zusammenhang mit Krankheit, Leiden, Sterben ✓ Kenntnisse über die wichtigsten Grundzüge anderer Kulturen
Interaktionsmanagement ✓ erfolgreiche Interaktion mit Menschen aus anderen Kulturen in der direkten Patientenbetreuung, aus der ein zufrieden stellendes Ergebnis für beide Seiten resultiert ✓ respektvoller Umgang mit Denkweisen und Handlungen von Kolleg/inn/en und Patient/inn/en, die nicht dem eigenen kulturellen Verständnis entsprechen
Allgemein pflegerischer Aspekt ✓ Aufmerksam machen auf Dimensionen einer patientenorientierten Pflege ✓ Wahrnehmung von unterschiedlichen Aspekten (Ernährung, Schmerz,...) und Umsetzung im prozesshaften Verlauf des Handelns
Gesellschaftspolitischer Aspekt ✓ gleicher Zugang zur Pflege für alle in Österreich lebenden Personen

Wie die Tabelle zeigt, wird ‚interkulturelle Kompetenz‘ aus Perspektive der Pflegedirektor/inn/en als sehr breites Gebiet angesehen, das gewisse Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale, kulturelles Wissen und Kenntnisse und die Fähigkeit zur erfolgreichen, respektvollen Interaktion beinhaltet.

Diese drei großen Merkmale decken sich auch mit jenen, die von Hinz-Rommel (1994) im Rahmen einer Literaturrecherche zum Themenbereich ‚interkulturelle Kompetenz‘ angeführt werden (siehe Kapitel 3.5).

Weitere genannte Merkmale werden mit allgemein pflegerischen Aspekten, wie beispielsweise der patientenorientierten Pflege, sowie mit gesellschaftspolitischen Aspekten in Verbindung gebracht.

- **Strategien zur Förderung von ‚interkultureller Kompetenz‘ im Krankenhaus**

Welche Strategien nun in einigen Krankenhäusern bereits angewandt werden, um ‚interkulturelle Kompetenz‘ zu fördern, darüber gibt die folgende Tabelle Auskunft:

Thematisierung in Vortragsreihen, internen und externen Fortbildungen, Teambesprechungen, Mitarbeitergesprächen,...
Verankerungen in den Werten des Krankenhauses (Wertschätzung aller Menschen, unabhängig von Herkunft und Religion,...)
Erstellung von Leitlinien für die wichtigsten Weltreligionen (worin z.B. auf religiöse und kulturelle Bedürfnisse in Zusammenhang mit Krankheit, Sterben/ Tod,... eingegangen wird)

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, sind interkulturelle Pflegesituationen und der damit verbundene Erwerb von interkultureller Kompetenz der Mitarbeiter/innen in mehreren Krankenanstalten bereits ein Thema.

Dies beginnt schon mit der Verankerung in den allgemeinen Werten eines Krankenhauses, wird in vielen Spitälern immer wieder in Fortbildungen, Vortragsreihen oder Teambesprechungen thematisiert und reicht bis zur Erstellung von Leitlinien für die wichtigsten Weltreligionen.

Gerade auch in Anbetracht der zukünftigen Entwicklungen im Bereich einer interkulturellen Pflege erscheint es sinnvoll, sich in welcher Weise auch immer mit interkulturellen Situationen in der Pflege auseinanderzusetzen und diese zu thematisieren.

- **Zukünftige Chancen und Herausforderungen einer interkulturellen Pflege**

Aus Perspektive der Pflegedirektor/inn/en können die folgenden zukünftigen Chancen und Herausforderungen für den Bereich einer interkulturellen Pflege genannt werden:

Chancen	Herausforderungen
Weiterentwicklung von ‚interkultureller Kompetenz‘ ✓ mehr Verständnis und Toleranz für andere Kulturen ✓ mehr Wissen über andere Kulturen ✓ Gewinn an Sicherheit im Umgang mit verschiedenen Traditionen ✓ voneinander Lernen ✓ Werteorientierung	Umsetzung von ‚interkultureller Kompetenz‘ ✓ Toleranz, Akzeptanz und Verständnis für Kolleg/innen und Mitpatient/innen aus anderen Kulturen ✓ Vorbehalte ✓ Wissensvermittlung für inländisches Personal ✓ Sensibilisierung aller Mitarbeiter/innen ✓ Infragestellung und gleichzeitige Bewahrung der eigenen Identität und Wertvorstellungen
Wahrnehmung der Bedürfnisse der Patient/inn/en mit Migrationshintergrund ✓ verbesserte Pflegequalität für den/ die Einzelne/n ✓ Dolmetschtätigkeiten im Alltag	Sicherung der Sprachvermittlung ✓ sprachliche Barrieren bei Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund
Personalbedarfsdeckung ✓ Deckung des Bedarfs an Pflegepersonen mit gut qualifiziertem Personal	Fehlende Erfahrungswerte ✓ Bewerber/innen aus anderen Ländern/ Kulturen, mit denen es bislang keine Erfahrungen gibt (z.B. Tragen des Kopftuchs im Dienst,...)
Gesellschaftliche Anerkennung der Migration und ihrer Bedeutung für die Pflege ✓ Österreich als multikulturelle Gesellschaft ✓ steigende Anzahl an Bewerbungen von Migrant/inn/en, deren sprachliche, soziale und interkulturelle Kompetenzen in der Betreuung von Patient/inn/en mit Migrationshintergrund gebraucht werden	

Wie in der Tabelle dargestellt ist, wird als große Chance einer interkulturellen Pflegesituation die Weiterentwicklung von ‚interkultureller Kompetenz‘ in der Pflege angesehen. Dies kann vor allem positive Auswirkungen für die Betreuung von Patient/inn/en mit Migrationshintergrund haben, deren Bedürfnisse so besser wahrgenommen werden können. In diesem Zusammenhang geht es auch darum, Migration gesellschaftlich anzuerkennen und ihre Bedeutung für die Pflege, sowohl in der direkten Patientenbetreuung als auch zur Personalbedarfsdeckung, zu sehen.

Neben der Weiterentwicklung von ‚interkultureller Kompetenz‘, die als Chance erkannt wird, wird die Umsetzung von ‚interkultureller Kompetenz‘ im Pflegealltag aber andererseits auch als eine große Herausforderung angesehen. So scheint die Sensibilisierung und Wissensvermittlung für inländisches Personal im Umgang mit Kolleg/inn/en oder Patient/inn/en mit Migrationshintergrund zum Teil sehr schwierig, da gewisse Vorbehalte immer noch existieren.

In Bezug auf die Begleitung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund selbst, stellt die Sicherung der Sprachvermittlung für die Pflegedirektor/inn/en eine große Herausforderung dar, da sprachliche Barrieren bei Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund sehr oft vorhanden sind.

Zusammenfassend ist anzumerken, dass die verschiedenen oben dargestellten Tabellen die Meinungsvielfalt der befragten Pflegedirektor/inn/en darstellen, wobei sich daraus insgesamt ein sehr heterogenes Bild ergibt.

Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, eine Darstellung der Schätzungen von Subpopulationen vorzunehmen. Von Interesse ist dabei, ob und wie sich äußere Rahmenbedingungen (Trägerschaft, Region, Größe des Krankenhauses, Anzahl der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund, Anzahl der Patient/inn/en mit Migrationshintergrund) auf die Stellungnahmen der Pflegedirektor/inn/en auswirken. Diese Rahmenbedingungen wurden im Rahmen des Delphi- Fragebogens beiliegenden Datenblattes zum Status Quo erhoben (siehe auch Punkt 4.5.1.1) und können somit in die Bewertung mit einbezogen werden. Vorweg sei diesbezüglich anzumerken, dass mit den folgenden Ergebnissen aufgrund der geringen Teilnehmerzahl kein

Repräsentanzanspruch gestellt werden kann, sondern dass damit nur ein erster Einblick in das Antwortverhalten der Pflegedirektor/inn/en gegeben werden soll.

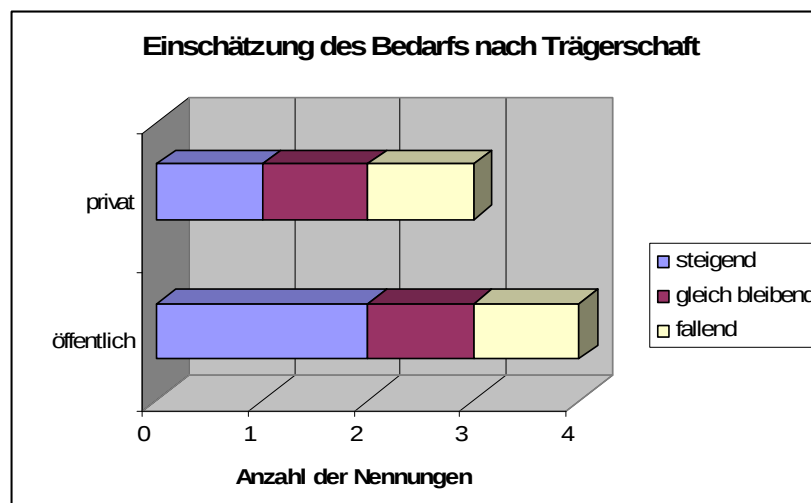
Vor allem bei der Einschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus gestaltet sich das Antwortspektrum sehr heterogen.

Es soll nun geprüft werden, ob die folgenden äußeren Rahmenbedingungen der Krankenanstalten mögliche Auswirkungen auf das Antwortverhalten der Pflegedirektor/inn/en in Bezug auf die Einschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund haben:

a) Trägerschaft:

öffentliche Krankenhäuser - private Krankenhäuser

Ob und wie sich die Trägerschaft auf die Einschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund auswirkt, zeigt das folgende Balkendiagramm:

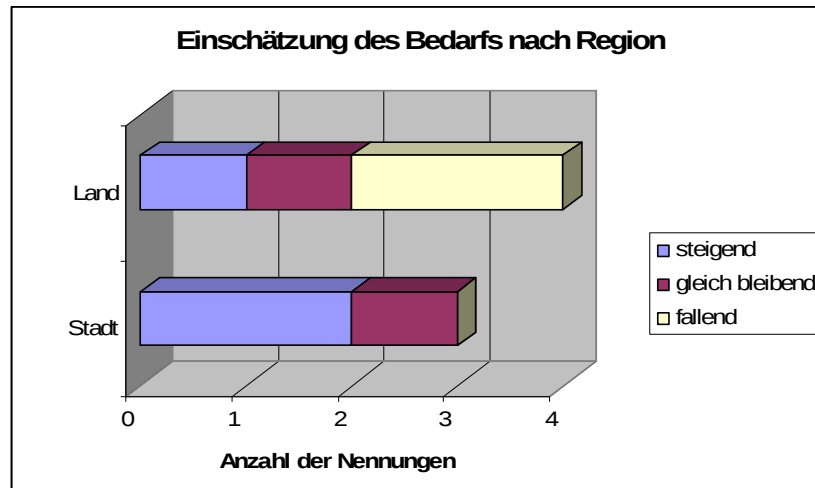


Wie sehr eindeutig aus dem Diagramm zu entnehmen ist, scheint hier die Trägerschaft keinen Einfluss auf das Antwortverhalten der Pflegedirektor/inn/en zu haben. Sowohl in öffentlichen, als auch in privaten Krankenanstalten wird der zukünftige Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sehr unterschiedlich eingeschätzt und es geht daraus keine Tendenz in eine spezielle Richtung hervor.

b) Region:

städtischer Bereich (Wien) - ländlicher Bereich (Niederösterreich, Burgenland)

Etwas deutlichere Unterschiede können im folgenden Diagramm dargestellt werden:



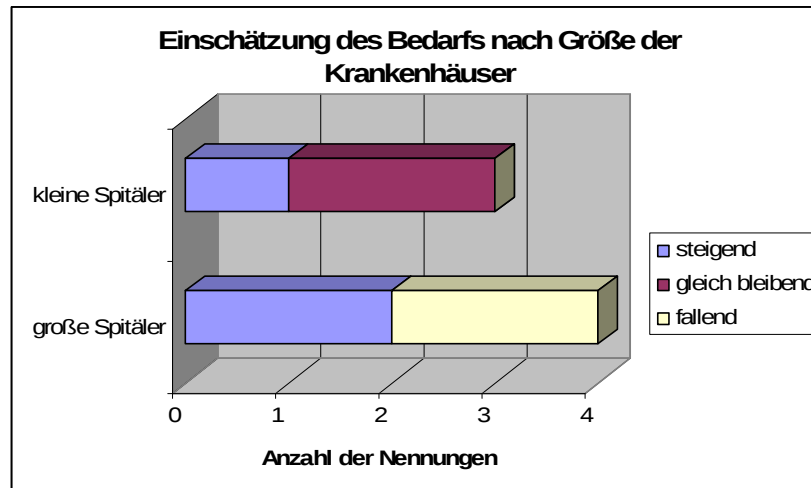
Das Diagramm zeigt, dass es gewisse regionale Unterschiede im Antwortverhalten der Pflegedirektor/inn/en gibt. So wird im ländlichen Bereich der zukünftige Bedarf an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund eher als fallend eingeschätzt, wohingegen dies im städtischen Bereich nicht der Fall ist. Hier geht die Tendenz eher in Richtung ‚steigender Bedarf‘. Es kann daraus geschlossen werden, dass die Region ein möglicher Einflussfaktor ist, der mit der zukünftigen Bedarfseinschätzung von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund im Krankenhaus in Verbindung steht.

c) Größe der Krankenanstalten:

große Krankenanstalten (ab circa 400 Mitarbeiter/innen im Pflegebereich) -

kleine Krankenanstalten (bis 400 Mitarbeiter/innen im Pflegebereich)

Welche Auswirkung die Größe eines Krankenhauses auf die Einschätzung des Bedarfs an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund hat, zeigt das folgende Diagramm:



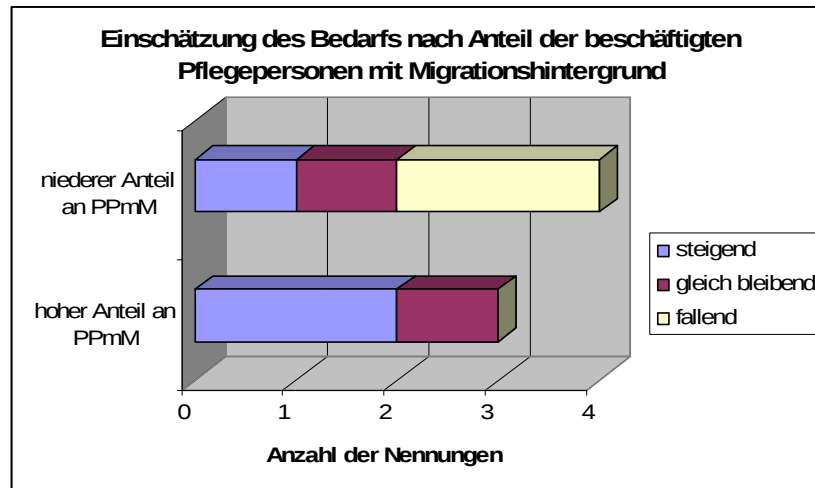
Auch dieses Diagramm zeigt sehr ausgeglichene Ergebnisse, die es nicht erlauben, die Größe eines Krankenhauses und den damit verbundenen Personalbedarf mit dem Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in Verbindung zu bringen. In großen Krankenhäusern wird der zukünftige Bedarf an Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund in gleicher Weise steigend als auch fallend eingeschätzt.

In kleineren Spitälern wird der Bedarf an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund laut Ansicht der Pflegedirektor/inn/en zwar nicht fallen, jedoch auch nicht immens steigen, sondern eher gleich bleiben. Anzumerken ist dabei, dass in jenen Krankenhäusern, in welchen der Bedarf als ‚gleich bleibend‘ eingeschätzt wird, zurzeit auch wenige Pflegepersonen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind, das heißt auch in Zukunft mit keinem Mehrbedarf gerechnet wird.

d) Anteil der beschäftigten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund:

hoher Prozentanteil an Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund (ab circa 30%) - niedrigerer Anteil an Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund

Genauere Auswirkungen des Anteils der derzeit beschäftigten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund auf die zukünftige Bedarfseinschätzung sind im nächsten Diagramm dargestellt:



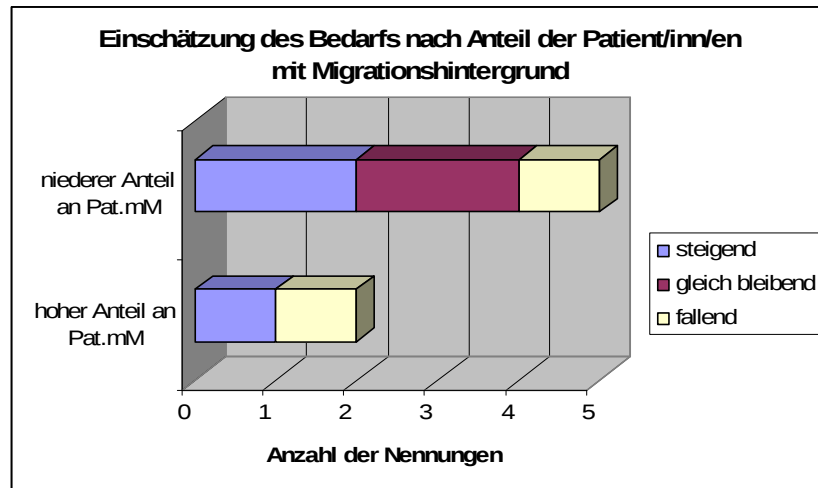
Aus dem obigen Balkendiagramm sind leichte Tendenzen in eine bestimmte Richtung zu entnehmen. In Krankenhäusern, in welchen aktuell bereits mehrere Pflegepersonen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind, wird demnach auch in Zukunft der Bedarf als steigend beziehungsweise gleich bleibend eingeschätzt. Im Gegensatz dazu wird in Krankenanstalten, die zurzeit einen niederen Anteil an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund aufweisen, auch der zukünftige Bedarf als fallend und kaum als steigend eingeschätzt.

Die Einschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund steht somit in möglichem Zusammenhang mit dem Anteil der derzeit beschäftigten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in den einzelnen Krankenhäusern.

e) Anteil der Patient/inn/en mit Migrationshintergrund:

*hoher Prozentanteil an Patient/inn/en mit Migrationshintergrund (ab circa 30 %) -
niedrigerer Anteil an Patient/inn/en mit Migrationshintergrund*

Neben dem Anteil der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund ist im folgenden Diagramm auch dargestellt, ob die Anzahl der Patient/inn/en mit Migrationshintergrund in den einzelnen Krankenanstalten Einfluss auf das Antwortverhalten der Pflegedirektor/inn/en hat:

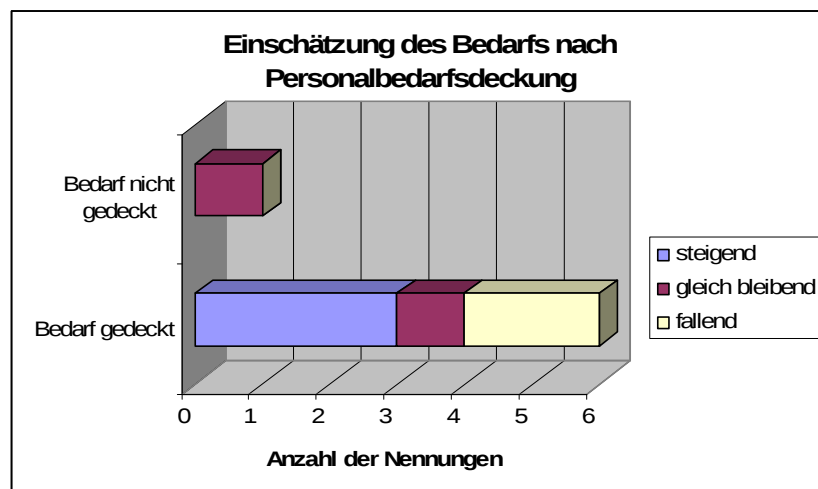


Aus diesem Diagramm sind diesbezüglich keine Tendenzen zu entnehmen. Das Antwortverhalten der Pflegedirektor/inn/en gestaltet sich hier sehr heterogen. Daraus kann geschlossen werden, dass der Anteil der Patient/inn/en mit Migrationshintergrund in den Krankenhäusern wahrscheinlich keinen Einfluss auf die Einschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund hat.

f) Personalbedarfsdeckung:

Krankenhäuser, wo der Bedarf an Pflegepersonal gedeckt ist - Krankenhäuser, wo der Bedarf an Pflegepersonal nicht gedeckt ist

Nicht zuletzt sei auch geprüft, ob die derzeitige Personalbedarfsdeckung sich auf die zukünftige Bedarfseinschätzung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund auswirkt:



Das Diagramm ist insofern nicht sehr aussagekräftig, als der Bedarf an Pflegepersonal zurzeit im Großteil der Spitäler gedeckt ist. Doch auch der zukünftige Bedarf wird hier sehr unterschiedlich eingeschätzt, was somit auf keinen speziellen Zusammenhang zwischen der aktuellen Personalsituation und zukünftigen Einschätzungen schließen lässt.

Zusammenfassend kann angemerkt werden, dass die folgenden äußeren Rahmenbedingungen einen möglichen Einfluss auf das Antwortverhalten der teilnehmenden Pflegedirektor/inn/en in Bezug auf die Einschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund haben:

- Region
- Anteil der beschäftigten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund

Folgende äußere Rahmenbedingungen stehen wahrscheinlich in keinem direkten Zusammenhang mit den Einschätzungen der Pflegedirektor/inn/en:

- Trägerschaft
- Größe der Krankenanstalten
- Anteil der Patient/inn/en mit Migrationshintergrund
- Personalbedarfsdeckung

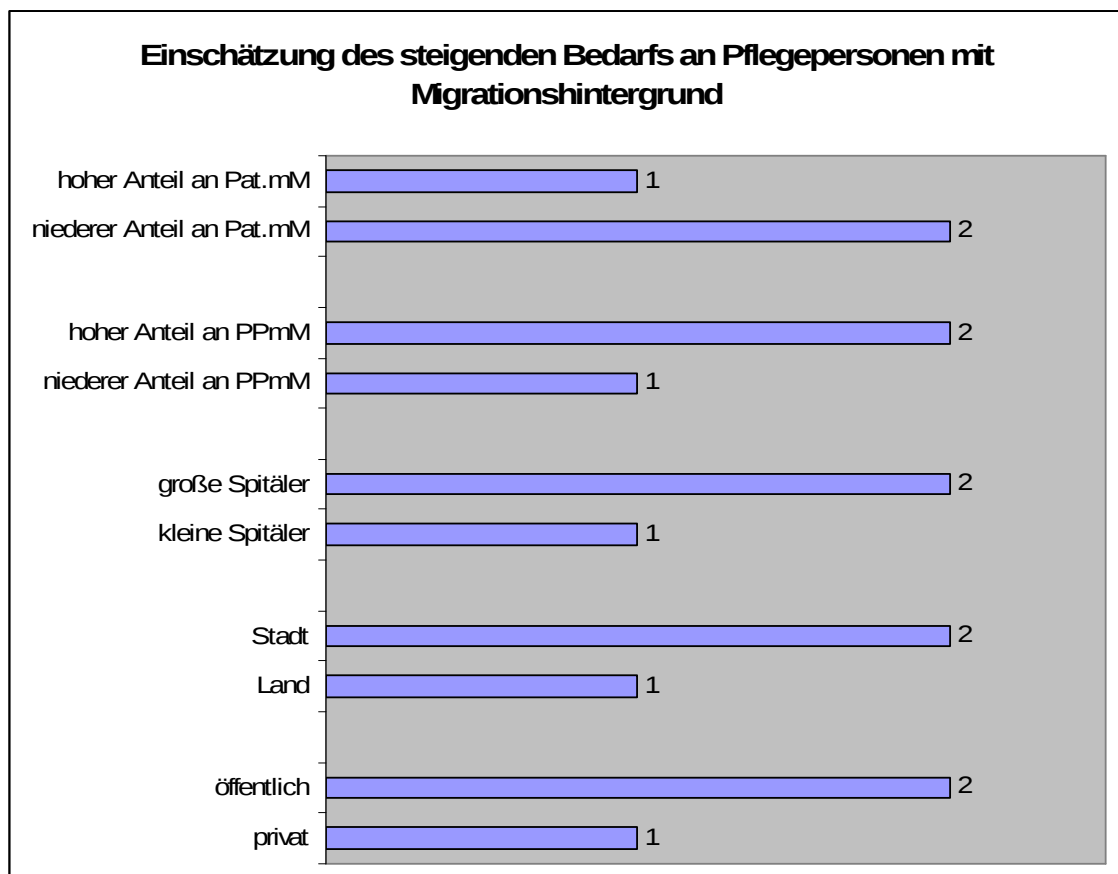
Es wird hierbei deutlich, dass nur wenige äußere Rahmenbedingungen in den einzelnen Krankenanstalten einen möglichen Einfluss auf zukünftige Einschätzungen des Bedarfs an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund haben.

Aus diesem Grund wurden die teilnehmenden Pflegedirektor/inn/en selbst im Rahmen der zweiten Runde der Delphi - Befragung nach Gründen für eine so heterogene Einschätzung des zukünftigen Bedarfs gefragt. Diese und weitere Ergebnisse werden im folgenden Unterkapitel beschrieben.

Zuvor folgt noch eine zusammenfassende Darstellung der Einschätzung eines steigenden Bedarfs an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund. Denn vor allem aus wirtschaftlicher Sicht wird in Zukunft mit einem vermehrten Bedarf an Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund im Pflegebereich gerechnet.

Das folgende Diagramm gibt nochmals einen Überblick darüber, welche Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern einen möglichen Anlass für einen erhöhten Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund geben.

Die Zahlenwerte rechts stellen dabei die Anzahl der Nennungen dar.



Das Diagramm spiegelt insgesamt ein sehr ausgeglichenes Gesamtbild. Wie daraus entnommen werden kann, wird in jeder Rubrik zumindest einmal mit einem Ansteigen des Bedarfs an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund gerechnet, wobei anscheinend keine äußere Rahmenbedingung in den Krankenanstalten Anlass dazu gibt, dass mit einem besonderen Mehrbedarf an Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund gerechnet werden muss, da die Anzahl der Nennungen die Zahl 2 nicht übersteigt.

Dennoch könnte man aus dem Diagramm schließen - ohne dabei repräsentative Aussagen zu machen - dass der zukünftige Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in öffentlichen und großen Spitälern in der Stadt höher eingeschätzt wird als in privaten und kleineren Spitälern am Land.

Wie bereits zuvor beschrieben, kann auch eine hohe Anzahl an derzeit beschäftigten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zur Annahme führen, dass diese auch in Zukunft vermehrt gebraucht werden, wobei eine hohe Anzahl an Patient/inn/en mit Migrationshintergrund weniger Anlass dazu gibt, dass in Zukunft mit einem vermehrten Bedarf an Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund gerechnet werden muss.

Die folgenden Ergebnisse aus der zweiten Runde geben einen Einblick darin, wie die Pflegedirektor/inn/en selbst ihre Einschätzungen zum zukünftigen Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus beurteilen.

4.5.2 Ergebnisse aus der zweiten Runde

An der zweiten Runde der Delphi - Befragung nahmen fünf der sieben Pflegedirektor/inn/en aus Runde 1 teil.

Wie bereits auch in Kapitel 4.3.2 erörtert, wurden nun die Meinungen der Pflegedirektor/inn/en aus der ersten Runde weiter qualifiziert und bewertet.

Da der zukünftige Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus in der ersten Runde in sehr unterschiedlicher Weise eingeschätzt wurde, konnte daraus nicht geschlossen werden, ob der Bedarf in Zukunft in Ostösterreich steigen oder fallen wird. Deshalb war das erste Anliegen der zweiten Befragungsrunde, mögliche Begründungen für eine solche Einschätzung einzuholen.

- **Gründe für eine heterogene Einschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus**

Folgende Gründe wurden von den Pflegedirektor/inn/en in der zweiten Runde für eine so heterogene Einschätzung des Bedarfs angeführt:

Regionale Unterschiede im Angebot an Fachpersonal

- ✓ Wien:
ungenügend Absolvent/inn/en der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen
- ✓ Ländlicher Bereich (NÖ, Bgld):
ausreichend Bewerber/innen;
keine Probleme, Stellen zu besetzen;
zum Teil lange Wartelisten für frei werdende Stellen

Regionale Unterschiede in der Fluktuation

- ✓ Wien: hohe Fluktuation
mögliche Begründung: kurze Verweildauer im Beruf aufgrund des Rückzugs in ländliche Gegenden
- ✓ Ländlicher Bereich (NÖ): niedrige Fluktuation

Wie daraus ersichtlich wird, werden auch hier regionale Gegebenheiten als ausschlaggebende Aspekte für eine unterschiedliche Einschätzung des Bedarfs an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund im Krankenhaus angesehen. Diese Begründungen decken sich mit den Ergebnissen aus Runde 1, die ebenfalls regionale Unterschiede im Antwortverhalten der Pflegedirektor/inn/en zeigen.

Demnach gibt es im ländlichen Raum ausreichend Bewerber/innen und somit keine Probleme, Stellen mit inländischem Personal zu besetzen, wohingegen sich die Situation in Wien anders gestaltet.

Als weiterer Grund wurden regionale Unterschiede in der Fluktuation des Pflegepersonals angeführt, die in Wien höher zu sein scheint als am Land.

- **Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund –
Pro und Contra**

Die in der ersten Runde genannten Gründe für beziehungsweise gegen eine Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund wurden in der zweiten Runde wie folgt gewichtet

(1 = der durchschnittlich am wichtigsten erachtete Grund,

5/ 6 = der am durchschnittlich am wenigsten wichtig erachtete Grund):

Gründe für eine Aufnahme	Gründe gegen eine Aufnahme
1 Erfahrungsressource ✓ Erfahrungen der Mitarbeiter/innen außerhalb Österreichs ✓ Sensibilität für Bedürfnisse der Patient/inn/en mit Migrationshintergrund ✓ Horizonterweiterung durch den Kontakt mit verschiedenen Kulturen in der Zusammenarbeit	1 Sprachliche Barrieren ✓ Sprachdefizite ✓ auch bei schon lange in Österreich lebenden Personen
2 Qualifikation ✓ gut qualifizierte Bewerber/innen	2 Personalbedarf nicht vorhanden ✓ genügend österreichisches Personal (nicht in Wien) ✓ ausgeglichenes Verhältnis von Pflegepersonen ohne Migrationshintergrund und Pflegepersonen mit Migrationshintergrund
3 Personalbedarf ✓ Personalmangel von österreichischem Pflegepersonal ✓ Bedarf an Pflegepersonal könnte ohne Pflegepersonen mit Migrationshintergrund nicht abgedeckt werden	3 Gleiche Ausschlusskriterien wie bei österreichischem Personal
4 Sprachliche Ressource ✓ Mehrsprachigkeit ✓ Dolmetschleistungen im Alltag	4 Fehlende Qualifikation ✓ Bewerber/innen mit mangelnder Qualifikation ✓ Ausbildungsinhalte zum Teil unterschiedlich ✓ Keine Kenntnisse des Pflegeprozesses
5 Persönliche Erfahrungen ✓ gute Erfahrungen mit Pflegepersonen mit Migrationshintergrund	5 Kulturell geprägte Unterschiede ✓ Mentalitätsunterschiede ✓ Anpassungsschwierigkeiten
6 Demographische Entwicklung ✓ hoher und steigender Prozentanteil an Migrant/inn/en (v.a. in Wien), die Pflegeleistungen benötigen	

Wie aus der oben stehenden Tabelle zu entnehmen ist, wird die Erfahrungsressource von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund als besonders wichtiger Grund für eine Aufnahme angesehen. Pflegepersonen, die bereits Erfahrungen außerhalb Österreichs gesammelt haben, können somit eine Bereicherung, sowohl für gewisse Patient/inn/en als auch für die Zusammenarbeit im Team, darstellen.

Des Weiteren ist die Qualifikation der Bewerber/innen ein ausschlaggebender Punkt, der bei der Aufnahme berücksichtigt wird.

An dritter Stelle steht der Personalbedarf in den Krankenanstalten, der vor allem in Wien ohne Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund nicht abgedeckt werden könnte.

Sprachliche Ressourcen aufgrund der Mehrsprachigkeit von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund werden mit mittlerer Wichtigkeit bewertet.

Als eher unwichtigere Punkte werden persönliche Erfahrungen sowie die demographische Entwicklung im Sinne einer steigenden Anzahl an älter werdenden Migrant/inn/en angesehen.

Bei den Gründen, die gegen eine Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund sprechen, stehen sprachliche Barrieren an erster Stelle. Sprachliche Defizite scheinen in der Pflege zu Schwierigkeiten auf unterschiedlichen Ebenen zu führen, was einer erfolgreichen Beschäftigung zum Teil im Wege steht. Im Gegensatz dazu stehen sprachliche Ressourcen jedoch nur an vierter Stelle.

Ein weiterer wichtiger Standpunkt, der gegen eine Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund spricht, ergibt sich aus der Personalbedarfssituation. Denn wenn keine oder nur wenige Stellen frei sind, können und brauchen auch keine Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund aufgenommen werden.

Kulturell geprägte Unterschiede, wie Mentalitätsunterschiede, und damit verbundene Anpassungsschwierigkeiten der migrierten Pflegekräfte werden vom Großteil der teilnehmenden Pflegedirektor/inn/en als eher unproblematisch in Zusammenhang mit einer Aufnahme angesehen. Auch an Qualifikation scheint es bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund nicht zu mangeln.

- **Aspekte von ‚interkultureller Kompetenz‘ in der Pflege**

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die inhaltliche Gewichtung von Aspekten zum Themenbereich ‚interkulturelle Kompetenz‘ in der Pflege

(1 = der durchschnittlich am wichtigsten angesehene Aspekt,

5 = der durchschnittlich am wenigsten wichtig angesehene Aspekt):

1 Wissen und Kenntnisse
✓ Kenntnis über religiöse Bedürfnisse und Riten, Rituale in Zusammenhang mit Krankheit, Leiden, Sterben ✓ Kenntnisse über die wichtigsten Grundzüge anderer Kulturen
2 Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale
✓ Auseinandersetzung mit anderen Kulturen ✓ Thematisierung der Probleme von Migrant/inn/en ✓ Toleranz und Sensibilität für andere Kulturen ✓ Berücksichtigung von Wünschen und Gewohnheiten, die auf religiösen und kulturellen Merkmalen beruhen ✓ Interesse an interkulturellem Kontakt ✓ kein Verleugnen der eigenen Kultur und der eigenen Bedürfnisse
3 Interaktionsmanagement
✓ erfolgreiche Interaktion mit Menschen aus anderen Kulturen in der direkten Patientenbetreuung, aus der ein zufrieden stellendes Ergebnis für beide Seiten resultiert ✓ respektvoller Umgang mit Denkweisen und Handlungen von Kolleg/inn/en und Patient/inn/en, die nicht dem eigenen kulturellen Verständnis entsprechen
4 Allgemein pflegerischer Aspekt
✓ Aufmerksam machen auf Dimensionen einer patientenorientierten Pflege ✓ Wahrnehmung von unterschiedlichen Aspekten (Ernährung, Schmerz,...) und Umsetzung im prozesshaften Verlauf des Handelns
5 Gesellschaftspolitischer Aspekt
✓ gleicher Zugang zur Pflege für alle in Österreich lebenden Personen

Wie die Tabelle zeigt, werden beim Erwerb von ‚interkultureller Kompetenz‘ in der Pflege Wissen und Kenntnisse über andere Kulturen als besonders wichtig angesehen. Diese Kenntnisse können somit als Basis einer erfolgreichen Interaktion im Bereich der Pflege gesehen werden. Neben dem grundlegenden Wissen scheinen auch Einstellungen

und Persönlichkeitsmerkmale der Pflegenden, die den interkulturellen Kontakt erst ermöglichen, von großer Wichtigkeit.

Als weniger wichtig werden allgemein pflegerische Aspekte, sowie gesellschaftspolitische Aspekte, wie etwa der gleiche Zugang zur Pflege für alle in Österreich lebenden Personen, erachtet.

- **Strategien zur Förderung von ‚interkultureller Kompetenz‘**

Jene Strategien zur Förderung von ‚interkultureller Kompetenz‘, die bereits in einigen Krankenanstalten ein Thema sind, wurden in der zweiten Runde von den Pflegedirektor/inn/en folgendermaßen bewertet

(1 = die durchschnittlich am zielführendsten angesehene Strategie,

3 = die durchschnittlich am wenigsten zielführend angesehene Strategie):

1	Verankerungen in den Werten des Krankenhauses (Wertschätzung aller Menschen, unabhängig von Herkunft und Religion,...)
2	Thematisierung in Vortragsreihen, internen und externen Fortbildungen, Teambesprechungen, Mitarbeitergesprächen,...
3	Erstellung von Leitlinien für die wichtigsten Weltreligionen (worin z.B. auf religiöse und kulturelle Bedürfnisse in Zusammenhang mit Krankheit, Sterben/ Tod,... eingegangen wird)

Ergänzend dazu wurde eine weitere Strategie angeführt:

Vorbildwirkung der Führungskräfte
--

Um eine erfolgreiche interkulturelle Pflegesituation, sowie die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter/innen zu fördern, erscheint es notwendig, dementsprechende Werte bereits im Leitbild eines Krankenhauses zu verankern. Dieser Punkt wurde von den Pflegedirektor/inn/en als zielführendste Strategie zur Förderung von interkultureller Kompetenz anerkannt, was insgesamt sicherlich auch die Vorbildwirkung der Führungskräfte mit einschließt.

Als ebenfalls wichtig werden Thematisierungen einer interkulturellen Pflege in Vortragsreihen und Fortbildungen angesehen, wohingegen die Erstellung von Leitlinien für die wichtigsten Weltreligionen als weniger nützlich erscheint.

- **Chancen und Herausforderungen einer interkulturellen Pflege**

Die folgende letzte Tabelle gibt einen Einblick in die Einschätzung der zukünftigen Chancen und Herausforderungen einer interkulturellen Pflege

(1 = die durchschnittlich am bedeutendsten erachtete Chance/ Herausforderung,

3/ 4 = die durchschnittlich am unbedeutendsten erachtete Chance/ Herausforderung):

Chancen	Herausforderungen
1 Weiterentwicklung von ‚interkultureller Kompetenz‘ ✓ mehr Verständnis und Toleranz für andere Kulturen ✓ mehr Wissen über andere Kulturen ✓ Gewinn an Sicherheit im Umgang mit verschiedenen Traditionen ✓ voneinander Lernen ✓ Werteorientierung	1 Sicherung der Sprachvermittlung ✓ sprachliche Barrieren bei Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund
2 Personalbedarfsdeckung ✓ Deckung des Bedarfs an Pflegepersonen mit gut qualifiziertem Personal	2 Umsetzung von ‚interkultureller Kompetenz‘ ✓ Toleranz, Akzeptanz und Verständnis für Kolleg/innen und Mitpatient/innen aus anderen Kulturen ✓ Vorbehalte ✓ Wissensvermittlung für inländisches Personal ✓ Sensibilisierung aller Mitarbeiter/innen ✓ Infragestellung und gleichzeitige Bewahrung der eigenen Identität und Wertvorstellungen
3 Gesellschaftliche Anerkennung der Migration und ihrer Bedeutung für die Pflege ✓ Österreich als multikulturelle Gesellschaft ✓ steigende Bewerbungen unter Migrant/inn/en, deren sprachliche, soziale und interkulturelle Kompetenzen in der Betreuung von Patient/inn/en mit Migrationshintergrund gebraucht werden	3 Fehlende Erfahrungswerte ✓ Bewerber/innen aus anderen Ländern/ Kulturen, mit denen es bislang keine Erfahrungen gibt (z.B. Tragen des Kopftuchs im Dienst,...)

Die größte Chance, die von den Pflegedirektor/inn/en in Zusammenhang mit einer interkulturellen Pflegesituation gesehen wird, ist die Weiterentwicklung von interkultureller Kompetenz. Diese wird mit Wissen, Verständnis und Toleranz gegenüber anderen Kulturen und dem damit verbundenen Lernprozess in Verbindung gebracht.

Eine weitere wichtige Chance steht in Zusammenhang mit der Personalbedarfsdeckung in den Krankenhäusern. Dies scheint vor allem für Wien relevant zu sein, wo es zum Teil nur mithilfe von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund möglich wird, den Bedarf an Pflegepersonal im Krankenhaus zu decken.

Verglichen mit den eben genannten Chancen scheinen interkulturelle Kompetenzen der migrierten Mitarbeiter/innen in Zusammenhang mit der Betreuung von Patient/inn/en mit Migrationshintergrund als eher unbedeutend angesehen zu werden.

Wie bereits zuvor beschrieben wurde, werden sprachliche Barrieren als besondere Schwierigkeiten von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund angesehen. In diesem Sinne wird die Sicherung der Sprachvermittlung auch als größte zukünftige Herausforderung im Kontext einer interkulturellen Pflege angesehen.

Als weitere große Herausforderung werden die Wissensvermittlung und Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen, als auch Patient/inn/en, für interkulturelle Pflegesituationen genannt.

Fehlende Erfahrungswerte in Zusammenhang mit Bewerber/innen aus gewissen Ländern und Kulturen werden hingegen als keine allzu große Herausforderung erkannt.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse beider Befragungsrunden, dass die Beschäftigung von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund und damit verbundene zukünftige Chancen und Herausforderungen im Kontext einer interkulturellen Pflege in mehreren Krankenanstalten Ostösterreichs ein Thema sind, selbst wenn insgesamt ein sehr heterogenes Bild gezeichnet werden kann, das gleichermaßen positive als auch negative Aspekte einer interkulturellen Pflegesituation aufzeigt, und auch zukünftige Bedarfseinschätzungen von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund sehr unterschiedlich ausfallen.

5 FAZIT

5.1 Zusammenfassung

Das Thema der internationalen Migration in Pflegeberufen findet seit einigen Jahren verstärkte Aufmerksamkeit in Politik und Öffentlichkeit.

„Migration“ wird dabei als der auf Dauer angelegte Wechsel von einzelnen oder mehreren Personen in andere Gesellschaften oder Regionen verstanden (Friebe 2006).

Sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene besteht jedoch keine allgemein anerkannte Definition zum Begriff „Migrant/in“. Beispielsweise versteht die IOM (International Organization for Migration) unter dem Terminus „Migrant/inn/en“ Personen, die freiwillig ihr Herkunftsland verlassen, um eine Verbesserung ihrer materiellen oder sozialen Situation zu erlangen (IOM 2004).

In Österreich wird Migration oft mit Arbeitsmigration, also ebenfalls mit freiwilliger Migration, in Verbindung gebracht, deren Ursprung in den frühen 1960er-Jahren zu finden ist. Seitdem ist auch eine verstärkte Mobilität innerhalb der Gesundheitsberufe wahrzunehmen, wobei Daten zur grenzüberschreitenden Mobilität im Gesundheitswesen in Österreich nur beschränkt vorhanden sind.

Die aktuellsten Daten der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) belegen jedoch, dass zurzeit etwa 14,5 % der in Österreich arbeitenden Pflegepersonen im Ausland geboren wurden, was einer Gesamtzahl von circa 8000 Pflegekräften entspricht (Buchan 2008, OECD 2007).

Andere Faktoren zur Messung der grenzüberschreitenden Mobilität in Pflegeberufen wurden vom Institut für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien herangezogen, wobei Daten zum Ausbildungsland der in Österreich arbeitenden Pflegepersonen gesammelt wurden. Demzufolge haben 10,5 % der Pflegekräfte in Alten- und Pflegeheimen und 8,2 % aller Pflegekräfte in Krankenanstalten einen nicht-österreichischen Ausbildungshintergrund (Lenhart/ Österle 2007).

Vergleicht man diesen Anteil der in Österreich beschäftigten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund mit jenem in anderen Ländern, so ist der Anteil an migrierten Pflegepersonen in Österreich vergleichsweise relativ hoch.

Jedoch ist auch im internationalen Kontext seit den 1970er- Jahren ein allgemeiner Anstieg der Migration von Gesundheitsfachkräften zu verzeichnen, der auch in Zukunft noch anhalten beziehungsweise steigen wird.

Dieser erhöhte Bedarf an migrierten Pflegepersonen ergibt sich vor allem aus der demographischen Entwicklung. Ein wichtiger demographischer Trend in der Europäischen Region ist die Bevölkerungsalterung, die große Auswirkungen auf den Bedarf an Gesundheitsleistungen in jedem Land hat.

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der Schrumpfung der Erwerbsbevölkerung infolge rückläufiger Geburtsraten wird die Europäische Region vor zahlreiche wirtschaftliche, soziale und finanzielle Herausforderungen gestellt. In diesem Zusammenhang wird auch der Pflegebereich und das gesamte Gesundheitssystem in Zukunft vermehrt auf Zuwanderung angewiesen sein (WHO Regionalkomitee für Europa 2007).

Die Migration von Gesundheitspersonal kann dabei positive als auch negative Aspekte haben. In einigen Ländern kann sie eine Lösung für den Personalmangel sein sowie einigen Gesundheitsfachkräften dazu verhelfen, im Zuge der Migration ihren Lebensstandard zu verbessern. Andererseits kann sie in Ländern, in denen es bereits zu wenige Gesundheitsfachkräfte gibt, den Personalmangel weiter verschärfen und ein Risiko für diese Länder darstellen (Buchan 2008).

Pflegekräfte mit Migrationshintergrund stellen dennoch seit Jahren ein wichtiges Beschäftigungspotential in der Pflege, wobei die Ressourcen dieser Gruppe - vor allem in der Arbeit mit Patient/inn/en mit Migrationshintergrund - nicht ungenützt bleiben sollten, denn auch der Altersdurchschnitt der Migrant/inn/en und der damit verbundene Pflegebedarf wird in Zukunft noch ansteigen (Friebe 2008).

Wie die bisher vorhandenen Daten also zeigen, ist die Entwicklung und Verbesserung politischer Handlungskonzepte in Zusammenhang mit der Migration von Gesundheitsfachkräften als höchst notwendig anzusehen.

In diesem Kontext entstehen auch neue Bildungsangebote in der Pflege, die globales und interkulturelles Lernen beinhalten und somit eine gelungene interkulturelle Pflegesituation garantieren.

In Auseinandersetzung mit einer kultur- und migrationssensitiven Pflege stellt sich immer auch die Frage, welches Konzept von Kultur dem pflegerischen Handeln zugrunde gelegt wird. In der Pflegewissenschaft gelangte man diesbezüglich zur Erkenntnis, dass in der Pflege kein starres Kulturkonzept zu verwenden ist. Es handelt sich vielmehr um ein dynamisches Konstrukt, das sich den Alltagsanforderungen entsprechend immer neu gestaltet, wobei Vielfalt und nicht Einheitlichkeit innerhalb einer Kultur oder Gruppe herrscht (Binder- Fritz 2003).

Im pflegewissenschaftlichen Kontext wird auch eine Debatte um die Begriffe ‚trans-‘ und ‚interkulturell‘ geführt. Transkulturelle Pflege bezieht sich demnach in Anlehnung an Leininger auf das Kulturgrenzen Überschreitende, das grundlegend Gemeinsame, das Wesentliche von Pflege, während der Begriff ‚interkulturell‘ die pflegerische Vielfalt, die speziellen kulturellen Ausprägungen von Pflege zum Thema hat (Uzarewicz 2002). Die vorliegende Arbeit ist in diesem Sinne am Konzept der Interkulturalität orientiert.

Es hat sich diesbezüglich mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum eine Subdisziplin der Pflegewissenschaft entwickelt, die als ‚interkulturelle Pflege‘ bezeichnet wird und die sich mit den ständig komplexer werdenden Settings von Pflegeteams und Patient/inn/en und den damit verbundenen Herausforderungen im Gesundheitsbereich beschäftigt (Habermann 2003).

Solche interkulturellen Settings bestimmen auch vielfach den Alltag im Krankenhaus.

Die Auswirkungen dieser zunehmenden Internationalisierung pflegerischer Arbeitsfelder wurden auch mehrfach zum Thema empirischer Forschung.

Demnach beinhalten interkulturelle Pflegesituationen für alle Beteiligten eine Reihe von Herausforderungen, die als problematisch für die pflegerische Versorgung erlebt werden. Die Chancen, die sich jedoch in interkulturellen Pflegesituationen ergeben, werden hingegen nur zögernd zur Kenntnis genommen.

Als die dominierenden Probleme werden dabei Kommunikationsschwierigkeiten angesehen. Sprachschwierigkeiten werden sowohl in der Arbeit mit Patient/inn/en mit Migrationshintergrund als auch in der Zusammenarbeit im Team als belastend erlebt. Weitere Verständigungsschwierigkeiten, die über die sprachliche Ebene hinausgehen, ergeben sich aus unterschiedlichen Wahrnehmungen und Verhaltensformen, wie zum Beispiel religiösen Ritualen oder Geschlechterrollen von Migrant/inn/en, sowie einem unterschiedlichen Krankheits- und Gesundheitsverständnis. Aus Sicht der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund wird unter anderem auch das Erleben von Rassismus im Team und von Seiten der Patient/inn/en angesprochen.

Andererseits ist es jedoch ebenso wichtig, neben den schwierigen Aspekten einer interkulturellen Pflege auch die positiven wahrzunehmen.

Beispielsweise können Pflegepersonen mit Migrationshintergrund durch ihre Vorbildung in den Herkunftsländern auch besondere Ressourcen in den Pflegealltag mit einbringen. Auch die Mehrsprachigkeit ist eine besondere Fähigkeit von Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund, die vor allem in der Betreuung von Patient/inn/en mit Migrationshintergrund sehr hilfreich sein kann. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund haben mitunter mehr Verständnis für die vergangenen Erlebnisse von Patient/inn/en mit Migrationshintergrund, da sie den Migrationsprozess zum Teil selbst erfahren und durchlebt haben. Biographisches Arbeiten mit Patient/inn/en mit Migrationshintergrund kann somit erleichtert werden.

Dies setzt aber auch gewisse Rahmenbedingungen in den Organisationen sowie die Kompetenz der Mitarbeiter/innen voraus, die gefördert werden muss.

Allgemein sind für die Entwicklung einer gelungenen interkulturellen Pflegepraxis Veränderungen auf verschiedenen Ebenen und unter Einbeziehung aller Beteiligten erforderlich. Eine Auseinandersetzung mit interkulturellen Situationen sollte sowohl auf der individuellen Ebene (Pflegeperson), auf der Teamebene, auf der organisatorischen Ebene (Krankenhausleitung), sowie auf der Patientenebene stattfinden (Scheibler 1998). Auf all diesen Ebenen spielt die Entwicklung und Erweiterung von interkultureller Kompetenz eine wichtige Rolle.

Zur konkreten Definition von interkultureller Kompetenz ist bislang kein inhaltlicher Konsens gegeben. Jedoch besteht ein gewisser Grundkonsens darin, interkulturelle Kompetenz als Bündel von Teilkompetenzen anzusehen, die auf Basis einer Literaturrecherche nach Hinz-Rommel (1994) in folgende Komponenten unterteilt werden können:

- Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale
- Kenntnisse und Fertigkeiten
- Fähigkeiten
- Verhalten
- Motivation.

Vor allem durch die zukünftig noch steigende kulturelle Vielfalt unter den Patient/inn/en und Pflegenden wird die Weiterentwicklung von interkultureller Kompetenz zu einer notwendigen Zielvorstellung in der Pflege.

Welche Aspekte Pflegedirektor/inn/en aus Österreich mit interkultureller Kompetenz in der Pflege in Verbindung bringen, welche Chancen und Herausforderungen sie im Kontext einer interkulturellen Pflege sehen und wie der zukünftige Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus eingeschätzt wird, darüber gibt die im Rahmen der Diplomarbeit durchgeführte Delphi - Befragung Auskunft.

Delphi - Befragungen werden als eine spezifische Form der Gruppenkommunikation angesehen, eignen sich zur Zukunftsforschung und weisen die folgenden Merkmale auf:

1. Verwendung eines formalisierten Fragebogens;
2. Befragung von Expert/inn/en;
3. Anonymität der Expert/inn/en;
4. Ermittlung eines Konsenses (einer statistischen Gruppenantwort);
5. Information der Teilnehmer/innen über die zusammengefassten Resultate;
6. Durchführung mehrerer Befragungsrunden, wobei die in der vorigen Runde erhobenen Ergebnisse mit eingearbeitet werden sollen (Häder/Häder 2000 in Mayer 2002).

Die in Kapitel 4 vorgestellte Delphi - Befragung wurde in zwei aufeinander folgenden Runden durchgeführt mit dem Ziel, die Ansichten der Pflegedirektor/inn/en zum Thema ‚Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus‘ zur ermitteln und zu qualifizieren.

Insgesamt nahmen sieben Pflegedirektor/inn/en aus öffentlichen und privaten Krankenanstalten in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland an der Befragung teil. Die Studie ist somit nicht repräsentativ, jedoch kann ein erster Einblick in den zukünftigen Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus und den damit verbundenen Chancen und Herausforderungen gegeben werden.

Neben einigen Angaben zum Status Quo von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in den einzelnen Krankenhäusern geben die Ergebnisse auch einen Einblick in zukünftige Einschätzungen aus Perspektive der Pflegedirektor/inn/en.

Es ergibt sich daraus insgesamt ein sehr heterogenes Bild. Zum einen ist der Anteil an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in den einzelnen Krankenanstalten sehr unterschiedlich und reicht von unter 1 % bis zu über 50 %. Ähnliche Unterschiede in der Anzahl an Migrant/inn/en sind auch bei der Patientenzahl in den einzelnen Krankenanstalten festzustellen, wobei sich bei genauerer Betrachtung zeigt, dass sich der Anteil an Patient/inn/en mit Migrationshintergrund sehr oft mit dem Anteil an Pflegepersonen im gleichen Krankenhaus deckt.

Bundeslandspezifische Unterschiede zeigen sich hier ebenfalls, wobei in den teilnehmenden Spitälern Wiens die meisten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind. Am Land (in Niederösterreich und dem Burgenland) ist der Anteil an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund geringer.

Die Ergebnisse zum Status Quo geben des Weiteren auch über die Herkunft der Pflegepersonen Auskunft, wobei die drei häufigsten Herkunftsländer der in den befragten Spitälern arbeitenden Pflegepersonen mit Migrationshintergrund das ehemalige Jugoslawien, die Slowakei und Polen sind.

Insgesamt ist der Personalbedarf im Pflegebereich in fast allen teilnehmenden Krankenhäusern gedeckt.

Neben diesen Angaben zum Status Quo wurden die Pflegedirektor/inn/en auch zu ihren Einschätzungen zum zukünftigen Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in ihrem Krankenhaus befragt. Wie daraus klar ersichtlich wird, wird dieser Bedarf ebenfalls sehr unterschiedlich eingeschätzt.

Die folgenden äußeren Rahmenbedingungen in den Krankenanstalten haben einen möglichen Einfluss auf das Antwortverhalten der Pflegedirektor/inn/en:

- die Region: im städtischen Bereich (Wien) wird der zukünftige Bedarf an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund höher eingeschätzt als im ländlichen Bereich (Niederösterreich und Burgenland);
- der derzeitige Anteil an beschäftigten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund: in Krankenhäusern, in welchen aktuell bereits mehrere Pflegepersonen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind, wird auch in Zukunft der Bedarf als steigend beziehungsweise gleich bleibend eingeschätzt. Im Gegensatz dazu wird in Krankenanstalten, in welchen nur wenige Mitarbeiter/inn/en mit Migrationshintergrund tätig sind, auch der zukünftige Bedarf nicht höher prognostiziert.

In der zweiten Runde der Delphi - Befragung wurden die Pflegedirektor/inn/en nach eventuellen Gründen für eine so heterogene Einschätzung des Bedarfs befragt. Demnach könnten die Gründe dafür in regionalen Unterschieden im Angebot an Fachpersonal sowie in der Fluktuation liegen, wobei es in Wien im Gegensatz zum ländlichen Bereich ungenügend Absolvent/inn/en der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen gibt und auch die Fluktuation im Beruf höher zu sein scheint als am Land.

In der ersten Runde der Befragung führten die Direktor/inn/en auch mehrere Gründe an, die ihrer Meinung nach für beziehungsweise gegen eine Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund in Zukunft sprechen. Diese wurden in der zweiten Runde wie folgt nach ihrer Wichtigkeit beurteilt:

Gründe für eine Aufnahme	Gründe gegen eine Aufnahme
1) Erfahrungsressource	1) Sprachliche Barrieren
2) Qualifikation	2) Personalbedarf nicht vorhanden

3) Personalbedarf	3) Gleiche Ausschlusskriterien wie bei österreichischem Personal
4) Sprachliche Ressource	4) Fehlende Qualifikation
5) Persönliche Erfahrungen	5) Kulturell geprägte Unterschiede
6) Demographische Entwicklung	

Folgende Aspekte bringen die Pflegedirektor/inn/en mit interkultureller Kompetenz in der Pflege in Verbindung, wobei diese in der zweiten Runde wieder nach ihrer Wichtigkeit beurteilt wurden:

Interkulturelle Kompetenz in der Pflege
1) Wissen und Kenntnisse
2) Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale
3) Interaktionsmanagement
4) Allgemein pflegerischer Aspekt
5) Gesellschaftspolitischer Aspekt

Zur Förderung einer interkulturellen Kompetenz in der Pflege werden in den befragten Krankenhäusern bereits die folgenden Strategien verfolgt, die abermals von den Pflegedirektor/inn/en beurteilt wurden:

Strategien zur Förderung von interkultureller Kompetenz
1) Verankerung in den Werten des Krankenhauses
2) Thematisierung in Vortragsreihen, internen und externen Fortbildungen, Teambesprechungen, Mitarbeitergesprächen, etc.
3) Erstellung von Leitlinien für die wichtigsten Weltreligionen

Die Vorbildwirkung der Führungskräfte wurde diesbezüglich in der zweiten Runde als zusätzlicher Aspekt angeführt.

Die letzte Tabelle gibt einen Überblick über die durchschnittlich am bedeutendsten erachteten Chancen und Herausforderungen einer interkulturellen Pflegesituation im Krankenhaus:

Chancen	Herausforderungen
1) Weiterentwicklung von ‚interkultureller Kompetenz‘	1) Sicherung der Sprachvermittlung
2) Personalbedarfsdeckung	2) Umsetzung von ‚interkultureller Kompetenz‘
3) Gesellschaftliche Anerkennung der Migration und ihrer Bedeutung für die Pflege	3) Fehlende Erfahrungswerte

Im Allgemeinen weisen die Ergebnisse beider Befragungsrunden darauf hin, dass interkulturelle Pflegesituationen und damit verbundene positive und negative Aspekte in mehreren Krankenhäusern in Ostösterreich ein Thema sind und Datenmaterial zum Status Quo vorhanden ist, selbst wenn sich daraus insgesamt ein sehr heterogenes Bild ergibt, das sowohl in der Anzahl an derzeit beschäftigten Pflegepersonen in den einzelnen Krankenhäusern, als auch bezüglich zukünftiger Bedarfseinschätzungen große Unterschiede aufweist.

5.2 Einschätzung und Interpretation der Ergebnisse

Insgesamt zeigen sowohl die Ergebnisse der Literaturrecherche, als auch jene der im Rahmen der Diplomarbeit durchgeführten Delphi - Befragung, dass Pflegepersonen mit Migrationshintergrund aus verschiedenen Gründen ein wichtiges aktuelles und zukünftiges Beschäftigungspotential in der Pflege darstellen. Dies gilt für Österreich ebenso wie im internationalen Kontext.

Zum einen ist der Anteil an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in Österreich derzeit schon relativ hoch, wobei der Bedarf an Mitarbeiter/innen in einigen Institutionen ohne Migrant/innen kaum gedeckt werden könnte. Dies ist vor allem in den Spitälern Wiens der Fall, die insgesamt einen hohen Anteil an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund aufweisen. Dieser hohe Anteil an beschäftigten Migrant/innen im Pflegebereich weist große Parallelen zum gesamten Anteil der in Wien lebenden Migrant/innen auf. Beispielsweise ist dieser in der Bundeshauptstadt um vieles höher als in Niederösterreich oder dem Burgenland, was sich auch in der Anzahl der beschäftigten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in den einzelnen Bundesländern widerspiegelt.

Zum anderen ist es die demographische Entwicklung, verbunden mit einem Anstieg der alternden Bevölkerung und einem Schrumpfen der Erwerbsbevölkerung, die in Zukunft noch Anlass für einen vermehrten Bedarf an Gesundheitsfachkräften aus dem Ausland geben wird.

Dieser Bedarf wird von Seiten einiger Pflegedirektor/inn/en aus Ostösterreich jedoch in sehr unterschiedlicher Weise eingeschätzt. Dabei wird die demographische Situation in Wien durchaus als problematisch erkannt und mit einem Mehrbedarf an Mitarbeiter/inn/en mit Migrationshintergrund im Krankenhaus gerechnet. In den ländlichen Regionen wird der demographischen Entwicklung hingegen entspannter entgegengesehen. Ob auch dort tatsächlich weitestgehend auf Pflegepersonal mit Migrationshintergrund verzichtet werden kann, wird sich in einigen Jahren weisen. Wünschenswert wäre allenfalls, dass in ganz Österreich frühzeitig auf die Personalsituation im Pflegebereich reagiert wird. Auch in der Pflegewissenschaft kann diese Thematik als große Herausforderung angesehen werden.

Neben einer Verbesserung der personalpolitischen Situation in Österreich kann Pflegepersonal mit Migrationshintergrund auch einen Beitrag zur Effizienz der Arbeit im Krankenhaus leisten. Dies gilt im Speziellen für die Betreuung von Patient/inn/en mit Migrationshintergrund, welche in Zukunft aufgrund der Erhöhung des Altersdurchschnitts ebenfalls einen Mehrbedarf an pflegerischer Versorgung benötigen werden. Effizienz in dem Sinne, als aufgrund einer Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation zwischen Patient/inn/en und Pflegepersonen mit Migrationshintergrund auch Verhandlungsabläufe und die damit verbundene Verweildauer im Krankenhaus beschleunigt werden können.

Dieser Aspekt kommt im Rahmen der Delphi - Befragung zwar weniger zum Tragen, ist aber dennoch als ein sehr wesentlicher Aspekt in Zusammenhang mit einer ressourcenorientierten interkulturellen Pflege anzusehen.

Damit in Zusammenhang steht auch die Beziehungsebene, auf welcher Pflegepersonal mit Migrationshintergrund im Kontext einer interkulturellen Pflege eine wichtige Ressource darstellen kann. Einerseits können Migrant/inn/en als Mediatoren, als Vermittler zwischen unterschiedlichen Kulturen, fungieren. Es kann im Rahmen einer interkulturellen Zusammenarbeit eine Bewusstmachung für kulturelle Unterschiede und Gemeinsamkeiten stattfinden, die sowohl zur Erweiterung der interkulturellen Kompetenz der Patient/inn/en, als auch der Pflegepersonen beitragen kann. In diesem

Sinne kann ein gegenseitiger wertvoller Lernprozess und ein Eingehen auf die speziellen Bedürfnisse von Migrant/inn/en stattfinden.

Wie auch die Ergebnisse der Delphi - Befragung zeigen, wird die Weiterentwicklung von interkultureller Kompetenz als wichtiger Aspekt angesehen und als große Chance einer interkulturellen Pflegesituation erkannt.

Bei der Sensibilisierung des interkulturellen Kontaktes auf verschiedenen Begegnungsebenen im Krankenhaus, sei es im interkulturellen Pflege team oder in der Arbeit mit Patient/inn/en mit Migrationshintergrund, kommt vor allem den Leitungspersonen eine wichtige Funktion zu. Diese Ansicht wird mehrmals in der Literatur vertreten, wobei auch in der Delphi - Befragung die Vorbildwirkung der Führungskräfte betont wird. Eine interkulturelle Ausrichtung des Managements im Pflegebereich scheint somit auch große Auswirkungen auf die Gestaltung eines interkulturellen Pflegealltags zu haben und einen ressourcenorientierten Blick zu ermöglichen.

Als die größte Herausforderung gilt hingegen die Sicherung der Sprachvermittlung, wobei hier die Ergebnisse der Delphi - Befragung sowie jene aus der Literatur ebenfalls übereinstimmen. Sprachschwierigkeiten werden als die dominierenden Probleme im Rahmen einer interkulturellen Pflege angesehen. Daneben stellt auch die Umsetzung von interkultureller Kompetenz, sowohl in der interkulturellen Zusammenarbeit im Team als auch in der Arbeit mit Patient/inn/en mit Migrationshintergrund eine große Herausforderung dar. Auch für ‚indigene‘ Patient/inn/en sowie das Pflegemanagement stellt der Kontakt mit Pflegepersonal mit Migrationshintergrund, eine große Herausforderung dar, die es zu meistern gilt. Auch dieser Aspekt ist für den pflegewissenschaftlichen Kontext als wesentlich zu betrachten.

Wie nun insgesamt aufgezeigt werden kann, hat das Thema Migration im Pflegebereich - im Speziellen auch die Beschäftigung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus - eine besondere Bedeutung für die Pflegewissenschaft und wird in Zukunft aufgrund der demographischen Entwicklung an noch größerer Bedeutung gewinnen. In den nun folgenden Empfehlungen findet eine abschließende Auseinandersetzung mit dieser Thematik statt.

5.3 Empfehlungen

Migration in Pflegeberufen stellt sowohl die Pflegewissenschaft als auch die Politik, das Management, die Pflegepersonen und die Patient/inn/en vor eine Reihe von Herausforderungen.

Grundsätzlich sollte auf allen diesen Ebenen eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik stattfinden. Ein Hauptanliegen erscheint diesbezüglich die demographische Entwicklung ernst zu nehmen und einzuschätzen, in diesem Kontext langfristig zu denken und daraus resultierend vorausschauend zu planen.

Von Seiten der Politik erscheint es in diesem Zusammenhang notwendig, realistische Einschätzungen bezüglich des Bedarfs an Pflegepersonal mit Migrationshintergrund vorzunehmen, um festzustellen, in welchem Ausmaß ein Land auf Pflegepersonen mit Migrationshintergrund angewiesen ist und einen internationalen Vergleich diesbezüglich zu ermöglichen. Darauf aufbauend sollte auch ein umfassendes Migrationsmanagement entwickelt werden.

Hier ist auch die Pflegewissenschaft gefordert, die zum Beispiel im Rahmen der Pflegeforschung wichtige Daten zur Migration von Pflegepersonal liefern kann.

Die im Rahmen der Diplomarbeit durchgeführte Delphi - Befragung kann einen ersten Schritt in diese Richtung darstellen. Da jedoch die Ergebnisse aufgrund der geringen Teilnehmerzahl als nicht repräsentativ anzusehen sind, besteht hier allenfalls weiterer Forschungsbedarf. Beispielsweise könnte eine österreichweite Befragung von Pflegedirektor/inn/en aus Krankenhäusern wichtige Daten zum zukünftigen Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus liefern.

Bezüglich Bildung sollte die Vorbereitung auf interkulturelle Pflegesituationen in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung einen wichtigen Bestandteil darstellen, um Pflegepersonen für interkulturelle Pflegesituationen zu sensibilisieren. Dieses Anliegen erscheint für die Politik ebenso wie für die Pflegewissenschaft relevant.

Aber auch das Management im Pflegebereich, wie beispielsweise Pflegedirektor/inn/en von Krankenhäusern, ist gefordert, sich mit der Migration von Mitarbeiter/inne/n und Patient/inn/en auseinanderzusetzen.

Denn abgesehen vom Personalbedarf gilt es - vor allem im städtischen Bereich - sich auf die zunehmende Anzahl an Patient/inn/en mit Migrationshintergrund und deren Bedürfnisse vorzubereiten. Die Einstellung von muttersprachlichem Personal kann beispielsweise eine große Hilfestellung für diese Patientengruppe darstellen.

Zum einen können Pflegedirektor/inn/en hier als Vorbilder fungieren, die Raum zur Entfaltung kultureller Bedürfnisse im Krankenhaus zulassen. Zum anderen scheint vor allem auch die Unterstützung auf der Teamebene relevant, um die Zusammenarbeit in interkulturellen Teams durch Fortbildungen, Seminare, Besprechungen, etc. zu fördern und alle Mitarbeiter/innen für interkulturelle Pflegesituationen zu sensibilisieren.

In diesem Zusammenhang erweist sich auch die spezielle Unterstützung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund als notwendig. Da großteils Sprachschwierigkeiten als die dominierenden Probleme einer interkulturellen Pflege angesehen werden, gilt es hier anzusetzen und Überlegungen zu tätigen, wie eine effiziente Sicherung der Sprachvermittlung für Mitarbeiter/inn/en mit Migrationshintergrund stattfinden kann. Auch hierbei kann die Pflegewissenschaft behilflich sein.

Andererseits sollte in Krankenhäusern, in welchen der Anteil an Patient/inn/en mit Migrationshintergrund besonders hoch ist, ebenfalls eine funktionierende Kommunikation garantiert werden und, falls notwendig, externe Vermittler wie beispielsweise Dolmetschdienste hinzugezogen werden.

Nicht zuletzt sind alle Pflegepersonen und Patient/inn/en selbst gefordert, eine Offenheit für interkulturelle Pflegesituationen zu entwickeln und im Sinne der Erweiterung ihrer interkulturellen Kompetenzen zu einem gelingenden interkulturellen Pflegealltag im Krankenhaus beizutragen.

6 LITERATURVERZEICHNIS

Abderhalden, Christoph und Ian Needham, 1999: Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz. Ergebnisse einer Delphi- Studie, Universität Maastricht, <http://pflegeforschung-psy.ch/Delphi-B.pdf> (Stand 25.09.2008).

Aiken, Linda H., James Buchan, Julie Sochalski, Barbara Nichols and Mary Powell, 2004: Trends in International Nurse Migration. Health Affairs 23/ 2004: 69- 77.

Awart, Sigrid und Khadidiatou Touré, 2001: Kulturelle Differenz(en)- ein feministischer Blick. S. 43-51 in: Gruber, Joachim (Hg.), Interkulturelle Öffnung im Sozial- und Bildungswesen. Dokumentation einer Fachtagung, 5./6. März 2001 im Bildungshaus Schloß Retzhof.

Binder-Fritz, Christine, 2003: Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich. S. 116- 142 in: Jens Friebe und Michaela Zalucki (Hg), Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.

Bischoff, Alexander, Regine Steinauer und Elisabeth Kurth, 2006: Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen, gezielt einsetzen. Forschungsbericht zuhanden des MFH- Netzwerkes Schweiz, Institut für Pflegewissenschaft, Basel.

Buchan, James, Tina Parkin and Julie Sochalski, 2003: International nurse mobility. Trends and policy implications. World Health Organisation, Geneve, http://www.icn.ch/Int_Nurse_mobility_final.pdf (Stand 26.11.2008).

Buchan, James, 2004: Migration of Health Workers in Europe. Policy Problem or Policy Solution?, <http://www.euro.who.int/document> (Stand 25.11.2008).

Buchan, James, 2006: The impact of global nursing migration on health services delivery. Policy, Politics and Nursing Practice 7/2006: 16-25.

Buchan, James, 2008: Wie kann die Migration von Gesundheitsfachkräften gesteuert werden, um negative Auswirkungen auf das Angebot zu verhindern? Grundsatzpapier für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme, <http://www.euro.who/int> (Stand 16.10.2008).

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem, 2009: Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (Fremdenrechtspaket 2005), Fassung vom 02.07.2009, <http://ris.bka.gv.at> (Stand 02.07.2009).

Carrington, Kimberly, Elisabeth Cepek-Neuhauser und Gabriela Küng, 2005: Möglichkeiten der Ausbildung und Berufstätigkeit für Migrantinnen im Gesundheits- und Pflegebereich Österreichs. Herausforderungen und Empfehlungen. Nationaler Bericht innerhalb des Leonardo da Vinci Projektes „Vorqualifizierung für Migrantinnen im Gesundheits- und Pflegebereich“, Linz.

Collatz, Jürgen, 1998: Kernprobleme des Krankseins in der Migration-Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. S. 33-58 in: Matthias David, Theda Borde und Heribert Kentenich (Hg.), Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH.

David, Matthias, Theda Borde und Heribert Kentenich (Hg.), 1998: Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH.

David, Matthias und Theda Borde, 1998: Zur schwierigen Begrifflichkeit. S. 7-9 in: Matthias David, Theda Borde und Heribert Kentenich (Hg.), Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH.

Dornheim, Jutta, 2003: Konzepte zu „Kultur“ und „kultureller Identität“ für die Pflegebildung. Synopse- Kritik- Perspektiven. S. 61- 82 in: Jens Friebe und Michaela Zalucki (Hg), Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.

Fischer, Veronika, Monika Springer und Ioanna Zacharaki (Hg.), 2005: Interkulturelle Kompetenz. Fortbildung- Transfer- Organisationsentwicklung. Schwalbach/ Ts: Wochenschau Verlag.

Freise, Josef, 2005: Interkulturelle Soziale Arbeit. Theoretische Grundlagen- Handlungsansätze- Übungen zum Erwerb interkultureller Kompetenz. Schwalbach/ Ts: Wochenschau Verlag.

Friebe, Jens, 2002: Interkulturelles Management als Aufgabe der Altenpflege, <http://www.die-bonn.de> (Stand 14.10.2008).

Friebe, Jens und Michaela Zalucki (Hg), 2003: Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.

Friebe, Jens, 2003: Interkulturelle Bildung für Pflegende. Bedarfe und Herausforderungen in Deutschland. S. 145-158 in: Jens Friebe und Michaela Zalucki (Hg), Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.

Friebe, Jens, 2004: Der biografische Ansatz in der Pflege. Pflege und Gesellschaft 1/ 2004: 3-5.

Friebe, Jens, 2006: Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierung in Nordrhein- Westfalen. Eine Handreichung für Bildung und Praxis in der Altenpflege. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bonn.

Friebe, Jens, 2008: Pflegende mit Migrationshintergrund als Adressaten der Bildung in der Altenpflege. S. 217- 240 in: Birgit Rommelspacher und Ingrid Kollak (Hg.), Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Gaitanides, Stefan, 2004: „Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste“- Visionen und Stolpersteine. S. 4-18 in: Birgit Rommelspacher (Hg.), Die offene Stadt. Interkulturalität und Pluralität in Verwaltungen und sozialen Diensten. Dokumentation der Fachtagung vom 23.09.2003, Alice Salomon Fachhochschule Berlin.

Gätschenberger, Gudrun, 1993: Pflege von Patienten aus verschiedenen Kulturen. Deutsche Krankenpflegezeitschrift 8/ 1993: 569- 573.

Geiger, Ingrid, 1998: Altern in der Fremde. Zukunftsweisende Herausforderungen für Forschung und Versorgung. S. 167-184 in: Matthias David, Theda Borde und Heribert Kentenich (Hg.), Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH.

Gerlinger, Thomas und Rolf Schmucker, 2007: Transnational Migration of Health Professionals in the European Union. Cadernos de Saúde Pública 23/ 2007: 184- 192.

Giesen, Deirde, 1993: Die Pflege von Patienten anderer Kulturen. Pflege 6/ 1993: 197- 203.

Grottian, Giselinde, 1991: Gesundsein und Kranksein in der Migration. Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei. Frankfurt/Main.

Gruber, Joachim (Hg), 2001 : Interkulturelle Öffnung im Sozial- und Bildungswesen. Strukturen gestalten, Kompetenzen entwickeln, Kooperationen fördern. Dokumentation einer Fachtagung, 5./6.März 2001 im Bildungshaus Schloß Retzhof.

Habermann, Monika, 1998: Pflegebedürftig in der Fremde? Zur Theorie und Praxis der interkulturellen Pflege. S. 153- 166 in: Matthias David, Theda Borde und Heribert Kantenich (Hg.), Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH.

Habermann, Monika, 2003: Pflege und Kultur. Eine medizinethnologische Exploration der Pflegewissenschaft und –praxis. S. 192- 210 in: Thomas Lux (Hg.), Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin- Medizinethnologie- Medical Anthropology. Berlin: Dietrich Reimer Verlag GmbH.

Habermann, Monika, 2002: Interkulturelles Management in der Altenpflege. Eine Einführung, <http://www.die-bonn.de> (Stand 10.09.2008).

Habermann, Monika, 2003: „Interkulturelle Kompetenz“. Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege? Pflege und Gesellschaft 1/2003: 11-16.

Häder, Michael, 2002: Delphi- Befragungen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Häder, Michael und Sabine Häder (Hg), 2000: Die Delphi- Technik in den Sozialwissenschaften. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Hauser, Regina, 2003: Aspekte interkultureller Kompetenz. Lernen im Kontext von Länder- und Organisationskulturen. Wiesbaden: Deutscher Universitäts- Verlag GmbH.

Hinz-Rommel, Wolfgang, 1994 : Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Münster: Waxmann.

Hofbauer, Sophie et al, 2004: The Impact of Immigration on Austria's Society. A Survey of Recent Austrian Migration Research. Austrian Contribution to the European Pilot Study "The Impact of Immigration on Europe's Societies", Vienna: BM.I.

IOM, 2004: International Migration Law. Glossary on Migration. Geneva, <http://www.iom.int> (Stand 22.06.2009).

Kingma, Mireille, 2006: New Challenges, Emerging Trends and Issues in Regulation of Migrating Nurses. Policy, Politics and Nursing Practice 7/2006: 26- 33.

Kingma, Mireille, 2008: Nurses on the Move: Historical Perspectives and Current Issues. OJIN The Online Journal of Issues in Nursing 13/ 2008, <http://www.nursingworld.org> (Stand 14.12.2008).

Larcher, Dietmar, 2000: Liebe in Zeiten der Globalisierung. Konstruktion und Dekonstruktion von Fremdheit in interkulturellen Paarbeziehungen. Klagenfurt: Drava Verlag.

Laurin, Kornelia, 2004: Kultursensible Betreuung im Krankenhaus. Pilotprojekt des Hanusch- Spitals in Wien. Zebratl 3/2004: 17-18.

Lenhart, Maureen und August Österle, 2007: Migration von Pflegekräften. Österreichische und europäische Trends und Perspektiven. Österreichische Pflegezeitschrift 12/ 2007: 8-11.

Leyer, Emanuela M., 1991: Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Linstone, Harold A., and Murray Turoff, 1975: The Dephi Method. Techniques and Applications. Canada: Addison- Wesley Publishing Company.

Mayer, Hanna, 2002: Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas.

Mecheril, Paul, 2008: Das Besondere ist das Allgemeine- Überlegungen zur Befremdung des Interkulturellen. S. 77- 96 in: Birgit Rommelspacher und Ingrid Kollak

(Hg), Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Meyer, Bernd, 2008: Nutzung der Mehrsprachigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Berufsfelder mit besonderem Potential. Zwischenbericht 26.06.2008, Universität Hamburg, <http://www.danielspielmann.eu> (Stand 15.09.2008).

Morse, Janice M. and Peggy Anne Field, 1995: Qualitative Research Methods for Health Professionals, Second Edition. London: Sage Publications.

Norddeutsches Institut zur Weiterentwicklung der Pflege, 2004: Migrantinnen und Migranten als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung alter Menschen. Ergebnisse einer Erhebung im Rahmen des Projektes EQUAL-SEPIA, <http://www.ndz-pflege.de> (Stand 15.09.2008).

OECD, 2007: International Migration Outlook. Part 3. Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, <http://www.oecd.org> (Stand 22.06.2009).

Pfabigan, Doris, 2007: Kultursensible Pflege und Betreuung. Neue Perspektiven für die Aus- und Weiterbildung. Österreichische Pflegezeitschrift 12/ 2007: 12- 17.

Reinprecht, Christoph, Karin Kienzl- Plochberger et al, 2005: Bericht des Moduls 1 Forschung zum Thema „MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich“ und „Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien“, Integrations Info Service von MigrantInnen für MigrantInnen, Wien.

Rommelspacher, Birgit (Hg.), 2003: Die offene Stadt. Interkulturalität und Pluralität in Verwaltungen und sozialen Diensten. Dokumentation der Fachtagung vom 23.09.2003, Alice Salomon Fachhochschule Berlin.

Rommelspacher, Birgit und Ingrid Kollak (Hg), 2008: Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Rommelspacher, Birgit, 2008: Tendenzen und Perspektiven interkultureller Forschung. S. 115- 134 in: Birgit Rommelspacher und Ingrid Kollak (Hg), Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Rommelspacher, Birgit, 2008: Pflege in einem multikulturellem Umfeld. S. 197- 216 in: Birgit Rommelspacher und Ingrid Kollak (Hg), Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Scheibler, Petra, 1998: Interkulturelle Kommunikation und Interaktion in der Krankenpflege als Thema psychologischer Gesundheitsförderung. PflGe, 3/1998: 22-24.

Schmidt, Waldemar, 2003: Alter- Migration- Qualifizierung. (Neue) Anforderungen an die Zuwanderungsgesellschaft. S. 13- 28 in: Jens Friebe und Michaela Zalucki (Hg), Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.

Sprung, Annette, 2001: Qualifikationsziel: Interkulturelle Kompetenz. S. 34-42 in: Gruber, Joachim (Hg), Interkulturelle Öffnung im Sozial- und Bildungswesen. Dokumentation einer Fachtagung , 5./6. März 2001 im Bildungshaus Schloß Retzhof.

Stadler, Peter, 1994: Globales und interkulturelles Lernen in Verbindung mit Auslandsaufenthalten. Ein Bildungskonzept. Saarbrücken.

Statistik Austria, www.statistik.at (Stand 06.04.2009).

Strobl, Ruth, 2000: Die Delphi- Methode, Universität Wien, Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie. Wien.

Treibel, Annette, 1999: Migration in modernen Gesellschaften. Weinheim: Juventa.

Ullrich, Ralf E., 1998: Grau oder bunt? Zuwanderungen und Deutschlands Bevölkerung im Jahre 2030. S. 17- 31 in: Matthias David, Theda Borde und Heribert Kentenich (Hg.), Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH.

Uzarewicz, Charlotte, 2002: Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege. Kurzbeschreibung, Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, <http://www.die-bonn.de> (Stand 05.02.2009).

Wesselmann, Elisabeth, 2007: Migration ist keine Krankheit und keine Behinderung. Migranten als Kunden. Österreichische Pflegezeitschrift 12/ 2007: 18-22.

WHO Backgrounder, 2008: Managing the Migration of Health Professionals in the WHO European Region, WHO European Ministerial Conference on Health Systems. "Health Systems, Health and Wealth". Tallin, Estonia, 25-27 June 2008, <http://www.euro.who.int> (Stand 25.11.2008).

WHO Regionalkomitee für Europa, 2007: Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region. Siebenundfünfzigste Tagung, Belgrad, Serbien, 17.- 30 September 2007, <http://www.euro.who.int> (Stand 25.11.2008).

7 ANHANG

A1. Ankündigungsmail

Wien, Jänner 2009

Sehr geehrte Frau Dir. XX,
sehr geehrter Herr Dir. XY!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien führe ich eine Studie zum Thema „Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus: Die Perspektive von Pflegedirektor/inn/en“ durch. Ich möchte Sie hiermit einladen, an der Befragung teilzunehmen.

Ziel der Befragung ist es, aus verschiedenen Expertenperspektiven einen Einblick in den zukünftigen Bedarf von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus zu gewinnen, sowie den Status Quo in Ostösterreich zu erheben.

- Bei einer Beteiligung erhalten Sie dann in der nächsten Woche per E-Mail ein Word-Dokument, das vier kurze Fragen zum Forschungsthema enthält.
- In einem weiteren Dokument sollen Daten zur Anzahl und Herkunft der in Ihrem Krankenhaus tätigen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund erhoben werden.
- Ich bitte Sie, beide Dokumente stichwortartig auszufüllen und per E-Mail wieder an mich zurückzuschicken.
- Einige Zeit später erhalten Sie ein zweites Mail. Darin werden Ihnen die gesammelten Ergebnisse und Argumente der anderen Pflegedirektor/inn/en in anonymisierter Form mitgeteilt. Ich würde Sie dann bitten, die Ergebnisse nach Ihrer persönlichen Zustimmung bzw. nach Wichtigkeit nochmals zu beurteilen, um die Aussagen aus der vorangegangenen Runde weiter zu qualifizieren.

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.
Ich würde mich sehr über Ihre Teilnahme freuen!

Mit herzlichem Dank und freundlichen Grüßen,

Elisabeth Fischer

A2. Datenblatt Status Quo

„Status Quo von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus“

Datenblatt

Erläuterungen: Bitte fügen Sie ihre Antworten direkt unterhalb der Frage im grauen Feld ein. Sollten zu gewissen Fragen keine genauen Daten vorhanden sein, bitte ich Sie, einen ungefähren Schätzwert diesbezüglich anzugeben.

- 1) Wie viele Pflegepersonen (DGKS/P, Pflegehelfer/innen) sind insgesamt zurzeit in Ihrem Krankenhaus beschäftigt?**



- 2) Wie viele Pflegepersonen mit Migrationshintergrund (DGKS/P, Pflegehelfer/innen) sind derzeit in Ihrem Krankenhaus tätig?**



- 3) Welches sind die drei häufigsten Herkunftsländer der in Ihrem Krankenhaus tätigen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund?**



- 4) Ist der derzeitige Bedarf an Pflegepersonal in Ihrem Krankenhaus gedeckt?**



- 5) Wie hoch ist in etwa der Anteil der Patient/inn/en mit Migrationshintergrund in Ihrem Krankenhaus?**



Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

A3. Delphi- Befragung: Erste Runde

„Zukünftige Positionierung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus“

Delphi-Befragung von PflegedirektorInnen

Erläuterungen: Bitte fügen Sie ihre Anregungen in Stichworten direkt unterhalb der Frage im grauen Feld ein und nehmen Sie sich dafür so viel Platz wie notwendig.

Versuchen Sie bitte, möglichst alle Punkte auszufüllen.

- 1) Wird der Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in Ihrem Krankenhaus in den nächsten Jahren eher steigen oder fallen?**

- 2) Welche Gründe sprechen Ihrer Meinung nach für beziehungsweise gegen eine Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund in Zukunft?**

für Aufnahme:

gegen Aufnahme:

- 3) Was verstehen Sie unter „interkultureller Kompetenz“ im Pflegealltag?**

Inwieweit ist die Entwicklung von „interkultureller Kompetenz“ ein Thema in Ihrem Krankenhaus?

- 4) Was werden zukünftige Chancen und Herausforderungen in diesem Kontext sein?**

Chancen:

Herausforderungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

A4. Delphi- Befragung: Zweite Runde

Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus- Bewertung der Ergebnisse einer Delphi- Befragung: Runde 2

Erläuterungen:

Dieses Formular enthält die ausgewerteten Ergebnisse einer Delphi- Befragung von Pflegedirektor/inn/en zum Thema „Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus“, die im Rahmen meiner Diplomarbeit durchgeführt wird. Die Beiträge aller teilnehmenden Pflegedirektor/inn/en (insgesamt 7 aus Wien, Niederösterreich und dem Burgenland) wurden dafür in anonymisierter Form gesammelt und in Themenbereichen mit Unterkategorien angeordnet.

Ich würde Sie nun bitten, die Ergebnisse durchzulesen und bei Bedarf eventuelle Ergänzungen bzw. Bewertungen in den grau markierten Feldern vorzunehmen.

1) Einschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus

Erläuterung: Die folgende Tabelle enthält Ihre Einschätzungen zum zukünftigen Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus sowie eventuelle Begründungen dafür. Wenn Ihnen weitere Gründe dafür einfallen, können Sie diese in den grau markierten Feldern einfügen.
Für allgemeine Anmerkungen dazu können Sie die offene Frage darunter nutzen.

Bedarf	Begründung
Steigend (3x genannt)	✓ österreichische Bewerbungen bei den GUKPS verringern sich ✓ hoher Prozentanteil älter werdender Migrant/inn/en ✓ Dolmetschdienste werden benötigt ✓ weitere Gründe:
Gleich bleibend (2x genannt)	✓ Pflegepersonen mit türkischem Migrationshintergrund in Zukunft interessant ✓ weitere Gründe:
Fallend (2x genannt)	✓ Dienstposten werden nicht erhöht ✓ genügend Schulen, die den Bedarf abdecken ✓ weitere Gründe:

Was könnten Ihrer Meinung nach Gründe für eine so heterogene Einschätzung des Bedarfs sein? Haben Sie andere Anmerkungen zu diesem Ergebnis?

2) Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund – Pro und Contra

Erläuterung: Die folgenden Gründe wurden von Ihnen für beziehungsweise gegen eine Aufnahme von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund angeführt. Eventuelle Ergänzungen können Sie im grauen Feld (letzte Zeile) vornehmen.

Bitte ordnen Sie nun die angeführten 6 Gründe für sowie die 6 Gründe gegen eine Aufnahme nach ihrer Wichtigkeit, indem Sie die Zahlen in den grauen Kästchen links eintragen (1 = der wichtigste Grund, 6 = der am wenigsten wichtigste Grund).

Trifft ein Grund für Sie überhaupt nicht zu, kennzeichnen Sie das Kästchen mit einem „x“.

Gründe für eine Aufnahme	Gründe gegen eine Aufnahme
☐ Personalbedarf ✓ Personalmangel von österreichischem Pflegepersonal ✓ Bedarf an Pflegepersonal könnte ohne Pflegepersonen mit Migrationshintergrund nicht abgedeckt werden	☐ Personalbedarf nicht vorhanden ✓ genügend österreichisches Personal ✓ ausgeglichenes Verhältnis von Pflegepersonen ohne Migrationshintergrund und Pflegepersonen mit Migrationshintergrund
☐ Erfahrungsressource ✓ Erfahrungen der Mitarbeiter/innen außerhalb Österreichs ✓ Sensibilität für Bedürfnisse der Patient/inn/en mit Migrationshintergrund ✓ Horizonterweiterung durch den Kontakt mit verschiedenen Kulturen in der Zusammenarbeit	☐ Kulturell geprägte Unterschiede ✓ Mentalitätsunterschiede ✓ Anpassungsschwierigkeiten
☐ Sprachliche Ressource ✓ Mehrsprachigkeit ✓ Dolmetschleistungen im Alltag	☐ Sprachliche Barrieren ✓ Sprachdefizite
☐ Qualifikation ✓ gut qualifizierte Bewerber/innen	☐ Fehlende Qualifikation ✓ Bewerber/innen mit mangelnder Qualifikation
☐ Demographische Entwicklung ✓ hoher und steigender Prozentanteil an Migrant/inn/en (v.a. in Wien), die Pflegeleistungen benötigen	☐ Gleiche Ausschlusskriterien wie bei österreichischem Personal
☐ Persönliche Erfahrungen ✓ gute Erfahrungen mit Pflegepersonen mit Migrationshintergrund	☐ Keine speziellen Gründe
☐ weitere Gründe:	☐ weitere Gründe:

3) Aspekte von „interkultureller Kompetenz“ in der Pflege

Erläuterung: Diese Aspekte wurden von Ihnen zum Themenbereich „Interkultureller Kompetenz“ in der Pflege genannt. Bitte ordnen Sie die fünf angeführten Aspekte nach Ihrer Wichtigkeit (1 = der wichtigste Aspekt, 5 = der am wenigsten wichtigste Aspekt).

Eventuelle zusätzliche Aspekte können Sie wieder in der letzten Zeile einfügen.

Aspekte, die überhaupt nicht für Sie zutreffen, können Sie mit einem „x“ kennzeichnen.

☐	Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale ✓ Auseinandersetzung mit anderen Kulturen ✓ Thematisierung der Probleme von Migrant/inn/en ✓ Toleranz und Sensibilität für andere Kulturen ✓ Berücksichtigung von Wünschen und Gewohnheiten, die auf religiösen und kulturellen Merkmalen beruhen ✓ Interesse an interkulturellem Kontakt ✓ kein Verleugnen der eigenen Kultur und der eigenen Bedürfnisse
☐	Wissen und Kenntnisse ✓ Kenntnis über religiöse Bedürfnisse und Riten, Rituale in Zusammenhang mit Krankheit, Leiden, Sterben ✓ Kenntnisse über die wichtigsten Grundzüge anderer Kulturen
☐	Interaktionsmanagement ✓ erfolgreiche Interaktion mit Menschen aus anderen Kulturen in der direkten Patientenbetreuung, aus der ein zufrieden stellendes Ergebnis für beide Seiten resultiert ✓ respektvoller Umgang mit Denkweisen und Handlungen von Kolleg/inn/en und Patient/inn/en, die nicht dem eigenen kulturellen Verständnis entsprechen
☐	Allgemein pflegerischer Aspekt ✓ Aufmerksam machen auf Dimensionen einer patientenorientierten Pflege ✓ Wahrnehmung von unterschiedlichen Aspekten (Ernährung, Schmerz,...) und Umsetzung im prozesshaften Verlauf des Handelns
☐	Gesellschaftspolitischer Aspekt ✓ Gleicher Zugang zur Pflege für alle in Österreich lebenden Personen
☐	weitere Aspekte:

4) Strategien zur Förderung von „interkultureller Kompetenz“ im Krankenhaus

Erläuterung: Diese Strategien zur Förderung von interkultureller Kompetenz sind bereits in einigen Krankenanstalten ein Thema. Für zusätzliche Überlegungen steht Ihnen die letzte Zeile zur Verfügung.
Ordnen Sie die 3 angeführten Strategien bitte nach ihrer Wichtigkeit (1 = die zielführendste Strategie, 3 = die am wenigsten zielführendste Strategie).
Können Sie sich mit einer Strategie nicht identifizieren, kennzeichnen Sie diese mit einem „X“.

☐	Thematisierung in Vortragsreihen, internen und externen Fortbildungen, Teambesprechungen, Mitarbeitergesprächen,...
☐	Verankerungen in den Werten des Krankenhauses (Wertschätzung aller Menschen, unabhängig von Herkunft und Religion,...)
☐	Erstellung von Leitlinien für die wichtigsten Weltreligionen (worin z.B. auf religiöse und kulturelle Bedürfnisse in Zusammenhang mit Krankheit, Sterben/ Tod,... eingegangen wird)
☐	weitere Strategien:

5) Zukünftige Chancen und Herausforderungen einer interkulturellen Pflege

Erläuterung: Folgende Chancen und Herausforderungen sehen Sie in Zukunft für den Bereich einer interkulturellen Pflege. Weitere Überlegungen können Sie in der letzten Zeile anführen.
Bitte ordnen Sie die angeführten 4 Chancen nach ihrem Bedeutungsgehalt (1 = die bedeutendste Chance, 4 = die am wenigsten bedeutendste Chance).
Ebenso bitte ich Sie, die 3 Herausforderungen einer Reihenfolge zu unterziehen (1 = die größte Herausforderung, 3 = die kleinste Herausforderung).
Chancen bzw. Herausforderungen, die für Sie kein Thema sind, kennzeichnen Sie mit einem „X“.

Chancen		Herausforderungen	
☐	Weiterentwicklung von „interkultureller Kompetenz“ ✓ mehr Verständnis und Toleranz für andere Kulturen ✓ mehr Wissen über andere Kulturen ✓ Gewinn an Sicherheit im Umgang mit verschiedenen Traditionen ✓ voneinander Lernen ✓ Werteorientierung	☐	Umsetzung von „interkultureller Kompetenz“ ✓ Toleranz, Akzeptanz und Verständnis für Kolleg/inn/en und Mitpatient/inn/en aus anderen Kulturen ✓ Vorbehalte ✓ Wissensvermittlung für inländisches Personal ✓ Sensibilisierung aller Mitarbeiter/innen ✓ Infragestellung und gleichzeitige Bewahrung der eigenen Identität und Wertvorstellungen

Chancen		Herausforderungen	
☐	Personalbedarfsdeckung ✓ Deckung des Bedarfs an Pflegepersonen mit gut qualifiziertem Personal	☐	Fehlende Erfahrungswerte ✓ Bewerber/innen aus anderen Ländern/ Kulturen, mit denen es bislang keine Erfahrungen gibt (z.B. Tragen des Kopftuchs im Dienst,...)
☐	Gesellschaftliche Anerkennung der Migration und ihrer Bedeutung für die Pflege ✓ Österreich als multikulturelle Gesellschaft ✓ steigende Bewerbungen unter Migrant/inn/en, deren sprachliche, soziale und interkulturelle Kompetenzen in der Betreuung von Patient/inn/en mit Migrationshintergrund gebraucht werden		
☐	weitere Chancen:	☐	weitere Herausforderungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

A5. Glossar

Im Rahmen dieser Arbeit finden die folgenden Begriffsbestimmungen Anwendung:

Ältere Menschen: Personen ab einem Alter von 60 Jahren

Europäische Region: Europäische Region der WHO (Weltgesundheitsorganisation), bestehend aus 53 Mitgliedstaaten

Gesundheitsfachkräfte: Ärzt/innen und Pflegekräfte

Interkulturelle Pflege(situation): Interaktionen in beziehungsweise zwischen verschiedenen kulturellen Settings von Pflgeteams und Patient/inn/en

Kultur: dynamisches Konstrukt, das sich den Alltagsanforderungen entsprechend immer wieder neu gestaltet und von Vielfalt geprägt ist

Migrant/in: Person, die freiwillig und zum persönlichen Vorteil ihr Herkunftsland verlässt

Migration: der auf Dauer angelegte Wechsel des geographischen oder sozialen Raumes von einzelnen oder mehreren Menschen

Personen mit Migrationshintergrund: Personen, die im Ausland geboren wurden sowie jene, die im Inland zur Welt kamen aber eine keine österreichische Staatsbürgerschaft besitzen

Pflegeperson/ Pflegekraft: diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/ -pfleger, Pflegehelfer/in

A6. Abstract

Pflegepersonen mit Migrationshintergrund stellen ein wichtiges aktuelles und zukünftiges Beschäftigungspotential in der Pflege dar. Dies gilt für Österreich ebenso wie im internationalen Kontext.

Laut den Angaben der WHO (Weltgesundheitsorganisation) sind zurzeit etwa 14,5 % der in Österreich beschäftigten Pflegepersonen im Ausland geboren, was im internationalen Vergleich einen relativ hohen Anteil darstellt. Insgesamt betrachtet wird der Bedarf an Gesundheitsfachkräften mit Migrationshintergrund in vielen Ländern in Zukunft weiter vorhanden sein beziehungsweise noch steigen.

Dieser erhöhte Bedarf ergibt sich vor allem aus der demographischen Entwicklung, verbunden mit einer allgemeinen Bevölkerungsalterung und einem Schrumpfen der Erwerbsbevölkerung, welche die Europäische Region vor zahlreiche wirtschaftliche, soziale und finanzielle Herausforderungen stellt. Die Entwicklung und Verbesserung politischer Handlungsmöglichkeiten in Zusammenhang mit der Migration von Gesundheitsfachkräften ist daher als höchst notwendig anzusehen.

Im Kontext einer interkulturellen Pflege sind jedoch auch die Pflegewissenschaft, das Management im Pflegebereich, sowie alle Pflegepersonen und Patient/inn/en selbst gefordert, sich mit Migration auseinanderzusetzen.

So ist beispielsweise auch der Spitalsalltag oft von einer migrationsspezifischen Vielfalt unter den Patient/inn/en und Pflegepersonen geprägt. Welche Chancen und Herausforderungen sich dabei für alle Beteiligten ergeben und wie diese Situation sowie der zukünftige Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus von Pflegedirektor/inn/en eingeschätzt wird, darüber gibt die vorliegende Diplomarbeit einen ersten Einblick.

Auf Basis einer Literaturrecherche wurde hierfür eine Delphi - Befragung mit Pflegedirektor/inn/en aus Wien, Niederösterreich und dem Burgenland durchgeführt, woraus sich insgesamt ein sehr heterogenes Gesamtbild zeigt, das Vor- und Nachteile einer interkulturellen Pflegesituation widerspiegelt und eine erste Einschätzung möglicher zukünftiger Entwicklungen ermöglicht.

A7. Abstract (English)

Migration of specialized nursing staff is a social phenomenon which occurs in context of increasing global mobility and a growing competition for skills needed in the healthcare sector. Immigration of specialized nursing staff is needed in Austria as well as in many other countries in the European Region.

About 14,5 per cent of all nurses currently employed in Austria are foreign-born according to the WHO (World Health Organization). By international standards this is a relatively high proportion.

Altogether the number of specialized nursing staff in migration continues to increase each year. This growing demand is caused by demographic change, including an aging population and a shrinking labour force. Cross-border mobility of specialized nursing staff thus may be a symptom of deeper labour force-related problems in the countries of origin and / or the destination countries, which pose numerous challenges for related policies in these countries. The development and improvement of policies related to migration of specialized nursing staff must therefore be considered highly necessary.

Intercultural nursing situations also call for nursing science, the management in the health care sector, as well as patients and nurses themselves to engage in the issue of migration.

For instance, migratory diversity among patients and among staff members is a common feature in Austria's hospitals. A number of chances and challenges occur in this context for all parties concerned.

This master thesis gives an overview of how such intercultural nursing situations are evaluated by nursing-directors and how they estimate future demand for immigration of specialized nursing staff in Austria's hospitals.

Based on theoretical research a Delphi - survey was performed with nursing- directors in Vienna, Lower Austria and Burgenland. The results show a heterogeneous picture, reflecting advantages and disadvantages of intercultural nursing, and permit for a preliminary assessment of future developments in this sector.

A8. Lebenslauf

Name: Elisabeth Fischer

Geburtsdatum: 23.11.1983

Geburtsort: Oberpullendorf

Staatsbürgerschaft: Österreich

Familienstand: ledig

Ausbildung:	1990-1994	Volksschule in Ritzing
	1994-2002	BRG/ BORG in Oberpullendorf- Maturaabschluss
	2002-2004	Kolleg für Sozialpädagogik in Wien- Abschluss mit Diplom
	2004-2005	Bakkalaureatstudium Soziologie in Wien- Studienabbruch und -wechsel
	2005-2009	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft in Wien

Berufliche Laufbahn: Sozialpädagogischer Bereich
(in der stationären Kinder- und Jugendarbeit, sowie in der
Arbeit mit Menschen mit Behinderung
in verschiedenen Institutionen in Wien)