



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Auswirkungen der Eingliederung von Pflegepersonen aus dem Ausland in die österreichische Altenpflege am Beispiel des Bundeslandes Wien

Verfasser

Gerald Thalhammer

angestrebter akademischer Grad
Magister (Mag.)

Wien, 2012

Studienrichtung laut Studienblatt:
Studienrichtung laut Studienblatt:
Betreuer:

A 057/122
IDS Pflegewissenschaft
Univ.-Doz. Dr. Vlastimil Kozon PhD.

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich sehr herzlich bei meinem Diplomarbeitsbetreuer Herrn Univ.-Doz. Dr. Vlastimil Kozon PhD bedanken. Er war während des gesamten und langandauernden Prozesses für diese Arbeit eine immense Unterstützung, wodurch sich eine sehr harmonische Beziehung ergab. Sein Angebot, ihn auch während seiner freien Zeit mit Fragen konfrontieren zu dürfen, war auch ein Zeichen des Interesses für das Thema. Er verstand es außerdem, mir stets Vertrauen entgegen zu bringen und Sicherheit auszustrahlen. Seine Bemühungen, erhellende Antworten und vernünftige Ratschläge, sei es im persönlichen Gespräch oder mittels elektronischer Kommunikation, immer so schnell wie möglich zu vermitteln, lernte ich sehr zu schätzen.

Für seine Leidenschaft und Freude an der wissenschaftlichen Arbeit gilt ihm mein größter Respekt. Es ist schön zu sehen, wie er seine DiplomandInnenseminare leitet und jede/n dazu animiert, sich mit den Themen der anderen DiplomandInnen auseinanderzusetzen. Dadurch entsteht Vernetzung und ein interessanter Austausch, wodurch neue Ideen und Ansätze entstehen. Vielen Dank auch allen DiplomandInnen aus dem Seminar und vielen anderen StudienkollegInnen, die mit thematischen und literarischen Anregungen viel Input für diese Arbeit beigetragen haben.

Außerdem möchte ich Ines Freitag, meine persönliche Lektorin, größten Dank aussprechen. Sie erklärte sich bereit, meine sehr umfassende Arbeit einem Deutschtest zu unterziehen, auf mögliche Fehler zu prüfen und zu korrigieren. Dank ihres geschulten Auges blieb kein Fehler unbemerkt. Erwähnt werden muss außerdem, dass Ines den Fokus nicht nur auf Rechtschreib- und Beistrichfehler richtete, sondern zusätzlich auch noch u.a. auf die gendergerechte Schreibweise achtete. Da ich weiß, wie schwierig es ist, sich im Zuge des Korrekturlesens von Wort zu Wort auf jedes Fehlerpotential zu konzentrieren, kann ich gar nicht ausdrücken, wie sehr ich ihre Expertise schätzen gelernt habe.

Abschließend möchte ich mich natürlich besonders bei all jenen Personen bedanken, die mir nahestehen und mich über den langen Zeitraum begleitet haben. Nur mithilfe der mentalen Unterstützung, die mir von meinen Eltern, meinem Bruder, meinen Großeltern, meiner großen Verwandtschaft und meinen vielen Freunden entgegengebracht wurde, war ich im Stande, eine Arbeit in dieser Qualität und Quantität zu verfassen. Während solch einer wichtigen Phase des Lebens ist es immer gut zu wissen, dass es Menschen gibt, die einem Mut machen und Sorgen abnehmen, damit man etwaige Rückschläge besser wegstecken und aus kleinen Erfolgen Kraft schöpfen kann. Erst rückblickend weiß man auch diesen Umstand mehr zu schätzen.

Diese Diplomarbeit ist meiner verstorbenen Großmutter Maria Hochrieser gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung	1
0.1. Abstract	2
1. Problembeschreibung	2
1.1. Fragestellung	3
2. Methode	5
3. Population Österreichs	7
3.1. Bedeutung und Wirkung von Bevölkerungszahlen	7
3.2. Bevölkerungsanalyse: Zahlen, Daten, Fakten	8
3.2.1. Wiener Population	9
3.3. Demographischer Wandel: von der „Alterspyramide“ zur „Altersurne“	10
3.4. Prognosen	12
4. Migration: Wanderung mit Hindernissen	13
4.1. Definition: Migration	13
4.2. Definition: Migrationshintergrund	14
4.3. MigrantInnenanteil: Migration vs. Geburtenrückgang	15
4.4. Gesellschaftliche und wirtschaftliche Bedeutung	16
4.5. Geschichtlicher und politischer Zusammenhang: Migration in Österreich mit Fokus auf Wien	19
4.5.1. Einwanderungswellen ab 1945 und das „Raab-Olah-Abkommen“	20
4.5.2. Die Wende Europas und die (politischen) Nachbeben	25
4.6. Gemeinsamkeiten, die trennen: Ursachen, Motive, Formen und Theorien der Migration	26
4.6.1. Die vielen Gesichter der Migration	28
4.6.2. Theorien zur Migration	30
4.7. Gesetzliche Bestimmungen	31
4.7.1. EU- und EWR-StaatsbürgerInnen	32
4.7.2. Drittstaatsangehörige	32
4.8. Berufsberechtigung für MigrantInnen im Pflegebereich	34
4.8.1. EU- und EWR-StaatsbürgerInnen	34
4.8.2. Drittstaatsangehörige und Nostrifikation	35
5. Kultur	39
5.1. Definition: Kultur	39

5.2. Kulturschock und die stufenweise „Anpassung“	40
5.3. Eingliederung in die Gesellschaft: die 4 Akkulturationsergebnisse	41
5.3.1. Integration	41
5.3.2. Assimilation	42
5.3.3. Segregation und Separation	43
5.3.4. Marginalisierung	43
5.4. Konzepte für die Gesellschaft auf Makro- und Mikroebene	43
5.4.1. Multikulturalität	43
5.4.2. Interkulturalität	44
5.4.3. Transkulturalität	45
5.4.4. Intrakulturalität	45
5.5. Staatenlösungen	45
5.5.1. „Widersprüche“ zwischen restriktiven Zuwanderungsgesetzen und liberalen Gesellschaftskonzepten	46
5.5.2. Geburtsortsprinzip vs. Abstammungsprinzip	47
6. Pflege im Allgemeinen	48
6.1. Definition: Pflegebedürftigkeit/pflegebedürftige Menschen	48
6.2. Definition: „Care“ und „Nursing“	48
6.3. Definition: „Support“ und „Assistance“	49
6.4. Professionelle Pflege und Fürsorge in Theorie und Praxis	49
6.4.1. Transkulturelle Pflege	54
7. Altenpflege als Bestandteil der Langzeitpflege im Besonderen	58
7.1. Definition: Langzeitpflege und Altenpflege	58
7.2. Sonstige Pflegeberufe	59
7.2.1. PflegehelferInnen	59
7.2.2. HeimhelferInnen	60
7.2.3. PersonenbetreuerInnen/24-Stunden-Pflege	60
7.3. Langzeitpflege/Altenpflege-Angebote	61
7.3.1. Ambulante Dienste: Mobile Pflege in Wien	62
7.3.2. Stationäre Pflege und Alternativen wie teilstationäre Pflege	63
7.4. Demographischer Wandel und die Auswirkungen auf die Pflege	64
8. Pflegepersonen	66
8.1. Definition: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege	66
8.2. Definition: Pflegepersonen aus dem Ausland	66
8.3. Zahlen, Daten, Fakten	67

8.4. Pflegepersonen aus dem Ausland in Österreich	70
8.4.1. Ursachenforschung: Geschichte und Status Quo	70
8.4.2. Motive und Faktoren	75
8.4.3. Effekte für Zielländer und Herkunftsländer	78
8.5. Personalmangel, Personalüberangebot und weitere Trends	79
9. Pflegeteams	82
9.1. Problemfeld: Kommunikation	82
9.2. Weitere Problemfelder	84
10. Die „Unattraktivität“ des Arbeitsumfeldes	88
10.1. Belastungen und Arbeitszufriedenheit im Pflegebereich	88
10.2. Aufstiegsmöglichkeiten	89
10.3. Gehaltsunterschiede	90
10.4. Wertschätzung	93
11. Österreichische Pflegeausbildungsmöglichkeiten im Vergleich	94
11.1. Geschichtlicher Exkurs	94
11.1.1. Akademisierung der Pflege	95
11.2. Ausbildungsmöglichkeiten in Wien	96
11.3. Voraussetzungen und Lehrinhalt	97
11.4. Qualifikations- und Ausbildungsniveau im Vergleich	98
11.4.1. Kompetenzen und versteckte Potentiale ausländischer Pflegepersonen	102
11.5. Modell für die Pflegeausbildung	103
12. Die Negativspirale: „Pflegenotstand“ als Endprodukt	105
12.1. Hohe Fluktuationsrate und ihre Gründe als Indikatoren	105
13. Diskussion: MigrantInnen in der Rolle als Pflegepersonen in der Pflege – S.W.O.T.-Analyse als Diskussionsschwerpunkt	109
13.1. Das Daten- und Definitionsproblem	110
13.2. Makroebene	111
13.2.1. Gesellschaftlicher Wandel und Migration haben Auswirkungen auf Altenpflege: Bedarf und Angebot im Ungleichgewicht	111
13.2.2. Österreichs ambivalente Rolle als Zielland und „(K)Einwanderungsland“ für EWR-BürgerInnen und Drittstaatsangehörige ...	112
13.2.3. Österreichs „Pullfaktoren“ für MigrantInnen bzw. Pflegepersonen aus dem Ausland und die ökonomischen Auswirkungen auf Österreichs Pflegesektor	113
13.2.4. Die „Unattraktivität“ des Pflegeberufsfeldes: Österreichs „Pushfaktoren“ für einheimische Pflegepersonen	114
13.3. Mesoebene	115

13.3.1. Langzeitpflege stößt auf geringes Interesse diplomierter Pflegepersonen	115
13.3.2. Pflegeausbildung im europäischen Vergleich auf niedrigem Niveau ..	115
13.3.3. Das Pflegepersonenmangel-Paradoxon	116
13.3.4. Die Doppelrolle der MigrantInnen in der Pflege	117
13.4. Mikroebene	118
13.4.1. Trends zur Herkunft ausländischer Pflegepersonen und Arbeitspräferenzen	118
13.4.2. Der Faktor „Kultur“ im Pflgeteam	118
13.4.3. Kulturelle Vielfalt in Pflgeteams als Abbild der aktuellen gesellschaftlichen Realität	119
13.4.4. Ein interkulturelles bzw. transkulturelles Konzept erleichtert Integration	120
13.4.5. Ausländische Pflegepersonen mit hohem Ausbildungsniveau und Nostrifikation als Hürde	121
13.5. S.W.O.T.-Analyse: Integration ausländischer Pflegepersonen in der österreichischen Altenpflege, deren Auswirkungen und Umgang	122
14. Empfehlungen	126
15. Literaturverzeichnis	137
16. Curriculum Vitae	160

0. Zusammenfassung

Der Pflegebereich allgemein und die Altenpflege insbesondere stehen vor großen Herausforderungen, die in engem Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Wandel stehen. Im Zuge der konstant steigenden Lebenserwartung wird auch gleichzeitig die Pflegebedürftigkeit steigen, so wird zumindest befürchtet. Es droht daher die Gefahr, dass sich das Pflegepersonendefizit in Zukunft noch zusätzlich verschärft.

Hinzu kommt, dass Pflegeberufe als unattraktiv gelten und Ausbildungsmöglichkeiten im europäischen Vergleich dringend reformiert gehören. Wenn das Problem aus eigener Kraft nicht gestemmt werden kann, ist die logische Konsequenz, dass zumindest kurzfristig Hilfe von Außen benötigt wird. Abhängigkeit birgt zwar Risiken, aber auch Chancen.

Österreich stellt ohnehin schon seit Jahrzehnten aufgrund mehrerer Faktoren ein attraktives Zielland für Pflegepersonen, die im Ausland eine Pflegeausbildung absolviert haben, dar. Trotz dieses hohen Anteils ausländischer Pflegepersonen im österreichischen Pflegebereich konnte die brisante Situation, auf die viele ExpertInnen und Studien hinweisen, dennoch nicht berichtigt werden.

Da stellt sich die Frage, ob nicht mangels eigener Potentiale noch zusätzlich Hilfe von Außen benötigt wird. Stattdessen fühlen sich gerade MigrantInnen aus Drittlandsstaaten, die im Pflegebereich arbeiten, mit viel Bürokratie und Anfeindungen konfrontiert.

Mithilfe einer Literaturanalyse wurde ermittelt, welche Auswirkungen die Integration ausländischer Pflegepersonen in der österreichischen Altenpflege hat. In diesem Kontext sind aber mehr Perspektiven und Kategorien notwendig, weshalb auf Mikro-, Meso- und Makroebene analysiert wurde, welche Bedeutung, in Form von Stärken, Schwächen, Chancen und Gefahren, MigrantInnen, die im Pflegebereich arbeiten, u.a. für die Gesellschaft, die Politik, die Altenpflege und insbesondere die Pflegeteams haben.

Ziel muss es sein, sich gesellschaftlicher Realitäten und deren Auswirkungen auf die Pflege bewusst zu werden, den Pflegeberuf für Einheimische mittels Reformen attraktiver zu gestalten und die unterschiedlichen Potentiale und Kompetenzen von Pflegepersonen aus dem Ausland anzuerkennen und noch besser zu nutzen, damit die Interaktion zwischen PatientInnen und Pflegepersonen effizienter abläuft.

0.1. Abstract

The nursing branche and the nursing care for senior citizenship especially face key challenges, which are closely related to social and demographic changes. It is expected that the need for longterm-care will grow in the context of constant increasing life expectancy. Therefore it is a risk, that the shortage of nursing staff will additionally aggravate the situation.

A further difficulty is that jobs in the nursing branche are considered to be very uninspired and in relation to other European countries' training opportunities need to be urgently reformed. If the problem can't be solved on their own, it is logical to demand outside assistance. Dependency bears risks as well as opportunities.

Due to several factors Austria for decades has been an attractive destination country of immigration for many nurses from abroad. Despite the high percentage of foreign nurses in Austrias' nursing branche the difficult situation which experts and studies had pointed out couldn't be enhanced.

And this raises the question of whether

there is a need for extra help from outside due to the fact that there's a lack of own potential. Instead, migrants from non-EU member states, who work in the Austrian nursing branche, are often confronted with bureaucracy and discrimination.

This literature analysis identifies the impacts of integration of foreign nurses in Austrian nursing care for senior citizenship. But in this context there are many more perspectives and categories required. Thus the analysis was based on micro level, meso level and macro level and has the aim to show the importance (strengths, weakness, opportunities and threats) of migrants for amongst others society, politics, nursing care for senior citizenship and nursing teams.

The aim must be to be aware of demographic realities and its effects on care, to increase the attractiveness of nursing profession for locals by means of reforms and to recognize and make even better use of foreign caretakers' skills, potentials and expertises, in order that the complex interaction between patients and careworkers will function more effectively.

1. Problembeschreibung

Als politisch interessierter Mensch war es mir immer ein Anliegen ein Thema für die Diplomarbeit zu finden, das nicht nur pflegerelevant, sondern auch von politischer, soziologischer und wirtschaftlicher Relevanz ist. Das sollte nicht allzu schwierig sein, da das Thema „Pflege“ viele politische Aspekte hat, nicht zuletzt deshalb, weil die Politik auch hier die Spielregeln festlegt. Regeln haben es so an sich, das sie ausgrenzen, nicht alle zufrieden stellen und somit von Zeit zu Zeit überdacht werden müssen. Bei allen Differenzen hinsichtlich der Regeln sind sich aber alle EntscheidungsträgerInnen einig, dass Pflege eine enorme Bedeutung für die Gesellschaft hat und angesichts der gegenwärtigen und zukünftigen Bevölkerungsentwicklung auch immer mehr an Bedeutung gewinnen wird. Somit stellt die Pflege, insbesondere die Altenpflege, grundsätzlich ein Berufsfeld mit besten Jobaussichten dar, was ein wichtiges Kriterium für die Berufswahl in wirtschaftlichen Krisenzeiten darstellt. Bis hierher herrscht Einigkeit, wenn es jedoch um die Ausführung anstehender Reformen geht, herrscht Zwietracht.

Ein Plädoyer für die Pflege! Es ist traurig erkennen zu müssen, dass Pflege als Profession noch immer nicht die Wertschätzung erhält, die sie sich verdient hätte. Zwar ist das Image der Pflegepersonen in der Bevölkerung sehr gut und nicht selten besser als jenes anderer angesehener Berufe, die „Image-Pflege“ als solche lässt jedoch zu wünschen übrig. Die Rahmenbedingungen weisen Mängel auf, die Attraktivität des Berufsfeldes leidet darunter und die Pflegeausbildung hinkt im europäischen Vergleich hinterher. Der Bedarf an Pflegepersonen wird stetig steigen, kann jedoch aus eigener Kraft zurzeit nicht gedeckt werden. Zukünftig wird es immer schwieriger diese Herausforderungen zu meistern, wenn Baustellen nicht in Angriff genommen werden. An dieser Stelle kommt der Begriff „Migration“ ins Spiel. Migration ist ohnehin ein breit diskutiertes Thema in Österreich und wird viel zu oft in ein schlechtes Licht gerückt, indem die negativen Seiten in den Vordergrund gestellt werden.

Auch die Migration ausländischer Pflegepersonen in Österreich wird primär negativ beäugt, das hat einerseits mit Skepsis hinsichtlich der Qualifikation zu tun, andererseits auch oft mit der Angst vor Überfremdung, Lohndumping und der Konkurrenz am Arbeitsmarkt. Natürlich ist man zunächst voreingenommen, da man auch ein Thema auswählt, wo man der Meinung ist, es bestünde Handlungsbedarf oder ein Bedarf einer sachlichen Auseinandersetzung. Das hat mich auch dazu bewegt, mich näher mit den Auswirkungen der Integration ausländischer Pflegepersonen in der Pflege auseinanderzusetzen. Im Zuge der Recherche ist es wichtig objektiv zu sein und beide Augen offen zu halten, da sonst nicht sichergestellt werden könnte, dass unangenehme Themen und Effekte in der Arbeit genauso Erwähnung finden. Das soll jedoch nicht heißen, dass die eigene Haltung und Meinung völlig ausgeklammert werden soll.

Nicht umsonst habe ich mich aufgrund meiner sozialen Einstellung dazu entschlossen Pflegewissenschaft zu studieren, da meiner Meinung nach gerade in diesem Berufsfeld emphatische und karitative Eigenschaften im Sinne der Fürsorge besonders wichtig sind und als Voraussetzungen für die Berufsausübung gelten müssen. Des Weiteren heißt das natürlich auch, dass ich gegen jede Art von Ausgrenzung bin, Rassismus und Diskriminierung zutiefst ablehne. Eine Haltung, die angesichts der zunehmenden Globalisierung und der kulturellen Vielfalt eines Landes für jede Pflegeperson ohnedies als selbstverständlich gelten sollte, da Interaktionen mit pflegebedürftigen MigrantInnen oder anderen ausländischen Pflegeperso-

nen für viele zum alltäglichen Pflegeberuf gehören.

Für diese Arbeit bedeutet das also zunächst, sich näher mit der Zusammensetzung der österreichischen Bevölkerung und der Migration zu beschäftigen. Oft kann auch die Geschichte eines Landes dazu dienen, um die gegenwärtige Situation und darauf basierende Konflikte besser zu verstehen. Ebenso spielt Kultur und in weiterer Folge transkulturelle Pflege eine große Rolle, da befremdendes Empfinden meist auf die kulturelle Ebene reduziert wird. Ebenso wichtig ist es auf die Motive der ausländischen Pflegepersonen, die im österreichischen Pflegebereich arbeiten möchten, näher einzugehen. Damit wird auch die Attraktivität bzw. „Unattraktivität“ des Pflegeberufsumfeldes und das Niveau der Ausbildung näher analysiert. Je mehr man sich in die Thematik vertieft und recherchiert, desto mehr kommt man zu der Erkenntnis, dass das Themengebiet ein breites Spektrum aufweist. Aufgrund der vielen Einflussfaktoren ist es wichtig, das Thema auf das Wesentliche einzugrenzen. Es muss der Frage nachgegangen werden, ob ausländische Pflegepersonen für die Aufrechterhaltung des Pflegebetriebes benötigt werden. Falls ja, warum das so ist und was geändert werden kann, um die eigenen Potentiale besser zu nutzen, um unabhängiger zu werden, ohne dabei Menschen auszugrenzen. Detaillierter wird dies nun im Folgenden dargestellt.

1.1. Fragestellung

Aus verschiedenen Gründen und Motiven arbeiten im österreichischen Pflegebereich ein bedeutender Anteil ausländischer Pflegepersonen, die ihre Ausbildung in einem anderen Land abgeschlossen haben. Wenn Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen, aber auch verschiedenen Fähigkeiten und Auffassungen in Bezug auf ihre Berufsausübung bzw. Ausbildung, bedingt durch unterschiedliche Faktoren, im Berufsleben aufeinander stoßen, ergeben sich beispielsweise politisch motivierte, wirtschaftlich basierende oder auch gesellschaftliche Auswirkungen, die positiver, aber auch negativer Natur sein können.

Aufgrund einer Analyse des Ist-Zustands habe ich einerseits entdecken müssen, dass gewisse migrationsbedingte Spannungsfelder bestehen, dadurch aber auch positive Effekte entstehen und Potentiale zum Vorschein kommen, die bisher eher unberücksichtigt blieben. Im Zuge der Formulierung der Problemstellung und der darauf stützenden Literaturrecherche drängten sich folgende Fragen auf:

- Welche Motive gibt es für ausländische Pflegepersonen in Österreich zu arbeiten? (ökonomischer, politischer, soziologischer und pflegerrelevanter Bezug)
- Wie stark ist die Nachfrage und das Angebot an ausländischen Pflegepersonen in Österreich? (ökonomischer, politischer, soziologischer und pflegerrelevanter Bezug)
- Welche Bedeutung haben MigrantInnen für die Gesellschaft und insbesondere ausländische Pflegepersonen für die Pflege gegenwärtig und in Zukunft? (ökonomischer, politischer, soziologischer und pflegerrelevanter Bezug)
- Wie wird/wurde mit MigrantInnen in Österreich und in dessen Pflegebereich umgegangen? (ökonomischer, politischer, soziologischer und pflegerrelevanter Bezug)

Darauf aufbauend:

- Welche Ursachen und Effekte hat der Pflegepersonenmangel? (ökonomischer, politischer, soziologischer und pflegerrelevanter Bezug)

Angesichts der Vielzahl an Zusammenhängen entwickelte sich folgende Forschungsfrage:

Welche Auswirkungen hat die Eingliederung von Pflegepersonen aus dem Ausland in die österreichische Altenpflege am Beispiel Wiens?

Antworten darauf sollen mithilfe einer S.W.O.T.-Analyse, die auf allen wichtigen Ebenen und Kategorien anhand der vier Auswirkungs-Kriterien (Stärken, Schwächen, Chancen, Gefahren) Ergebnisse selektiert, gefunden werden. Darauf basierend werden auch Empfehlungen für die Zukunft formuliert. Näher beschrieben wird dieser Prozess im folgenden Teil.

2. Methode

Die Forschungsfrage sollte mit einer systematischen Übersichtsarbeit beantwortet werden. Die Methode, die in dieser Arbeit zur Anwendung kam, war die systematische Literaturanalyse. Ich entschloss mich deshalb für diese Methode, da ich der Meinung bin, dass sie für meine wissenschaftliche Arbeit die geeignetste ist, um Erkenntnisse und Ergebnisse gewinnen zu können. Der erste Schritt dabei ist, aus der Fülle von Literatur- und Datenmaterial die für die Arbeit am wichtigsten erscheinenden noch einmal herauszufiltern, nachdem anhand der Forschungsfrage Operationalisierungen und Definitionen vorgenommen und in weiterer Folge das themenbezogene Material nach gewissen Kriterien und Aspekten (wie z.B. ob es sich bei MigrantInnen um Pflegepersonen handelt) genau abgewogen und abgegrenzt wurden. Es ist wichtig, dabei die Themenkreise, die sich in weiterer Folge zu Kapiteln entwickeln, so auszuwählen, dass auch immer ein Bezug zur Forschungsfrage bzw. zu deren Beantwortung beiträgt und die Qualität und Seriosität der Quellen stets gewährleistet sind. Es kann beim Lesen gewisser Unterkapiteln eventuell der erste Eindruck entstehen, dass manche davon nicht den nötigen Output für die zu erzielenden Ergebnisse enthalten und daher irrelevant sind. Für Schlussfolgerungen und Empfehlungen sind aber nicht nur tiefergehende, sondern auch breitgeführte Auseinandersetzungen mit Themen immens wichtig, da dadurch das Verständnis mittels Aufzeigen komplexer Zusammenhänge gefördert wird. Das bedeutet, dass die Richtung der Analyse auch genau festgelegt werden muss. Mithilfe der Forschungsfrage, die auf mehreren Unterfragen basiert, werden Begriffe operationalisiert, um die sich später Themenkreise bilden, damit die Komplexität des gesamten Themas entschlüsselt werden kann. Das von Beginn an gleichbleibende Ziel, das nicht aus den Augen verloren werden sollte, ist, dass auf die Forschungsfrage bezogene aussagekräftige Ergebnisse gefunden werden. Wie die Ergebnisse präsentiert werden, bleibt dem Autor überlassen. In diesem Fall wurden der Inhalt der Arbeit und die daraus gewonnen Erkenntnisse auf Mikro-, Meso- und Makroebene, die sich dafür sehr gut eignen, unterteilt. Darauf basierend wurde eine sogenannte S.W.O.T.-Analyse durchgeführt, die zum Ziel hat, vorher festgelegten Kategorien, auf die Migration und insbesondere ausländische Pflegepersonen Einfluss haben, negative und positive Auswirkungen mit den Rubriken „Stärken/Strength“, „Schwächen/Weakness“, „Chancen/Opportunities“ und „Gefahren/Threats“ zuzuordnen (vgl. Mayring, 2003, 52-62; Hasseler, 2007, 297-301).

Für die Literaturrecherche, die ganz am Anfang einer Diplomarbeit gemacht werden muss, zog ich vor, primär die Online-Dienste in Anspruch zu nehmen. Ich suchte deshalb in erster Linie mit den Datenbanken Pubmed und Cinahl, dem Universitätskatalog der Uni Wien, WolframAlpha, Google Scholar und Google Books nach brauchbarem Material wie beispielsweise Studien (13), Papers, Büchern, Artikeln (42) oder Zeitungsberichten (15). Dafür wurden Stichwörter und Phrasen im Suchfeld eingegeben, die Resultate wurden, wie eingangs schon beschrieben, sorgfältig selektiert. Es stellte sich heraus, dass einzelne Begriffe im Gegensatz zu Kombinationen aus Wörtern (z.B. Migration, Nursing) kaum zu Treffern führten. Außerdem wurde mehrmals die Möglichkeit genutzt, Literatur, die auf den Wiener Bibliotheken (z.B. Soziologie und Universität Wien) aufliegt, auszuleihen oder zu bestellen. Die erhältliche Literatur war in manchen Belangen, u.a. aufgrund der unzureichenden Datensammlung, nicht immer zufriedenstellend. Dennoch konnte genügend Material gefunden werden, um ein Gesamtbild zu erhalten und Rückschlüsse ziehen zu können.

Bevor ich auf die Ergebnisse meiner Arbeit zu sprechen komme, sind ein paar grundlegende Positionen vorzuschicken. Um in der gesamten Arbeit dem Gender-Aspekt gerecht zu

werden und das Lesen und Schreiben einfacher zu gestalten, habe ich mich dazu entschlossen, die „Innen“-Schreibweise anzuwenden und werde deshalb davon absehen, beide Geschlechter explizit zu nennen. Sowohl Frauen als auch Männer sollen sich gleichwertig angesprochen fühlen. Ebenso habe ich mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

Aufgrund der verschiedenen Pflege-Ausbildungsmöglichkeiten auf unterschiedlichen Niveaus, gibt es auch verschiedene Bezeichnungen. Hinzu kommt die Geschlechter-Perspektive, wodurch die Bezeichnungen zusätzlich variieren. Daher habe ich mich entschlossen, den Begriff „Pflegeperson“, der sowohl alle weiblichen als auch männlichen Pflegekräfte inkludiert, in der Arbeit zu übernehmen. Da ich mich primär mit diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/Krankenpfleger beschäftigt habe, bedeutet das auch, dass mit diesem Begriff Pflegepersonen mit Diplom gemeint sind. Wenn auf nicht diplomierte Pflegepersonen Bezug genommen wird, ändert sich auch die Bezeichnung.

3. Population Österreichs

Es macht Sinn, zuerst einen Blick auf die österreichische Population zu richten, da einerseits die Altenpflege stark abhängig von der Entwicklung der Gesellschaft ist und andererseits die Migration großen Einfluss auf die Zusammensetzung der Bevölkerung hat.

3.1. Bedeutung und Wirkung von Bevölkerungszahlen

Bevölkerungszahlen haben für Staaten eine ganz wichtige Bedeutung. Früher galt, je größer die Population eines Landes, desto mehr potentielle Soldaten konnten eingezogen werden. Aufgrund der Tatsache, dass sich in vielen europäischen Ländern die Idee eines Berufsheeres mittlerweile durchgesetzt hat, wird dieser These nicht mehr viel Beachtung geschenkt. Die Steuermehreinnahmen aufgrund der Bevölkerungszunahme sind heute hingegen wichtiger denn je, da sie mit Wohlstand assoziiert werden. Der Gedanke eines großen und starken Volkes für die ökonomische Leistung eines Staates wurde gerade von den Nationalsozialisten vorangetrieben (vgl. Pröve, 2006, 42-44; Waltereit, Arte Journal, 23.3.2010; Grömling, 2001, 11-20, 42; Schmitz-Berning, 1998, 500; Heckmann, 1992, 47-54; Haller, 2008, 77-80).

Auch heutzutage ist die Populationsgröße noch ein wichtiges Kriterium, weshalb penibel auf Bevölkerungszahlen und Geburtenrückgänge oder Sterbefälle geachtet wird. Medien und PopulistInnen nehmen sich nur allzu gerne statistischen Zahlen bezüglich der Bevölkerung an, um entsprechende Schlagzeilen offerieren zu können. Da wird von „Deutschland, das sich abschafft“ oder von „Österreich, das ausstirbt“ geschrieben. Hinzu kommt die Angst vor anderen großen Völkern und Kulturen, die sich im Zuge der Globalisierung in die hiesige Gesellschaft immer mehr „integrieren“. (vgl. u.a. Sarrazin, 2010).

Huntington meint dazu:

„Größere Populationen benötigen mehr Ressourcen, und daher tendieren Menschen aus Gesellschaften mit dichter und/oder rascher wachsender Bevölkerung dazu, sich auszubreiten, Territorium zu besetzen und Druck auf andere, demographisch weniger dynamische Völker auszuüben. Das islamische Bevölkerungswachstum ist daher ein wesentlicher, mit ausschlaggebender Faktor für Konflikte zwischen Muslimen und anderen Völkern entlang den Grenzen der islamischen Welt.“ (Huntington, 1998, 187; Haller, 2008, 78)

Eine Analyse der österreichischen Bevölkerung zeigt jedoch, dass ZuwandererInnen einen großen Beitrag dazu leisten, dass der Geburtenrückgang nicht ganz so drastisch ausfällt. Das bedeutet wiederum, dass sowohl kurzfristig als auch langfristig mehr in die „sozialen Töpfe“ wie z.B. das Rentensystem und das Gesundheitssystem eingezahlt wird. „Heute zahlen Ausländer mehr in das Sozialsystem ein, als sie herausbekommen“, meint Gudrun Biffl, Universitätsprofessorin an der Donau-Universität Krems, was auch eine Studie des Sozialministeriums ergeben hat (vgl. Statistik Austria, 15.02.2012; Ö1, 25.02.2011; Die Presse, 19.10.2010).

Eine große Bevölkerungszahl heißt andererseits aber keineswegs automatisch, dass dahinter

auch eine große Wirtschaftsmacht oder ein Sozialstaat stehen muss. Ein unkontrolliertes Bevölkerungswachstum hat nämlich zur Folge, dass selbst ein hohes Wirtschaftswachstum mangels Kompensierung zu keiner generellen Hebung des Lebensstandards führt, sondern Armut und Unterentwicklung in großen Teilen der Bevölkerung zur Konsequenz hat. Eine Art „Explosion“ der Bevölkerungszahl aufgrund hoher Geburtenrate hat also negative Auswirkungen auf das Gemeinwohl eines Volkes. Daher gibt es in bevölkerungsreichen und weniger entwickelten Ländern wie China Geburtenkontrollen, um eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation herbeizuschaffen (vgl. Birg, 1994, 30-35; Haller, 2008, 79-80).

In reichen Ländern ist es genau umgekehrt, da wird ein großes Bevölkerungswachstum seitens der Politik eher angestrebt. Geburtenrückgänge werden oft als die Ursache des Zusammenbruchs des Sozialstaates herangezogen. Der englische Nationalökonom James Mill, der auch von Karl Marx zitiert wird, behauptet Gegenteiliges und spricht von der „zweckdienlichen Bevölkerungsgröße“. Max Haller geht darauf näher ein und meint, dass *„das Wachstum einer Gesellschaft dem Wachstum der Produktivität und Wirtschaftskraft entsprechen sollte, sodass für alle Gesellschaftsmitglieder Arbeit und ein auskömmlicher Lebensunterhalt möglich ist.“* (vgl. Marx, 1867/1971, 373; Haller, 2008, 80).

Heißt etwa soviel wie, dass niedrige Geburtenraten und der daraus resultierende Bevölkerungsrückgang keinen Grund für panische Reaktionen darstellen, da sich Wirtschaft und Gesellschaft auch an eine schrumpfende Bevölkerung anpassen, ohne dass die Lebensqualität der Menschen darunter leidet. Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung sollte hingegen ein alarmierendes Zeichen sein, gerade eben auch im Pflegesektor Maßnahmen einzuleiten. Denn durch die proportionale „Zunahme älterer Menschen“ und die Zahl der Pflegefälle im Zusammenhang mit der steigenden Frauenerwerbstätigkeit ist von einem Rückgang des familieninternen Pflegepotentials auszugehen, was ein erheblicher Faktor ist, warum die Inanspruchnahme stationärer Pflege in Zukunft weiter steigen wird. Dazu aber mehr im Verlauf der Arbeit (vgl. Haller, 2008, 80; Meyer, 2004, 59-73; Schipfer, 2005, 14-19; Winkel, 2006, 177-178).

3.2. Bevölkerungsanalyse: Zahlen, Daten, Fakten

Folglich wurden die Daten und Zahlen der letzten drei Jahre für diese Arbeit herangezogen, wobei eine intensivere Analyse anhand der Zahlen aus dem Jahr 2009 vorgenommen wurde. Dieser kurze Überblick soll in erster Linie die Gesellschaftsentwicklungen etwas genauer aufzeigen. Da die Zahlen der Volkszählung bzw. Registerzählung 2011 erst relativ spät veröffentlicht wurden, finden nur wenige, aber durchaus wichtige Daten Erwähnung. Alle Zahlen wurden den Veröffentlichungen auf der Website von Statistik Austria entnommen und sind daher aus zuverlässiger und seriöser Quelle (vgl. Statistik Austria).

In Österreich lebten laut Statistik Austria zu Jahresbeginn 2010 8.375.290 Menschen. Verglichen mit dem Jahr zuvor sind das rund 20.000 Menschen (also 0,2%) mehr. Einerseits war die Geburtenbilanz 2009 für ganz Österreich erstmals seit 5 Jahren negativ (- 1.037 Personen), andererseits die Zuwanderung aus dem Ausland die zweitniedrigste der letzten 10 Jahre (+ 20.596). Die Geburtenbilanz errechnet sich, indem die Zahl der Lebendgeborenen, die 2009 bei 76.344 lag (um 1.408 Geburten, also 1,8% weniger als 2008) von der Zahl der verstorbenen Personen, die 2009 77.381 betrug (um 2.298 Menschen mehr als im Vorjahr) subtrahiert wird. Da diese Zahlen für ganz Österreich gelten und nicht für jedes Bundesland repräsentativ sind, ergeben sich für jede einzelne Gemeinde andere Bevölkerungszahlen. Ös-

terreich besteht aus 9 Bundesländern, welche sich in 84 Bezirke gliedern, die wiederum in 2379 Gemeinden (inklusive der Wiener Gemeindebezirke) unterteilt sind (+ 15 Statutarstädte, wie z.B. Linz, Wien, Graz und Salzburg). Wenn man Österreich diesbezüglich näher unter die Lupe nimmt, erkennt man, dass die Zahlen eine große Spannweite haben. Während 31,9% aller österreichischen Gemeinden einen Anstieg ihrer Bevölkerung im Jahr 2009 von über 0,5% verzeichnen konnten, wiesen hingegen 36,3% aller Gemeinden Bevölkerungsverluste auf. Der österreichweite Geburtenrückgang von -0,12‰ weist auch ein eindeutiges West-Ost-Gefälle auf. Während Vorarlberg 2009 den höchsten Geburtenüberschuss von 3,2‰ verbuchen kann, gibt es im Burgenland ein Geburtendefizit von -2,9‰. Nur Wien hat als einziges östliches Bundesland eine positive Geburtenbilanz aufzuweisen (vgl. ebenda).

Der sogenannte Wanderungssaldo wirkt sich immer auf die Bevölkerungszahl aus. In den letzten Jahren war dieser Saldo meist positiv und daher auch für den Anstieg bzw. der Beibehaltung der Einwohnerzahl mitverantwortlich. 2009 betrug der Wanderungssaldo bzw. Wanderungsgewinn 20.896 Menschen, welcher sich aus der Zahl von Zuzügen aus dem Ausland (107.785) abzüglich der Zahl der EmigrantInnen in das Ausland (87.189) ergibt. Der positive Wanderungssaldo hatte somit 2009 aufgrund der natürlichen Bevölkerungsbewegung (negative Geburtenbilanz) großen Einfluss auf den Anstieg der österreichischen Einwohnerzahl. Neben der Zuwanderung aus dem Ausland und der Auswanderung in das Ausland gibt es noch die sogenannte Binnenwanderung, die eine Wanderbewegung innerhalb einer Region beschreibt. 2009 wurden 680.237 Binnenwanderungen innerhalb Österreichs erfasst. Nur 14,2% (Stand: 1.1.2010) davon verliefen über Bundesländergrenzen hinweg. Großteils werden bei Binnenwanderungen nicht einmal Gemeindegrenzen überschritten und in vielen Fällen wird der Hauptwohnsitz bloß innerhalb eines Bezirkes gewechselt. Die Binnenwanderung hat ebenfalls großen Einfluss auf die Bevölkerungszahl einer Gemeinde oder eines Bundeslandes, wenn sie nicht gerade innerhalb eines Ortes passiert. Im Vergleich zu 2008 konnten 2009 lediglich 6 Bundesländer positive Wanderungssalden aufweisen, wobei unterschieden werden muss, welche Wanderungen (Binnenwanderung oder Zuwanderung aus dem Ausland) für die positive Bilanz verantwortlich sind (vgl. ebenda).

Die aktuellste Bevölkerungszahl, die für diese Arbeit zur Verfügung stand, war jene aus dem Jahr 2011. Zu Jahresbeginn 2011 war der österreichische Bevölkerungsstand 8.404.252 und laut vorläufiger Ergebnisse der Registerzählung 2011 lebten am 31.10.2011 rund 8.430.000 in Österreich. Die letzte Volkszählung wurde 2001 durchgeführt und wenn man das Ergebnis vor 10 Jahren mit den Zahlen aus dem Jahr 2011 vergleicht, erhält man einen Bevölkerungszuwachs von fast 400.000 Menschen, das einer Erhöhung von 5% entspricht. Fast alle Bundesländer, ausgenommen Kärnten, können einen Zuwachs verbuchen (vgl. ebenda).

3.2.1. Wiener Population

Wien hat von allen Bundesländern den höchsten EinwohnerInnenzuwachs. Die Bevölkerungszahl stieg in der Bundeshauptstadt 2009 um 0,7% (+ 11.551 Personen) und somit lebten per 1.1.2010 1.698.822 Menschen in Wien. Die Ursachen für diesen Anstieg sind sowohl eine leicht positive Geburtenbilanz (+ 0,5‰), als auch die Zuwanderung aus anderen Bundesländern und aus dem Ausland. Wenn man diesen Zuwachs mit den Jahren zuvor vergleicht, fällt einem jedoch auf, dass die Bundeshauptstadt, obwohl 2009 um 0,68% mehr Menschen als im Vorjahr in Wien lebten, etwas weniger Bevölkerungszuwachs (2007: +0,82%, 2008: +0,74%) zu verzeichnen hat. In 21 der 23 Gemeindebezirke ist die Anzahl der Bevölkerung 2009 angestiegen, nur in den Bezirken Josefstadt und Innere Stadt nahm die Einwohnerzahl aufgrund von Binnenwanderung etwas ab. Donaustadt mit 1,6% und

Simmering mit 1,8% konnten hingegen den höchsten Bevölkerungszuwachs im Jahr 2009 verzeichnen. Per Stichtag 1.1.2011 lebten in Wien 1.714.142, das sind um rund 15.000 mehr Menschen als ein Jahr zuvor. Die Zahlen der Registerzählung 2011 ergaben, dass am 31.10.2011 rund 1.720.000 Männer und Frauen lebten, das sind verglichen mit der Volkszählung 2001 um zirka 174.000 Personen mehr. Ein Bevölkerungsanstieg von 11,2% ist auf Bundeslandebene der höchst Gemessene (vgl. ebenda).

3.3. Demographischer Wandel: von der „Alterspyramide“ zur „Altersurne“

Den Daten von Statistik Austria zufolge geht die Anzahl jährlicher Geburten seit 3 Jahrzehnten fast stetig zurück, die Bevölkerungszahl wächst hingegen jedoch (von 2000 bis 2009 ein Anstieg von 350.000 Personen). Dieser „Populationsausgleich“ ist wie gesagt zu einem Großteil der Zuwanderung, aber auch der hohen Lebenserwartung geschuldet (Lebenserwartung bei Männern von 66,46 im Jahr 1970 auf 77,70 im Jahr 2010 gestiegen, Lebenserwartung bei Frauen von 73,38 im Jahr 1970 auf 83,16 im Jahr 2010 gestiegen, vgl. Statistik Austria, 10.6.2011). Das heißt, im Durchschnitt erhöht sich die Lebenserwartung von Dekade zu Dekade um rund 2,5 Jahre. Im Jahr 2009 lebten im Durchschnitt rund 1.250.000 Personen, die ein Alter von 15 Jahren noch nicht erreichten. Das ist ein Anteil von 15% an der gesamten österreichischen Bevölkerung. 62% der österreichischen Bevölkerung (5.200.000 Personen) waren im Erwerbsalter und 23% im Pensionsalter (1.913.017 Personen) (vgl. Schimany, 2007, 41-45; Von Löffelholz, 2010, 215).

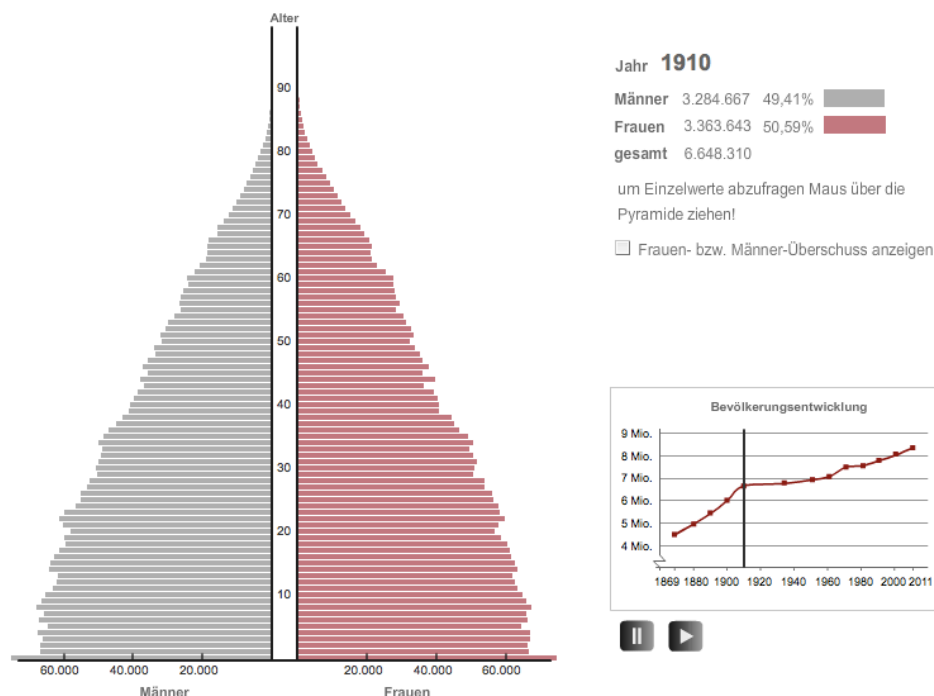
Die Lebenserwartung steigt stetig, auch aufgrund des medizinischen Fortschritts (2009 lag die Lebenserwartung für Männer bei 77,4 Jahren und für Frauen bei 82,9 Jahren). Diese Tatsache begründet auch, warum der Anteil hochbetagter Personen in Zukunft noch weiter steigen wird. Wenn man die durchschnittliche Lebenserwartung als Altersgrenze heranzieht, dann waren 2009 im Durchschnitt rund 220.000 Menschen über der allgemeinen Lebenserwartung und knapp 350.000 Menschen älter als 80. Mit rund 104.000 Personen stellten 2009 die 69-Jährigen die größte Personengruppe der Menschen im Pensionsalter dar. Demgegenüber war die Anzahl der 16-jährigen erstmals unter 100.000 und die der 3-jährigen erstmals unter 80.000. Mit 144.970 Personen waren 2009 die 44-jährigen die größte Gruppe der im Erwerbsalter befindlichen Personen (vgl. Statistik Austria).

So lässt sich darstellen, dass 2009 auf 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren 24,1 unter 15-jährige und 36,8 über 60-jährige entfielen. Erschwerend hinzu kommt, dass jene Kinder der „Baby-Boomer-Jahre“ in den nächsten Jahren und Jahrzehnten ins Rentenalter kommen (in der Nachkriegszeit gab es in Ländern, die unmittelbar im Krieg involviert waren, eine Phase steigender Geburtenraten. In Deutschland und Österreich kam es zu diesem Phänomen zwischen Mitte der 50er-Jahre und Mitte der 60er-Jahre. Es wird auch von einer Generation gesprochen, da diese Phase ein ganzes Jahrzehnt überdauert hat. Die Einführung der Anti-Baby-Pille wird in diesem Kontext als Grund für das Ende des Baby-Booms betrachtet.) Das hat enorme finanzielle sowie gesellschaftliche Auswirkungen auf das Pensionssystem und das Gesundheitswesen, da eine hohe Lebenserwartung u.a. auch eine Steigerung an pflegebedürftigen Personen bedeutet (vgl. Statistik Austria; Petersen, 2010, 20-24).

Die Registerzählung 2011 ergab, dass das Durchschnittsalter der ÖsterreicherInnen seit 2001 um 2,2 Jahre stieg (das Durchschnittsalter lag am 31.10.2011 bei 41,9 Jahren), was ein weiterer Beleg dafür ist, dass die Bevölkerung bzw. deren Struktur älter wird. Die Anzahl der

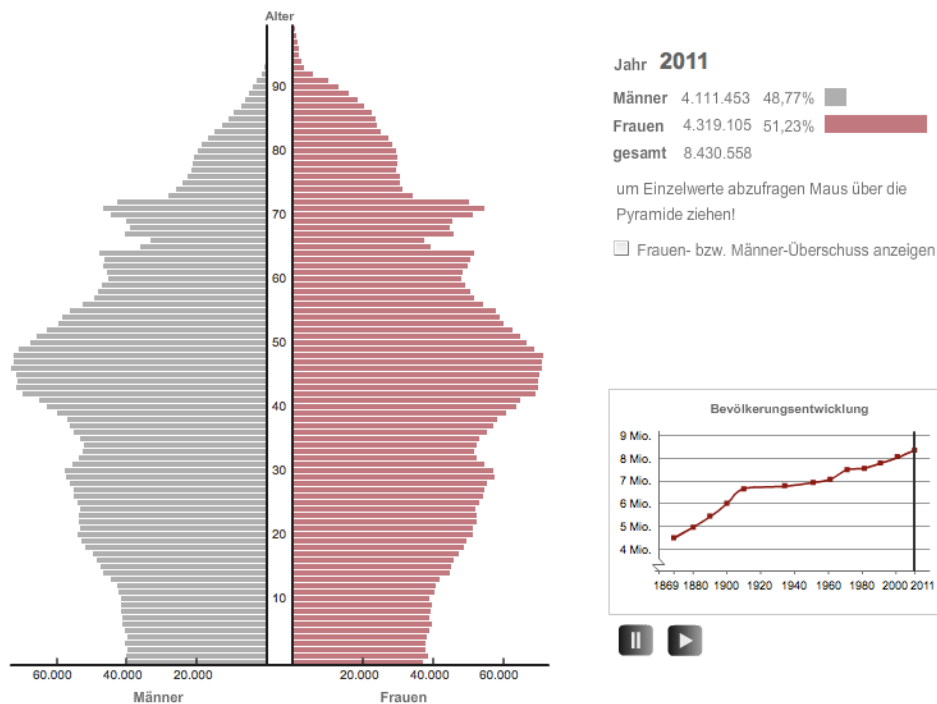
Personen im Alter von 65 Jahren und mehr (sprich Pensionsalter) stieg verglichen mit 2001 um 20,6%. Das Problem der Überalterung der Gesellschaft ist ein westliches Phänomen und betrifft daher nicht nur Österreich, sondern im Grunde alle EU-Staaten. Abb. 1 und 2 auf der nächsten Seite sollen darstellen wie sich die Bevölkerungszusammensetzung in den letzten 100 Jahren in Österreich entwickelt hat. Stellte die Altersaufteilung 1910 (Zeit der Habsburgermonarchie und vor Kriegsbeginn) noch eine klassische Pyramide dar, gleicht sie heute, metaphorisch gesprochen, eher einer Urne. Im Vergleich zu anderen Ländern wie z.B. den Vereinigten Staaten von Amerika (von 76 Millionen um 1900 auf rund 300 Millionen BürgerInnen heute), stieg auch die Bevölkerungszahl weniger drastisch (1910: rund 6,6 Millionen österreichische StaatsbürgerInnen). In den darauf folgenden 4 Jahrzehnten weist die Einwohnerzahl nur einen geringen Zuwachs auf, was einerseits mit den beiden Weltkriegen und andererseits mit den Krisenzeiten nach Kriegsende zu tun hat (vgl. Statistik Austria; Haller, 2008, 90-97).

Abb. 1: „Bevölkerungspyramide“ 1910



Statistik Austria, Kartographie und GIS, 2011

Abb. 2: „Bevölkerungsurne“ 2011



Statistik Austria, Kartographie und GIS, 2011

3.4. Prognosen

Auch wenn Haller aufgrund verschiedener Faktoren Prognosen in Bezug auf Bevölkerungswachstum eher problematisch sieht, soll hier eine Prognose von Statistik Austria dennoch Erwähnung finden. Es wird prognostiziert, dass die Bevölkerung Österreichs zwar auch in Zukunft wachsen wird, langfristig gesehen, ist das aber nur auf die Zuwanderung zurück zu führen. Das Jahr 2030 wird dabei immer wieder genannt. Das ist der Zeitpunkt, ab dem sich der Geburtenrückgang erstmals negativ auswirken soll und damit ein Drittel der Bevölkerung 60 Jahre oder älter sein wird. Bis dahin halten sich Geburten und Sterbefälle in der Waage. Die Bevölkerung wird im Jahr 2030 auf über 9 Millionen Einwohner anwachsen, bis 2050 erwartet man 9,45 Millionen Menschen in Österreich. Die Bevölkerung wird auch nach 2050 weiter wachsen, aber aufgrund der Verschiebung der Altersstruktur nicht mehr so stark, da einerseits der Anteil der unter 15-jährigen sinken wird und andererseits, wie erwähnt, der Anteil der über 60-jährigen stark steigen wird. Laut einer Bevölkerungsanalyse von AARP Public Policy Institute wird der Anteil jener Personen, die älter sind als 65, von 2005 bis 2050 um knapp 64% zunehmen. Jener Anteil der 15 – 64-Jährigen wird hingegen im selben Zeitraum um mehr als 23% sinken. 2005 lag der Anteil der Personen, die 80 Jahre oder älter waren, bei 4,4%, bis 2050 wird sich dieser Anteil mehr als verdreifachen. Im Jahr 2020 bereits wird jeder 4. Mensch der österreichischen Bevölkerung über 60 Jahre alt sein. Ein enormer Anstieg, wenn man vergleicht, dass heute jeder 5. über 60 Jahre alt ist. Das bedeutet auch, dass auf der einen Seite das Erwerbspotenzial stetig zurückgehen, auf der anderen Seite die Zahl der Pflegebedürftigen vermutlich zunehmen wird (vgl. Haller, 2008, 94-97; Statistik Austria, 2011; Hanika, 2004, 18-33; Statistik Austria, 2011; Houser, Redfoot, 2005, 5).

4. Migration: Wanderung mit Hindernissen

In Bezug auf „Migration“ gibt es zwar ausreichend Zahlen und Daten, dennoch ist es schwierig abzugrenzen, welche davon in dieser Arbeit Verwendung finden und welche nicht. Das Problem ist nämlich die oft sehr schwammige Differenzierung, welche Personen letztendlich zu der Gruppe „MigrantInnen“ gezählt werden. 2005 wurde jeder achte in Österreich lebende Mensch im Ausland geboren. Bedeutet das, dass der AusländerInnenanteil in Österreich im Jahr 2005 rund 12,5% betrug? Mitnichten, da unter dem Begriff AusländerInnen nur Personen gezählt werden, die nicht über die österreichische Staatsbürgerschaft verfügen. Bedeutet das, dass der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in Österreich 2005 rund 12,5% betrug? Auch das kann so nicht direkt gesagt werden, da Migrationshintergrund laut Definition auch Menschen haben (können), die in Österreich zwar geboren sind, deren Eltern aber ausländischer Herkunft sind. Daran sieht man, dass die Datenanalyse aufgrund unterschiedlicher Definitionen schwer fällt, weshalb im folgenden Teil ausschließlich Zahlen und Daten von Statistik Austria herangezogen wurden. Das bedeutet jedoch nicht, dass ich mit den Definitionsbegriffen einverstanden bin, sondern diese lediglich mangels Alternativen verwende (vgl. Houser, Redfoot 2005, XII).

4.1. Definition: Migration

„Migrare“ ist das lateinische Wort für wandern bzw. auswandern und „migratio“ steht für Auswanderung. Diese Übersetzung sagt einiges aus, verschweigt aber auch recht viel. Deshalb ist eine genauere Betrachtung vonnöten (Krautinger, 2010, 27; Han, 2005).

Aus einer Fülle von teilweise sehr unterschiedlichen Definitionen sollen einige wenige, aber dafür umso wichtigere, dabei helfen:

- Menschen, die ihren Wohnsitz dauerhaft oder vorübergehend verlegen, werden MigrantInnen genannt (vgl. Lebhart, Marik-Lebeck, 2007, 145).
- Heberle geht bei der Definition auch auf die Motivation ein, da „jeder Wechsel des Wohnsitzes, und zwar des de facto-Wohnsitzes, einerlei ob freiwillig oder unfreiwillig, dauernd oder vorübergehend“ Migration sei (Heberle, 1955, 2).
- Die „Vereinten Nationen“ definieren hingegen Menschen als MigrantInnen, wenn sie ihren ständigen Wohnsitz zumindest für ein Jahr von ihrem Herkunftsland in ein anderes verlegen (vgl. United Nations, 1998, 10; International Organization for Migration, 2003, 296).

Das kann auch als Versuch angesehen werden, den mittlerweile inflationär verwendeten Begriff „Migration“ noch etwas klarer zu formulieren, um zu vermeiden, dass der Begriff zu stark missbraucht wird. Deshalb stellen TouristInnen und auch PendlerInnen, die einen zusätzlichen Wohnsitz als interimistische Lösung aufgrund der großen geografischen Distanz zwischen Arbeitsplatz und Wohnort benötigen, eine Ausnahme dar und werden nicht als MigrantInnen gezählt, da ihr Wohnortswechsel kein dauerhafter ist.

„Migration“ ist ein Begriff, der zwar viele verschiedene Definitionen zulässt, aber eine Gemeinsamkeit aufweist. Es muss zumindest eine Ortsveränderung zugrunde liegen. Aber über das Ausmaß gibt es unterschiedliche Auffassungen. Castle meint, dass Menschen nur dann

als MigrantInnen bezeichnet werden, wenn sie zumindest über „längere Zeit außerhalb ihres Herkunftslandes leben“. Sowohl für Wenning als auch für Schrader ist die Dauer, aber ebenso die Entfernung, die eine gewisse Distanz zum Ausgangspunkt haben soll, für Migration von Bedeutung. Wagner meint hingegen, dass „jeder Wechsel des Hauptwohnsitzes“ als Migration gilt. Für Eisenstadt spielt diesbezüglich die Aufnahmebevölkerung für das Individuum eine gewichtige Rolle, da im Zuge der Migration ein Übergang zu einer anderen Gesellschaft stattfindet (vgl. Hoffmann-Nowotny, 1970, 70; Castles, 1993, 1; Wenning, 1996, 13; Schrader, 1989, 436; Wagner, 1989, 26; Eisenstadt, 1954, 1).

Annette Treibel fasst zusammen: *"Migration ist der auf Dauer angelegte bzw. dauerhaft werdende Wechsel in eine andere Gesellschaft bzw. in eine andere Region von einzelnen oder mehreren Menschen."* (Treibel, 1999, 21)

MigrantInnen sind demnach Menschen, die solch einen Wechsel vornehmen. Das ist auch meine Sichtweise von Migration, da ansonsten eine Abgrenzung deutlich schwerer fallen würde. Andernfalls müsste jede Art von Ortswechsel als Migration betrachtet werden, was für meine Arbeit nicht zielführend ist. Auch wenn ich auf alle verschiedenen Formen von Migration, auch auf die Binnenwanderung (Migration innerhalb eines Landes), näher eingehe, ist in erster Linie die längerfristige Außenwanderung, also die Zuwanderung aus dem Ausland, für diese Arbeit von Bedeutung.

4.2. Definition: Migrationshintergrund

Dieses Wort ist immer stark mit dem Begriff „AusländerIn“ verbunden, daher ist zunächst wichtig zu wissen, was „AusländerIn“ bedeutet. Als AusländerIn wird ein Mensch bezeichnet, der über keinen Pass des Landes, in dem er arbeitet oder lebt, verfügt (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, 17-18).

Dies scheint eine fast zu simple Beschreibung zu sein, wenn man die Definition von Migrationshintergrund betrachtet. Ein Wort, das so oft fällt, dessen eigentliche Bedeutung vielen aber gar nicht so bewusst ist. Denn der Begriff umfasst so viele Menschen und grenzt so wenig ab, dass der Begriff hinterfragt werden muss. Von Personen mit Migrationshintergrund spricht man beispielsweise dann, wenn beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Wenn die Person selbst nicht ihr ganzes Leben in dem Immigrationsland verbracht hat oder eine fremde Muttersprache vorweist, wird ebenso der Begriff Migrationshintergrund herangezogen. Generell zählen SpätaussiedlerInnen, EinwanderInnen der ersten oder zweiten Generation und Flüchtlinge zu Personen mit Migrationshintergrund. Einfacher lässt sich da schon der Begriff „Person ohne Migrationshintergrund“ beschreiben. Dazu zählen ganz einfach jene, die nie über eine andere Staatsangehörigkeit verfügt haben bzw. deren Eltern ebenso keinen Migrationshintergrund haben (vgl. Friebe, 2006, 7-16).

Der Begriff „Migrationshintergrund“ ist so vielfältig und umfasst so viele Menschen, die auf den ersten Blick nicht in „Verdacht“ stehen Migrationshintergrund zu haben, verliert dadurch aber an Bedeutung. Bestes Beispiel dafür ist Statistik Austrias Unterscheidung zwischen primärem (jene Personen mit ausländischem Geburtsort und Staatsbürgerschaft), sekundärem (in Österreich geborene AusländerInnen) und tertiärem Migrationshintergrund (österreichische Staatsbürger mit ausländischem Geburtsort) (vgl. Statistik Austria, Stand 09.11.2008).

Dieses Beispiel zeigt, wie schwer es ist, aufgrund ungenauer Definitionen und Operationalisierungen gutes und brauchbares Datenmaterial zu bekommen. Denn Personen mit Migrationshintergrund werden in Statistiken oft zu AusländerInnen hinzu gezählt. Wenn man aber bedenkt, dass jemand, der den überwiegenden Hauptteil seiner Lebenszeit in Österreich verbracht hat, zwar ÖsterreicherIn ist, bloß aber im Ausland geboren wurde oder in Österreich zur Welt gekommen ist, aber migrantische Eltern hat, allgemein als AusländerIn gewertet wird, ist es doch höchst fragwürdig, ob es nicht längst an der Zeit ist, ein Schema nach anderen Kategorien und Merkmalen zu installieren oder zumindest die Definitionen zu überdenken.

4.3. MigrantInnenanteil: Migration vs. Geburtenrückgang

Im Jahr 2009 betrug der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund laut Statistik Austria 17,8%. Das sind 1.468.100 Menschen (Zuwanderer der 1. Generation: 1.082.600, Zuwanderer der 2. Generation: 385.500). Der Anteil der AusländerInnen betrug zu Jahresbeginn 2009 hingegen 10,5% und zu Jahresende 10,7%, das ist ein Anstieg von 24.400 Personen auf 895.144 nichtösterreichische Staatsangehörige innerhalb eines Jahres. In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Zahl sogar um 35% erhöht. Zu Jahresbeginn 2011 waren 927.612 der in Österreich lebenden Menschen ausländischer Herkunft. Die Registerzählung 2011 ergab, dass Ende Oktober 2011 957.000 Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (ein Zuwachs von 30.000 innerhalb eines Jahres) in Österreich lebten (vgl. Statistik Austria).

Das heißt, dass aktuell jeder neunte der in Österreich lebenden Menschen nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt. Deutsche StaatsbürgerInnen stellen mit 152.000 Menschen die größte Zuwanderergruppe dar, gefolgt von der ex-jugoslawischen Staatengruppe Serbien, Montenegro und Kosovo und an dritter Stelle die Türkei. Wie diese kurze Übersicht mit nur wenigen Zahlen zeigt, ist die österreichische Bevölkerung sehr vielschichtig. Speziell in Wien treffen viele verschiedene Nationen und Kulturen aufeinander. 2009 hatte Wien den höchsten MigrantInnenanteil Österreichs. Es lebten rund 600.000 Menschen mit Migrationshintergrund in Wien, das sind 35,8% und somit ein doppelt so hoher Wert als der Gesamtwert für ganz Österreich (Zuwanderer der ersten Generation: 440.000 Personen, Zuwanderer der zweiten Generation: 160.000 Personen). Auch die Registerzählung 2011 ergab, dass Wien mit 22% den größten Anteil ausländischer BürgerInnen verzeichnet (vgl. ebenda).

Laut OECD wanderten 2010 mehr Menschen in die Europäische Union ein als in die USA. 1,2 Millionen MigrantInnen auf EU-Ebene, also um rund 200.000 Personen mehr verglichen mit den USA, wurden verzeichnet. Davon macht die Arbeitsmigration 40% aus. Interessant ist auch, dass in den USA die Familienmigration mit 75% den Hauptanteil ausmacht, Arbeitsmigration hingegen nur 6%. Ein weiterer wichtiger Trend laut OECD ist die Tatsache, dass MigrantInnen 2010 zu einem überwiegenden Teil aus anderen EU-Mitgliedsstaaten (rund 64%) nach Österreich kamen. Gerade in Österreich hat die Personenfreizügigkeit innerhalb der Europäischen Union eine sehr große Bedeutung. Im Vergleich dazu war der Anteil jener ZuwandererInnen, die aus Drittstaaten kommen und unter die gesteuerte Arbeitsmigration fallen, mit 2% sehr gering. Die für Österreich wichtigsten Herkunftsländer der ZuwandererInnen sind Deutschland, Rumänien, Serbien, Ungarn, Türkei, Polen und Slowakei. 24% der Migration 2010 ist dem Familienzuzug zuzurechnen, 10% sind für humanitäre Gründe verantwortlich (vgl. APA, Standard, OECD 27./28.6.2012).

Interessant sind auch die Fertilitätsrate und die Statistik der Lebendgeburten in diesem Kontext. 2009 gebaren Frauen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft im Durchschnitt 2,02 Kinder, Frauen mit österreichischer Staatsbürgerschaft hingegen nur 1,33 Kinder. Ein deutlicher Unterschied, der zusätzlich klar macht, dass Zuwanderung ein wesentlicher Faktor zur Stabilisierung und Erreichung einer mehr oder weniger konstanten Bevölkerungszahl ist (vgl. Statistik Austria).

4.4. Gesellschaftliche und wirtschaftliche Bedeutung

Nachdem die Zusammensetzung der österreichischen Bevölkerung und die gesellschaftliche Entwicklung samt den Problemen, die in Zukunft noch mehr anwachsen werden, etwas näher analysiert wurden, ist es notwendig auf den Begriff „Migration“ und deren unterschiedliche Bedeutungen etwas näher einzugehen. Nach Schätzungen der Uno und einer Studie der OECD zufolge sind derzeit 190 Millionen Menschen weltweit über internationale Grenzen hinweg unterwegs. Das sind zwar nur 3% der gesamten Weltbevölkerung, beachtlich ist aber, dass sich diese Zahl seit 1975 verdoppelt hat. 1960 zählte man gar nur 75 Millionen MigrantInnen weltweit (vgl. Keeley, 2009, 12; Perchinig, 2008, 1).

Menschen, die sich intensiv mit dem Thema „Migration“ beschäftigen, die Realität und die Probleme, die es im 21. Jahrhundert gibt, erfasst haben, sind sich bei all den kleinen Differenzen bezüglich der Umsetzung in den Grundsätzen einig, dass Migration nicht nur aufgrund des kontinuierlichen Geburtenrückgangs, sondern auch zur Stabilisierung der Wirtschaft wichtig für unser Land ist. Der hohe Anteil ausländischer StaatsbürgerInnen stellt einen wichtigen zukünftigen Faktor für Wirtschaft und Sozialleistungen, eine Chance für die Gesellschaft und eine Innovationsstärke dar, birgt jedoch auch Gefahren, denen man sich stellen soll, die man nicht verbergen darf und die man präventiv bekämpfen muss. Es wird darauf hingewiesen, dass MigrantInnen in Relation häufiger „bad jobs“, also Arbeiten, die für Einheimische weniger attraktiv sind, verrichten. Das hat aber auch damit zu tun, dass gerade in Zeiten, als man MigrantInnen gezielt anwarb, diese in Branchen bevorzugt einsetzte, welche kein hohes Ausbildungsniveau voraussetzen. Heute hat dieses Problem vorwiegend zwei Facetten. Es gibt MigrantInnen mit niedrigem Ausbildungsniveau, die daher unattraktive Arbeiten verrichten müssen oder es werden von österreichischer Seite gewisse Ausbildungen nicht anerkannt, was dazu führt, dass manche AusländerInnen unterqualifiziert arbeiten müssen (vgl. Nationaler Kontaktpunkt Österreich im Europäischen Migrationsnetzwerk, 2004, 17-32; WKÖ, 2010; Kytir, Lebhart, Münz, Tazi-Preve, 1999, 13; Sassen, 1996, 137-152; Treibel, 1999; Gollner 2001, 56-61).

"28 Prozent aller Personen mit Migrationshintergrund bezeichnen sich als überqualifiziert beschäftigt, und nur zehn Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund", so Johannes Kopf, Chef des AMS. Dieses Phänomen tritt auch im Pflegebereich auf. Das bedeutet, dass das große Fachkräfte-Potential von MigrantInnen nicht vollständig genutzt wird (Ö1, 13.08.2011).

Außerdem ist die Arbeitslosigkeit gegenüber Menschen ohne Migrationshintergrund höher. Laut dem „Statistischen Jahrbuch für Migration und Integration 2011“ von Statistik Austria lag die Arbeitslosenquote 2010 bei ausländischen Staatsangehörigen bei 9,7% (im Vergleich: bei Österreicherinnen und Österreichern 6,4%) und auch die Erwerbstätigenquote der MigrantInnen (65%) war gegenüber ÖsterreicherInnen (73%) deutlich niedriger (vgl. Statistik Austria, 6.7.2011).

Die OECD „empfiehlt ihren Mitgliedstaaten, die Hürden für die Staats- und Doppelstaatsbürgerschaft zu senken. Diese sei nämlich ein Schlüssel für eine erfolgreiche Integration von Migranten und verbessere deren Chancen auf dem Arbeitsmarkt beträchtlich. In Österreich ist die Einbürgerungsquote jedoch weiter zurückgegangen: 2008 sank sie auf 1,2 Prozent und lag deutlich unter dem Wert der meisten OECD-Länder.“ (Wiener Zeitung, 13.07.2010)

Albert Reiterer, Leiter des Institute for Research in Ethnic and National Issues (IRENI), meint, dass niemand erkennen wolle, dass der notwendige Bevölkerungszuwachs der Zuwanderung zu verdanken ist und sagt: *„Wir sind auf die Zuwanderer angewiesen, kurz- oder langfristig.“* (Die Presse, 25.02.2009)

Auch Bevölkerungswissenschaftler Rainer Münz sagt: *„Langfristig gesehen kann das Fehlen der Migranten zu einer erheblichen Verteuerung in einigen Branchen führen.“* (Die Presse, 25.02.2009)

Laut OECD-Bericht werden MigrantInnen gebraucht, um die demographischen Lücken auf dem Arbeitsmarkt zu füllen, sobald die Wirtschaft wieder anzieht. OECD-Generalsekretär Angel Gurría definiert Einwanderung als den Schlüssel für langfristiges Wachstum, weil Migration besonders in wirtschaftlich guten Zeiten einen wichtigen Beitrag zur Konjunktur leiste (vgl. Wiener Zeitung, 13.07.2010).

Zuwanderung sichert zudem Alterspensionen, steigert das Wirtschaftswachstum und den Wohlstand und stärkt die Innovationskraft eines Landes. Zudem hieße weniger Zuwanderung eingeschränkter Tourismus und Arbeitskräftemangel, was sich speziell im Gesundheits- und Pflegebereich auswirkt (vgl. Biffl, Skrivanek, et al., 2010, 103).

Migration ist außerdem ein sehr sensibles und hoch emotionales Thema, das polarisiert und daher immer mehr an Bedeutung gewinnt. Nicht nur Politik und Medien debattieren immer häufiger darüber, die Thematik hat sich zudem tief in der Gesellschaft verwurzelt, weil eben auch sie zu einem nicht geringen Teil aus MigrantInnen besteht. Es eignet sich gut dazu, sich mittels dieses Themas zu profilieren, da im Prinzip jeder Mensch direkt oder indirekt davon betroffen ist.

Im Jahresdurchschnitt 2010 lebten in Österreich rund 1,543 Millionen Personen (18,6%) mit Migrationshintergrund (1,139 Millionen davon wurden im Ausland geboren) bzw. am 1.1.2011 hatte Österreich einen Ausländeranteil von 11% zu verzeichnen, das heißt, dass rund 928.000 der in Österreich lebenden Menschen über keine österreichische Staatsbürgerschaft verfügen. Interessantes Detail am Rande kann dem „Statistischen Jahresbericht für Migration und Integration 2011“ (Statistik Austria) entnommen werden, der darauf hinweist, dass sich die in Österreich lebenden Zuwanderer nur in wenigen Gemeinden (zirka 80% der Personen ausländischer Herkunft leben in 10% aller Gemeinden Österreichs) befinden (vgl. Statistik Austria, 6.7.2011).

Etwas paradox angesichts der Tatsache, dass Fremdenfeindlichkeit im ganzen Land verbreitet ist. Der „Rassismusbericht 2010“ von ZARA (Zivilcourage und Anti-Rassismus-Arbeit) zeigt auf, dass Rassismus in allen Bereichen des Lebens stattfindet und spricht von 745 dokumentierten rassistischen Vorfällen im Jahr 2010. Das sind zwar um 50 weniger als im Jahr

davor, wäre aber laut Sprecherin Claudia Schäfer auch nur die „Spitze des Eisberges“, da zwei weitere Aspekte, rassistische Angriffe auf Kinder aus biculturellen Beziehungen und die zügellose Verbreitung von Hass und Hetze im Internet aufgrund mangelnder Kontrollen, immer mehr zunehmen (vgl. Schilly, 21.03. 2011; Rassismusbericht ZARA, 2010).

Die offenkundig zur Schau gestellte Ausländerfeindlichkeit wird dennoch von der breiten Öffentlichkeit verurteilt. Einer GfK-Erhebung vom März 2010 zufolge stimmten nur rund 5% der Befragten mehreren vorgelegten fremdenfeindlichen oder -skeptischen Aussagen wie z.B.: „Wenn die Arbeitsplätze knapp werden, sollte man die in Österreich lebenden Ausländer wieder in ihre Heimat zurückschicken“ voll oder weitergehend zu, 2011 waren es sogar nur noch 2,5%. *„Der Österreicher ist nicht besonders ausländerfeindlich. Er hat eine relativ hohe latente Fremdenskepsis, die sehr selten ins Manifeste umschlägt“*, meint auch Migrationsexperte Heinz Fassmann (vgl. Statistik Austria, 2011, 17ff; Pöhl, 13.11.2010).

Eine andere Studie des Instituts für Demographie der österreichischen Akademie der Wissenschaften und des Lehrbereichs Bevölkerungswissenschaft an der Humboldt-Universität Berlin bereits aus dem Jahr 1999 besagt jedoch, dass 35% der ÖsterreicherInnen als ausländerfeindlich und 10% als latent ausländerfeindlich einzustufen sind. Das würde sich zumindest auch mit der aktuellen Parteienlandschaft in Österreich decken, die hauptsächlich im rechten politischen Spektrum stärker ausgeprägt ist (vgl. Lebhart, Münz 1999).

Das heißt auch, dass viele Menschen hinter verschlossenen Türen in den eigenen vier Wänden genau das denken, was viele andere ganz offen aussprechen und publizieren. Die sogenannte latente Ausländerfeindlichkeit ist entgegen der Bedeutung des Wortes sehr wohl wahrnehmbar und spürbar, wenn auch auf einer eher subtilen und subjektiven Ebene. Hinzu kommt, dass Umfragen bei einem so sensiblen Thema immer etwas mit Vorsicht zu genießen sind, da einerseits die Befragten nicht immer so antworten, wie sie auch wirklich denken und andererseits von möglichen Suggestivfragen beeinflusst werden. Es gibt mehrere Beispiele, die dieses Thema aus etwas anderer Perspektive beleuchten. So kam es schon öfter vor, dass PolitikerInnen, die Minderheiten repräsentieren, in Wahlumfragen vorne lagen, am Wahltag jedoch verloren haben. Auch das kann man darauf zurückführen, dass sich Menschen in abgeschlossenen Wahlzellen anders als in persönlichen Umfragen verhalten, was oft mit latenter Ausländerfeindlichkeit einhergeht. Dafür gibt es unterschiedliche Theorien und Begriffe wie „Spiral of Silence“ oder „Bradley Effect“. Das sind Effekte, die die Beeinflussung von Medien und der wahrgenommenen Mehrheitsmeinung auf öffentliche individuelle Äußerungen zu politischen Themen beschreiben (vgl. Paige, Witty, 2010, 94; Noelle-Neumann, 1993, 5-8).

Woher die Menschen ihre unterschiedlichen Positionen diesbezüglich beziehen, ist mindestens so komplex und vielschichtig wie das Thema an sich auch. Hinzu kommt ein hochgeschaukeltes Wechselspiel zwischen etablierten und meinungsbildenden Massenmedien, Politik(er)-Jargon und eigener Erfahrungen. Demagogen haben es zudem leichter, wenn Menschen aufgrund ihres sozialen Umfeldes und ihrer pädagogischen Erfahrungen ohnehin schon Vorurteile gegenüber MigrantInnen haben (vgl. Wagner, Zick, Van Dick, 2002, 235-238; Rippl, Seipl, 2002, 87-93).

4.5. Geschichtlicher und politischer Zusammenhang:

Migration in Österreich mit Fokus auf Wien

Anhand der Geschichte soll gezeigt werden, inwieweit Zuwanderung die heutige Gesellschaft betrifft und wie stark MigrantInnen im gegenwärtigen Bevölkerungsbild verankert sind. Migration ist nämlich keine „Erfindung“ und auch kein bloßes Phänomen des 21. Jahrhunderts, sondern Bestandteil der menschlichen Geschichte. Die Entstehung des Nomadismus geht Jahrtausende zurück und im Laufe der Zeit haben sich neben dem ursprünglichen Hirtennomadismus diverse andere Formen entwickelt. Als Nomaden werden prinzipiell Menschen bezeichnet, die aus verschiedenen Gründen, die sowohl arbeitsbedingt oder auch kulturell motiviert sein können, nicht sesshaft bleiben wollen (vgl. Keeley, 2009, 21-29; Osterhammel, 2011, 475-515).

Migration ist ein menschliches und aufgrund ihrer langen Tradition zeitlich nicht einzugrenzendes Phänomen, das weltweit beobachtbar ist. Wenn man die Geschichte Österreichs und insbesondere Wiens näher unter die Lupe nimmt, fällt auf, dass Migration auch in Österreich nicht erst seit ein paar Jahrzehnten Thema ist, sondern durchaus schon länger zurückliegt. Österreich war in der Vergangenheit aber auch Auswanderungsland, Transitstation, Aufnahmeland für Flüchtlinge, Ziel und Ursprungsland für wirtschaftlich bedingte Migration. Politik, Medien und die breite Öffentlichkeit betrachten Österreich eher nicht als Einwanderungsland, beispielsweise erkennbar an den restriktiven Gesetzen. Ein Phänomen, das in vielen europäischen Ländern zu beobachten ist, da die Lage falsch und realitätsfremd eingeschätzt wird. Laut Fassmann und Münz ist Österreich nämlich seit geraumer Zeit faktisch Einwanderungsland, auch wenn diese Entwicklung nicht ganz freiwillig geschah (vgl. Bauböck, 1996, 1; Wicker, 2007, 50-63; OECD-Bericht, 2010; Marin, 1993, 5; Fassmann, Münz, 1996, 209; Groll, 2010, 17-22).

Wien gilt insbesondere seit der Habsburger Monarchie als kultureller Schmelztiegel („melting pot“), die Vielfalt wurde aber auch damals schon politisch und gesellschaftlich thematisiert und MigrantInnen hatten sich im Zielland anzupassen (vgl. John, Lichtblau, 1990, 12).

„In the nineteenth century, people were also attracted to Vienna from all parts of the Habsburg Empire and beyond. The city „burst at the seams“. (Fassmann, Münz, 1996, 166)

Der Dichter Wolfgang Schmeitzl verglich Wien Mitte des 16. Jahrhunderts wegen seines Sprachgewirrs mit dem biblischen Babel:

„Da wird gehört manch Sprach und Zung, Ich dacht ich wär gen Babl khumen [gekommen], Wo alle Sprach ein Anfang gnomen [genommen], Und hört ein seltsams Dräsch und Gschray [Geschrei] Von schönen Sprachen mancherlay [ei]. Hebreisch, Griechisch und Lateinisch, Teutsch, Frantzösisch, Türkisch, Spanisch, Behaimisch, Windisch, Italianisch, Hungarisch, guet Niederländisch, Natürlich Syrisch, Crabatish, Rätzisch [Serbisch], Polnisch und Chaldeisch (Schmeitzl, 1548/1914; Bauer, 2008, 3).

Das sind eindeutige Belege für die lange Existenz kultureller Vielfalt in Wien. Im 18. Jahrhundert beispielsweise war Wien im deutschsprachigen Gebiet ein attraktives Ziel für diverse Berufszünfte. Deshalb hatte ein erheblich großer Anteil der damals in Wien ansässigen Handwerker ihren Ursprung in Süddeutschland, der Schweiz oder Norditalien. Im 19. Jahr-

hundert, nach Ende des „Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation“ wurde Wien aufgrund ihrer zentralen Lage in der Habsburger Monarchie zu einer Art mitteleuropäischen Schmelztiegels, da viele Menschen aus Böhmen, Mähren und Galizien zuwanderten. Wien zog die Menschen aus allen Himmelsrichtungen an und wurde zu einer mitteleuropäischen Metropole (vgl. Fassmann, Münz, 1995; Bauer, 2008, 3-5)

Wer hätte gedacht, dass Wien vor rund 100 Jahren schon einmal mehr Einwohner hatte als es heute hat. 1916 wurde der historische Höchststand von 2.239.000 Einwohnern gemessen. Das bedeutet, dass damals in etwa 500.000 Menschen mehr in Wien lebten als heute, wenn man die Zahl mit der aktuellen Population von 1.714.000 Menschen (Stand: 1.1.2011, Statistik Austria) vergleicht. Noch erstaunlicher wirkt diese Zahl, wenn man bedenkt, dass mit Ende des 18. Jahrhunderts die Stadt Wien 235.000 Einwohner verzeichnete. Mehr als ein Jahrhundert später sollte die Zahl um 2.000.000 wachsen. Bis 1880 setzte sich dieser Zuwachs zu zwei Dritteln aus Migration und einem Drittel aus Geburtenüberschuss zusammen. Obwohl die Wanderungen meist innerhalb des Gebietes der Habsburgischen Monarchie stattfanden, wurden diejenigen, die ihren Wohnort wechselten und in einen anderen Teil der Monarchie auswanderten, ebenso als Ausländer bezeichnet und mussten mit Abschiebung rechnen, falls sie der Armenfürsorge zur Last fielen (vgl. John, Lichtblau, 1992; Faßmann, Münz, 1995; Bauer, 2008, S. 3-4).

Der Umgang mit AusländerInnen in Österreich und insbesondere in Wien war auch schon früher von Problemen gekennzeichnet. Daraus ergab sich auch der Begriff „Schmelztiegel wider Willen“. Unter dem christsozialen Bürgermeister Karl Lueger herrschte eine gewaltsame Ausländerpolitik, die viele MigrantInnen zu einer vollständigen Assimilation bis zur Selbstverleugnung (Dissimilation) zwang. Vor allem waren davon TschechInnen und SlowakInnen, die damals größte Zuwanderergruppe, betroffen, die von den Einheimischen während der Wiener Gründungszeit als „Ziegelböhmern“ diffamiert wurden. Neubürger wurden verpflichtet, bei Ablegung des Eides auf die Gemeindestatuten „den deutschen Charakter der Stadt“ nach Kräften aufrechtzuerhalten (vgl. Glettler, 1985, 27-30; Fassmann, Münz, 1995, Bauer, 2008, S. 3-4).

Der inhumane Zwang der Assimilation und Dissimilation, sich seiner eigenen Identität völlig zu entledigen, um von der einheimischen Bevölkerung akzeptiert zu werden, hatte auch den Nebeneffekt zur Folge, dass jene MigrantInnen, die bereits seit längerer Zeit in Österreich lebten, mit den neuen EinwandererInnen „in einen Topf“ geworfen wurden. Dies stellte den Erfolg der eigenen Integration in Frage und genau auf diesem Boden wuchs in dem traditionellen Einwanderungsland Österreich die Fremdenfeindlichkeit innerhalb aller Ethnien (vgl. Bauer, 2008, 3-4; Bauböck, 2001).

4.5.1. Einwanderungswellen ab 1945 und das „Raab-Olah-Abkommen“

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges waren in Österreich zirka 1,4 Millionen AusländerInnen sesshaft, mehr als eine halbe Million davon machten sogenannte „displaced persons“ aus. Aufgrund seiner zentralen Lage in Europa wurde Österreich mehrmals zu einem wichtigen Zielland oder einer Art Transitland für politische Flüchtlinge. In den Nachkriegsjahren bis zum Zerfall der Sowjetischen Republik gibt es drei besonders bedeutende Ereignisse, wo Österreich seine liberale und humane Seite gegenüber politischen Flüchtlingen öffentlich demonstriert hat und heute noch Anerkennung dafür bekommt. So kamen nach der Niederschlagung des ungarischen Volksaufstandes in den Jahren 1956 und 1957 zirka 180.000 ungarische Flüchtlinge nach Österreich, wovon sich etwa ein Zehntel dauerhaft niederließen.

Für den Großteil stellte Österreich ein Transitland dar, um in andere westliche europäische Länder zu gelangen. 1968 wiederholte sich die Geschichte im nördlichen Nachbarland, als der „Prager Frühling“ gewaltsam beendet wurde. In dieser Phase flohen rund 160.000 Tschechen und Slowaken nach Österreich, seriösen Schätzungen zufolge blieben 12.000 davon dauerhaft in Österreich, der Rest kehrte entweder später in die Heimat zurück oder wanderte in andere Staaten weiter. 13 Jahre später flohen mehr als 120.000 Polen nach Österreich, nachdem die Solidarnosc-Bewegung unterdrückt und das Kriegsrecht in Polen verhängt wurde. Viele Polen nutzten Österreich nur für einen kurzfristigen Aufenthalt um weiter in die USA, nach Kanada oder Australien auszuwandern. Abseits dieser drei politischen Ausnahmesituationen, die mehrere Wellen von Flüchtlingen auslösten, konnte sich Österreich im Bezug auf seine Offenheit als Aufnahmeland für Asylsuchende profilieren. So erklärte sich Österreich beispielsweise bereit, nach dem Militärputsch in Chile im September 1973 1.000 chilenische Flüchtlinge aufzunehmen (vgl. Bauer, 2008, 4-7; Fassmann, Münz, 1995, 34ff; Fassmann, Münz 1996, 209-230).

Sowohl vor Ausbruch des Zweiten Weltkrieges als auch während der siebenjährigen Kriegszeit flohen viele jüdische Familien ins Ausland, wurden aus Österreich vertrieben oder fielen den Verbrechen der Nationalsozialisten zum Opfer. Österreich und seine dunkle Vergangenheit, die auch oder gerade wegen des Anschlusses am 13. März 1938 an Hitler-Deutschland ein markantes und nicht zu verleugnendes Datum innehat, beeinflusste das Verhalten und Handeln der politischen Akteure der zweiten Republik enorm. Obwohl Österreich seine Vergangenheit nie wirklich aufgearbeitet hat, (auch deswegen, weil man sich mehr als Opfer und nicht als Täter gesehen hat) was einen zusätzlichen und nicht unwesentlichen Grund für die ablehnende Haltung vieler Österreicher gegenüber Ausländern auch heute noch darstellt, hatte man sich doch auch um Wiedergutmachung und um eine Bereinigung des österreichischen Gewissens bemüht (vgl. Anderl, 1992, 182-200; Uhl, 2001, 23-34).

Der Sozialphilosoph Theodor W. Adorno kam zu einer interessanten Feststellung, die lautet, dass in der breiten Bevölkerung nach wie vor ein Hang zu rechter und reaktionärer Gesinnung zu verspüren ist:

„Der Nationalsozialismus lebt nach, und bis heute wissen wir nicht, ob bloß als Gespenst dessen, was so monströs war, dass es am eigenen Tode noch nicht starb, oder ob es gar nicht erst zum Tode kam; ob die Bereitschaft zum Unsäglichen fortwest in den Menschen wie in den Verhältnissen, die sie umklammern.“ (Adorno, 1959, 555)

Seitens der Politik konnte man dennoch eine Art Schuldbewusstsein erkennen. Vielleicht sorgte man sich gerade deshalb so sehr um jene 300.000 Juden, die zwischen 1968 und 1986 (diese Zahlen variieren) aus der Sowjetunion und Osteuropa auswanderten und in Österreich aufgenommen wurden, um später nach Israel und in die USA zu immigrieren. In den 50er Jahren machte sich zusätzlich ein Mangel an Arbeitskräften am österreichischen Arbeitsmarkt bemerkbar. Beschleunigt wurde dieses Phänomen durch die Auswanderung vieler österreichischer Arbeitskräfte in die Nachbarländer Deutschland und Schweiz. Daher wurden die ersten Arbeiter 1961 aus Italien angeworben, um das fehlende „Humankapital“ in der Baubranche zu füllen. Im gleichen Jahr am 28. Dezember wurde noch das bilaterale „Raab-Olah-Abkommen“ zwischen den damaligen Präsidenten der Bundeswirtschaftskammer und des Gewerkschaftsbundes abgeschlossen, das den Arbeitskräftemangel durch Zuzug ausländischer Arbeitskräfte beheben sollte. Zuerst wurde ein Anwerbeabkommen mit Spanien (1962) geschlossen, ein Jahr später mit der Türkei und 1966 auch mit Jugoslawien. Das

„Gastarbeiter“-System sollte nach dem Rotationsmodell funktionieren (vgl. Pelger, 2009, 40; Bauer, 2008, 5; Bacher, 2011, 30-31; Wollner, 1996, 17; Perchinig, 2010, 145; Mayer, 2009, 30-31; Hahn, 2007, 184; Fassmann, Münz, 1995; Schmiderer, 2008, 17-24).

„Je nach Bedürfnis der österreichischen Wirtschaft sollten schnellstens geeignete, v.a. hochqualifizierte, – motivierte, gesunde, junge Arbeitskräfte zur Verfügung stehen. Beabsichtigt war, dass diese ArbeiterInnen nach einem oder maximal zwei Jahren Österreich wieder verlassen und durch neue ‚GastarbeiterInnen‘ ersetzt werden“
(Hetfleisch, 1991, 31)

Es wurden also temporäre Arbeitskräfte gesucht, die zu einem Gutteil männlich sein sollten. Zwischen 1961 und 1974 folgten etwa 265.000 Menschen diesem Aufruf und wanderten als „ArbeitsmigrantInnen“ nach Österreich ein, um dem Problem des Arbeitskräftemangels entgegenzuwirken. Zu Beginn bildeten den Großteil der GastarbeiterInnen jugoslawische StaatsbürgerInnen, nur ein kleiner Teil kam aus der Türkei. 1971 machte der Anteil ausländischer Arbeitskräfte in Österreich 6,1% aus, gemessen an der gesamten Bevölkerung jedoch etwas weniger als 3%. 1973 stellten rund 78,5% der Gastarbeiter jugoslawische Staatsbürger dar, 11,8% waren Türken (vgl. Münz, Zuser, et al., 2003, 23-40; Reinprecht, 2006, 9; Biffl, 2005, 62-76; Bauer, 2008, 6; Grilz-Wolf, Strümpel, 2003, 5-6).

Wie an Abb. 3 auf der nächsten Seite klar ablesbar ist, schrumpfte der prozentuelle Anteil jugoslawischer StaatsbürgerInnen aber von Jahr zu Jahr und betrug im Jahr 2004 31,3%. Der Anteil türkischer Staatsbürger hatte den Höhepunkt Ende der 80iger-Jahre, wurde seitdem wieder rückläufig.

Abb. 3: Prozentueller Anteil der ArbeiterInnen aus dem Ausland nach Herkunft von 1971-2004

	Foreign workers total	EEA 15	Of which: Germany	EFTA	EEA 25	Yugoslavia In percent	Croatia	Slovenia	Bosnia	Turkey	Others
1971	150,216	.	3.0	.	.	76.0	.	.	.	13.1	7.0
1972	187,065	.	2.8	.	.	77.7	.	.	.	11.4	7.2
1973	226,801	.	2.5	.	.	78.5	.	.	.	11.8	6.4
1974	222,327	.	2.6	.	.	76.2	.	.	.	13.5	7.0
1975	191,011	.	3.1	.	.	73.9	.	.	.	14.1	8.0
1976	171,673	.	6.2	.	.	70.2	.	.	.	14.3	8.3
1977	188,863	.	6.3	.	.	69.7	.	.	.	14.3	8.7
1978	176,709	.	6.6	.	.	68.5	.	.	.	14.8	8.9
1979	170,592	.	6.8	.	.	67.2	.	.	.	15.6	9.2
1980	174,712	.	6.9	.	.	65.9	.	.	.	16.2	9.8
1981	171,773	.	7.1	.	.	64.5	.	.	.	16.9	10.3
1982	155,988	.	7.6	.	.	62.0	.	.	.	18.3	10.6
1983	145,347	.	7.8	.	.	61.4	.	.	.	19.0	10.5
1984	138,710	.	8.0	.	.	59.9	.	.	.	20.0	10.7
1985	140,206	.	8.0	.	.	58.5	.	.	.	20.8	11.4
1986	145,963	.	7.8	.	.	57.3	.	.	.	21.4	12.1
1987	147,382	.	7.8	.	.	56.0	.	.	.	22.2	12.6
1988	150,915	.	7.9	.	.	55.1	.	.	.	22.7	14.3 ²
1989	167,381	.	7.4	.	.	54.3	.	.	.	23.4	14.9 ²
1990 ³	217,611	.	6.0	.	.	50.8	.	.	.	23.2	20.0 ²
1991 ³	266,461	7.2	5.1	0.7	.	48.5	.	.	.	21.6	22.0 ²
1992	273,884	6.9	5.0	0.7	.	48.8 ⁴	0.4	0.5	.	20.3	22.4
1993	277,511	6.9	5.0	0.7	.	45.6	2.3	1.6	1.2	19.6	22.1
1994	291,018	6.3	4.2	0.3	.	44.4	1.3	0.9	2.3	18.6	25.9
1995	300,303	7.0	4.5	0.1	.	43.1	1.6	0.9	3.6	18.2	25.5
1996	300,353	7.8	4.9	0.1	.	42.0	1.8	1.0	4.5	17.8	25.0
1997	298,775	8.3	5.2	0.1	.	41.3	1.9	1.1	5.0	17.7	24.6
1998	298,582	9.0	5.7	0.1	.	41.0	2.1	1.1	5.5	18.2	23.0
1999	306,401	9.7	6.1	0.1	.	40.1	2.3	1.1	6.0	18.2	22.5
2000	319,850	10.1	6.5	0.1	.	38.8	2.6	1.1	6.6	17.9	22.8
2001	329,314	10.8	7.1	0.1	.	37.3	3.0	1.1	7.3	17.3	23.1
2002	334,432	11.8	7.9	0.1	.	35.8	3.2	1.2	7.6	16.8	23.5
2003	350,361	12.9	9.6	0.1	.	33.4	3.2	1.1	7.6	15.3	26.3
2004	362,300	14.7	10.8	0.1	26.4	31.3	3.3	1.2	7.6	15.1	26.8

(Biffl, SOPEMI Report on Labour Migration. Tabelle 27, S. 65/
http://gudrun.biffl.wifo.ac.at/fileadmin/files/SOPEMI_2005.pdf)

„Man hat Arbeitskräfte gerufen und es kommen Menschen.“ (Frisch,
1967, 100)

Etwas polemisch ausgedrückt, aber im Kern dieses Satzes steckt sehr viel Wahrheit, da die Politik den Fehler beging, die Menschen nur als ArbeiterInnen zu betrachten. Die persönlichen und familiären Geschichten jedes Individuums wurden dabei außer Acht gelassen. In den 1970er-Jahren erkannte man, dass das System nicht so lief, wie man es sich ursprünglich gewünscht hatte, da viele GastarbeiterInnen nicht wie geplant wieder zurück in ihre Heimatländer kehrten, sondern sich dauerhaft in Österreich niederließen. Die vom österreichischen Staat gezielt angeworbene Zuwanderung von ArbeitsmigrantInnen beeinflusste damit die demographische Entwicklung Österreichs zunehmend. Mitte der 1970er-Jahre des vorigen Jahrhunderts kam es zu einer internationalen Krise, der Erdölkrise, die sich auch auf den österreichischen Arbeitsmarkt auswirkte. Im Zuge dieser brisanten wirtschaftlichen Phase kehrten viele der im Ausland tätigen ÖsterreicherInnen in ihre Heimat zurück, was zu ei-

nem verstärkten Wettbewerb am Arbeitsmarkt führte. Aufgrund des öffentlichen Drucks und angesichts der gestiegenen Arbeitslosenzahlen der einheimischen Bevölkerung, entschloss sich die Politik drastische Maßnahmen zu setzen (vgl. Schmiderer, 2008, 33; Bauböck, 1996, 14; Fassmann, Münz, 1995; Bauer, 2008, 5-11).

Auch die öffentliche Meinung gegenüber der ArbeitsmigrantInnen änderte sich dadurch. Waren GastarbeiterInnen anfangs noch sehr willkommen (83% der ÖsterreicherInnen waren froh darüber), wuchs in der österreichischen Bevölkerung aufgrund der wirtschaftlichen Lage und der steigenden Arbeitslosenzahlen Frust und Hass gegenüber den AusländerInnen. Die Zahl der GastarbeiterInnen sollte durch einen Anwerbestopp im Jahr 1973 reduziert werden und jene ArbeitsmigrantInnen, die sich bereits im Land aufhielten, zur Rückkehr in ihre Heimatländer bewogen werden. Man setzte die Idee unter Zwang um, was man von Anfang an bezwecken wollte. Mit Erfolg, zwischen 1974 und 1984 ging die Zahl der ausländischen Beschäftigten um zirka 40% zurück. Nur vergaß man augenscheinlich, was die vielen ArbeitsmigrantInnen für Österreich geleistet hatten. Die Politik und die breite Öffentlichkeit täuschten sich in der Annahme, dass der überwiegende Teil dieser Menschen ihre Heimat deshalb verließen, um mehrere Tausende von Kilometer weit weg von zu Hause nur des Geldes wegen zu arbeiten, ohne sich an diesem Ort ein soziales Umfeld zu schaffen. Eine temporäre Arbeitsmigration oder Pendelmigration über so eine lange Distanz ist aus mehreren Gründen zum Scheitern verurteilt, da der Mensch ein soziales Wesen ist und individuelle Ereignisse eintreten können, die die Lebensentwürfe jedes Einzelnen prägen und umwerfen können. Ein großer Teil dieser MigrantInnen sah aufgrund des Aufschwungs und des erarbeiteten Wohlstandes eine familiäre Zukunft in Österreich und es ist nur natürlich, dass viele diese Chance, ein besseres Leben zu führen, nutzten, um das einstige „Arbeitszielland“ zum Lebensmittelpunkt zu machen. Es kam also aufgrund des Anwerbestopps und der fehlenden Rückkehroption für ArbeitsmigrantInnen automatisch zu einem unerwarteten Nebeneffekt, indem viele GastarbeiterInnen ihre Aufenthaltsdauer verlängerten und ihre Familien nachholten. So blieb auch die Zahl der ausländischen Wohnbevölkerung trotz dieser Maßnahmen nahezu konstant, nämlich bei 5% der Bevölkerung, Mitte der 1980er (vgl. Gülüm, 09.12.2011; Münz, Zuser, et al., 2003, 23; Bauer, 2008, 5-11).

Zu Beginn immigrierten vorrangig männliche Ausländer nach Österreich, im Laufe der Jahre stieg der Anteil der Frauen und der Kinder aufgrund des Familiennachzuges. Diese statistische Tatsache hatte erstmals ein weiteres Phänomen zur Folge, das auch heute nach wie vor wichtiger Bestandteil der Migrationsdebatte ist. Die Integration ausländischer Kinder und Jugendlicher ins österreichische Bildungssystem wurde zum ersten Mal als Problem erkannt (vgl. Bauer, 2008, 6-10).

Das wenige Jahre darauf folgende „Ausländerbeschäftigungsgesetz“ war eine erweiterte Verschärfung. „Wer nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt“, galt im Sinne des Bundesgesetzes AuslBG § 2 (1) 1976 als Ausländer. Damit wurde der Ausländer aber auch zum „Menschen 2. Klasse am Arbeitsmarkt“, denn durch die Etablierung des Ausländerbeschäftigungsgesetzes wurden AusländerInnen, die ihren Lebensmittelpunkt in Österreich gewählt haben, in ihren politischen und sozialen Rechten beschnitten, da sie nicht zu den österreichischen Staatsangehörigen zählten. ÖsterreicherInnen hatten von nun an bei der Jobvergabe Vorrang, ausländische Arbeitnehmer erhielten erst nach acht Jahren Beschäftigung einen „Befreiungsschein“. Dieser garantierte den uneingeschränkten Zugang zum österreichischen Arbeitsmarkt (vgl. Schmiderer, 2008, 11-17; Hofbauer, 2004, 14; Ausländerbeschäftigungsgesetz § 2 (1), 1976; Bauer, 2008, 5-8).

4.5.2. Die Wende Europas und die (politischen) Nachbeben

Im Jahr 1989 kam es in Rumänien zu einem politischen Erdbeben. Der Umsturz bewirkte, dass eine erneute Flüchtlingswelle auf Österreich zukam. Die darauffolgenden innenpolitischen und hoch emotional geführten Debatten lösten eine Wende in der österreichischen Asyl- und Flüchtlingspolitik aus. Das Resultat war eine Demontage des Asylrechts, das ein „beschleunigtes Asylverfahren“, Visa-Pflichten für die wichtigsten Herkunftsstaaten und eine Erleichterung für Abschiebungen nach sich zog. Es ist kein Zufall, dass ausgerechnet mit der Erstarkung der Rechten, insbesondere durch die FPÖ unter dem damaligen Vorsitzenden Jörg Haider, die Ausländerdebatte so weit angeheizt wurde, dass sich die damals regierende große Koalition zu solchen restriktiven und reaktionären Gesetzen hinreißen ließ. Die Einführung der „Drittstaatssicherheit“ (das beschleunigte Verfahren bei „offensichtlich unbegründeten Asylanträgen“) oder die Reduzierung des Rechts auf vorläufigen Aufenthalt Anfang der 1990er-Jahre waren die Folgen (vgl. Bauer, 2008, 7-12).

Die unmittelbaren Auswirkungen der Aufhebung des Eisernen Vorhangs im Jahre 1989, der den Westen vom Ostblock jahrzehntelang trennte, hatten ebenso erheblichen Anteil für das „vergiftete“ Klima innerhalb der österreichischen Gesellschaft und für die Verschärfung der Maßnahmen. Bestes Beispiel dafür war der Beschluss der SPÖ-ÖVP-Regierung, die Grenzen zu Ungarn und der Tschechoslowakei durch den Einsatz des österreichischen Bundesheeres unterstützend überwachen zu lassen. Weitere Maßnahmen war die 1990 eingeführte Quote für ausländische Arbeitskräfte („Bundeshöchstzahl“), welche den maximalen Anteil von ausländischen Arbeitskräften am Arbeitskräftepotential definieren sollte und jährlich zwischen 8% und 10% schwankte, oder die 1992 eingeleitete gesetzliche Begrenzung des Neuzuzugs, ein Quotensystem zur Festlegung der Anzahl an Niederlassungsbewilligungen und zur Reduzierung der Einwanderung nach Österreich. Die Nettowanderung betrug danach zwischen 1993 und 2001 159.000 Personen (rund 20.000 Personen pro Jahr). Der Unterschied hinsichtlich des rechtlichen Status ausländischer Arbeitskräfte gegenüber inländischen führte jedoch zu Diskriminierungen in vielen Bereichen und hatte eine neue soziale Unterschichtung zur Folge (vgl. Bauer, 2008, 8; Münz, Zuser, et al., 2003, 27).

Nach und nach kollabierten die Regierungen im Osten Europas. Die Sowjetunion war am Ende und viele Menschen suchten im Westen ihr Glück auf eine bessere Zukunft. Die größte Fluchtbewegung in Europa der Nachkriegsgeschichte ging allerdings nicht vom Osten aus, sondern vom Süden. Dem Zusammenbruch Jugoslawiens folgten Kriegszustände in Bosnien-Herzegowina, Serbien, Kroatien und Jahre später im Kosovo. Österreich, als unmittelbarer Nachbar zum Balkan, stellte für viele Flüchtlinge ein attraktives Ziel dar, um Schutz zu erhalten. 1992 kamen in etwa 50.000 Kriegsflüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina nach Österreich, rund 90.000 Menschen bekamen bis 1995 ein vorübergehendes Aufenthaltsrecht, allerdings als „De-facto-Flüchtlinge“. Der Kosovokrieg von Jänner 1998 bis März 1999 sorgte für ein weiteres Ansteigen der Flüchtlingszahlen. Rund 13.000 jugoslawische StaatsbürgerInnen, großteils kosovarischer Herkunft, suchten in Österreich um Asyl an, fast jedem vierten wurde der Flüchtlingsstatus zuerkannt. Im Vergleich zu den Jahren zwischen 1994 und 1998, in denen jährlich zirka 7000 Ansuchen registriert wurden und nur 10% davon den Status nach der GFK erhielten, stellt diese Zahl eine Ausnahme dar. Auffallend ist auch, dass sich seit der Jahrtausendwende die Zusammensetzung der Flüchtlingspopulation geändert hat. Stellten in den Jahren davor nichteuropäische gegenüber europäischen Asylwerbern eine Minderheit dar, hat sich dieses Verhältnis seit 2000 geändert. Bereits im Jahr 2000 standen Flüchtlinge aus Afghanistan mit mehr als 2000 Asylansuchen ganz oben in der Liste der Asylwerber, gefolgt von iranischen, indischen und irakischen Staatsbürgern mit jeweils rund 1.300 Ansuchen (vgl. Bauer, 2008, 7; Currie, 2004, 266).

Zwischen 1981 und 2001 stieg nicht nur die Einwohnerzahl Österreichs um rund 600.000 Personen, sondern auch die Anzahl und somit auch der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung in Österreich von 4% auf 9,4%, in Wien gar von 7,4% auf 17,8%. Statistisch interessant bezüglich des Anteils von MigrantInnen an der österreichischen Bevölkerung ist der Zeitraum zwischen 1989 und 1993. In diesen vier Jahren stieg die Zahl der in Österreich lebenden Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit aufgrund des Falles des Eisernen Vorhanges, der Kriege und Vertreibungen im ehemaligen Jugoslawien, in Afghanistan und Tschetschenien sowie einer erhöhten Nachfrage nach ausländischen Arbeitskräften als Folge der Hochkonjunktur der frühen 1990er Jahre von 387.000 Personen auf 690.000 Personen. Obwohl mit Anfang 2000 eine Rechts-Mitte-Koalition aus ÖVP und FPÖ die Regierung in Österreich stellte und zu deren Hauptforderungen die Einschränkung der Zuwanderung zählte, erreichte während deren Amtszeit im Jahr 2004 die Anzahl ausländischer Beschäftigter mit 379.000 Personen einen neuen Höchststand. Bereits 2001 verfügte Österreich nach den Daten der Volkszählung mit 12,5% (1.003.399 Personen), gemessen an der gesamten österreichischen Wohnbevölkerung, einen höheren „Ausländeranteil“ als das klassische Einwanderungsland USA. Wichtigste Herkunftsländer waren Serbien und Montenegro (143.077, 14,3% der im Ausland Geborenen), Deutschland (140.099, 14%), Bosnien und Herzegowina (134.402, 13,4%) und die Türkei (125.026, 12,5%). Auf Wien entfielen 366.289 im Ausland geborene Personen (von 1.550.123 Einwohnern). Laut dem demographischen Jahrbuch 2005 von Statistik Austria lebten vor rund fünf Jahren (zu Jahresbeginn 2006) bereits 814.065 ausländische Staatsangehörige in Österreich. 7.451.861 waren österreichische StaatsbürgerInnen. Das bedeutet, dass der Anteil ausländischer StaatsbürgerInnen 9,8% betrug und sich verglichen mit dem Jahr 2005 marginal um 0,2% (25.000 Personen) erhöht hat, verglichen mit dem Jahr 2001 um 109.000 Personen. (Demographisches Jahrbuch 2005, Statistik Austria 2006). Zu Jahresbeginn 2011 betrug die Bevölkerung Österreichs rund 8.402.000 Menschen, das sind um 27.600 Personen mehr als ein Jahr zuvor. Damit ist ein höherer Anstieg zu verzeichnen als im Jahr 2009. Die Zahl der ausländischen Staatsangehörigen wuchs 2010 um 3,6% (32.400 Personen) auf 927.600. Die Zahl der EU-AusländerInnen stieg deutlich höher an als die Zahl der Drittstaatsangehörigen und mehr als die Hälfte der Bevölkerungszunahme ist Wien zuzurechnen. (vgl. Bauer, 2008, 8-15; Münz, Zuser, et al., 2003, 27; Statistik Austria, 2004)

4.6. Gemeinsamkeiten, die trennen: Ursachen, Motive, Formen und Theorien der Migration

Da es unzählig viele Modelle, Theorien und literarische Werke zu Migration und deren Formen gibt und nicht auf jedes davon eingegangen werden kann, liegt der Fokus dieses Teiles auf der Arbeit von Annette Treibel, weil diese kritisch, ausgewogen, umfassend und sehr wichtig ist. Sie schlüsselt den Begriff Migration detaillierter auf, indem sie auf die Art und den Hintergrund der Migration näher eingeht. Für unsere Arbeit spielen primär die Arbeitsmigration und die Außenmigration eine wichtige Rolle, was aber nicht bedeutet, dass andere Formen und Motive außer Acht gelassen werden. Treibel stützt sich bzw. nimmt Bezug auf andere Modelle, wie zum Beispiel jenes von Petersen. Für die Migration spielen sowohl der räumliche als auch der zeitliche Aspekt eine bedeutende Rolle. Der räumliche Aspekt betrifft die geografische Einordnung von Migration. Während eine Wanderung innerhalb nationaler Grenzen als Binnenwanderung beschrieben wird, wird eine Wanderung, deren Ausgangslage und Zielort in zwei verschiedenen Staaten liegen, als internationale Wanderung deklariert. Für Gesetze und Verordnungen ist kaum etwas wichtiger als der Faktor

Zeit. Der zeitliche Aspekt hat also auch einen enormen Einfluss auf die Bewertung von Migration (vgl. Treibel, 2008, 19-24; Peterson, 1972, 109-111).

Daher ist es nur logisch, dass dabei zwischen temporärer und permanenter Migration unterschieden wird. Für ostdeutsche SaisonarbeiterInnen, die beispielsweise im Winter auf den Schihütten Tiroler Berge ihren Unterhalt verdienen, gibt es andere Regeln und Regulierungen als für Menschen, deren Vorhaben es ist, auf unbestimmte Zeit emigrieren zu wollen. Wie man am Beispiel des „Raab-Olah-Abkommens“ sieht, hat temporäre Migration auch ihre Tücken. Neben dem zeitlichen und räumlichen Aspekt gibt es noch einige weitere Kriterien, die laut Treibel für die genaue Definition und die darauf basierende Unterscheidung von großer Bedeutung sind. Der Anlass für Migration kann einerseits freiwillig, andererseits erzwungen worden sein. Auf Basis der Freiwilligkeit eines jeden Individuums wird auch die Arbeitsmigration verstanden, da die zugrunde liegende Motivation, eine bessere Lebensbasis mittels wirtschaftlicher Vorteile zu erhalten, auf Freiwilligkeit zu schließen ist. Dem widerspricht Richmond, der hinter Migration, egal welche Motivation dahinter steckt, keine Freiwilligkeit entdecken kann, da MigrantInnen kaum eine Entscheidungswahl hätten (vgl. Treibel, 2008, 19-24; Petersen, 1972, 109; Suhrke, Zolberg, 1992, 39; Richmond, 1988, 14; Urbanek, 2009, 52-55).

Zumindest innerhalb Europas darf man meiner Ansicht nach in gewissen Fällen von Arbeitsmigration schon auch von freiwilliger Migration sprechen. Ein gutes Beispiel dafür ist die Niederlassungsfreiheit innerhalb der Europäischen Union. Sie macht einem schließlich die Entscheidung leichter, sich im Falle von besseren Arbeitsverhältnissen in einem anderen EU-Mitgliedsstaat niederzulassen. Das trifft natürlich nicht auf jeden einzelnen Fall von Einwanderung zu, aber von Zwangsmigration kann in solchen Fällen nicht die Rede sein. Treibel hat Recht, wenn sie behauptet, dass Zwang und Freiwilligkeit sich immer mehr mischen. Denn z.B. politisch verfolgte Menschen werden entweder zur Flucht gezwungen oder sie sehen sich zur Flucht gezwungen, was ihnen oft fälschlicherweise als Freiwilligkeit ausgelegt wird (vgl. European Parliament, Art. 3 Abs. 1c, 14 und 43 bis 55 (3c, 7a und 52 bis 66) EGV; Treibel, 2008, 21).

„Schon bei den früheren Auswanderungswellen in die Kolonien oder in die ‚klassischen‘ Einwanderungsregionen in Nord- und Südamerika, im südlichen Afrika und in Ozeanien vermengten sich ebenso Schub- und Sogfaktoren wie bei den heutigen Wanderungsbewegungen aus dem Süden in den Norden oder zu Wohlstandinseln innerhalb des Südens. Beispielsweise riskierten die irischen ‚boat people‘ die gefährvolle Überfahrt auf den ‚schwimmenden Särgen‘ nach Nordamerika nicht aus Sehnsucht nach dem gelobten Land, sondern weil sie vom ‚Großen Hunger‘ dazu getrieben wurden. Sie waren geradezu klassische ‚Wirtschaftsflüchtlinge‘, die vor dem Verhungern flüchteten.“ (Nuscheler, 2004, 103)

Das oft offensichtliche und naheliegende Motiv muss nicht immer der einzig wahre Grund sein. Menschen, die aus politisch motivierten Gründen fliehen müssen, vertrieben oder gar verschleppt wurden, sind der erzwungenen Wanderung zuzurechnen. Eine weitere Unterscheidung laut Treibel ist die Fokussierung auf die Art und Weise der Wanderung, sprich auf das Ausmaß. Migration kann sowohl alleine durchgeführt werden, als auch zusammen in größeren Gruppen. Daher muss zwischen Einzel-, Gruppen- und Massenwanderung differenziert werden. All diese Kategorien, die Treibel beschreibt, müssen zunächst einzeln und

danach in einem gemeinsamen Kontext betrachtet werden, um Rückschlüsse auf bestimmte Muster ziehen zu können. Jeder Fall von Migration ist individuell und oft sehr komplex, da unterschiedliche Ursachen, die kultureller, wirtschaftlicher, politischer, religiöser, demografischer und/oder ethnischer Natur sein können, darauf Einfluss haben können. Treibel spricht diesbezüglich von Multikausalität (vgl. Treibel, 2008, 20, 45, 46; Treibel, 1990, 41; Treibel, 1999, 20).

Bereits im 19. Jahrhundert wurde Ernest George Ravenstein („The Laws of Migration“) darauf aufmerksam und entwickelte die ersten Ansätze für die Migrationsforschung. Damit konnte man erstmals wissenschaftlich und auf Daten basierend beobachten, welche äußeren Bedingungen und Einflüsse zu Massenwanderungen führten. Im 18. und 19. Jahrhundert wanderten beispielsweise Millionen von Menschen nach Amerika aus, weil man sich in der „neuen Welt“ bessere Arbeitsaussichten erhoffte und ein neues Gefühl von Freiheit erwartete. Die Hungersnot trieb um 1850 rund 1,5 Millionen Iren und zwischen 1876 und 1919 drei Millionen Menschen aus der damaligen Österreichisch-Ungarischen Monarchie dazu, den langen Weg nach Amerika anzutreten (vgl. Ravenstein, 1885, 196-198; UNHCR, dtv-Atlas Weltgeschichte, Knaurs Historischer Weltatlas).

4.6.1. Die vielen Gesichter der Migration

Jeder Migrationsfall ist zwar ein „Einzelschicksal“, wofür es eben unterschiedlich viele Gründe geben kann, aber in der Summe haben sie auch viele Gemeinsamkeiten, die wiederum Rückschlüsse, Interpretationen und Zusammenhänge zulassen und erfordern. Die Induktion, im Unterschied zur Deduktion, ist die allgemeine Erkenntnisgewinnung von speziellen Fällen, von sogenannten Einzelfällen. Auch in der Migrationsforschung findet diese Methode Anwendung. Es kann durchaus gesagt werden, dass Migranten nicht die Ärmsten ihres Herkunftslandes sind. Soll natürlich heißen, dass es sich dabei keineswegs um wohlhabende Menschen handelt, aber auch nicht jene Menschen betrifft, die im Herkunftsland als sozial schwach gelten. Ein Statement, das sich auch auf dem Faktum stützt, dass für das Zurücklegen des Weges im Zuge der Migration und für den Aufenthalt im Zielland eine gewisse Menge an finanziellen Mitteln oder materiellem Wert notwendig sind, über die arme Menschen nicht verfügen. Diese These ist in Zeiten der Globalisierung und der weltweiten Vernetzung aber mittlerweile umstritten. Es wird dagegen gehalten, indem behauptet wird, dass auch ärmere Menschen auswandern, aber meist aufgrund anderer Motive wie beispielsweise Vertreibung oder Flucht vor politischer Verfolgung. Dieses Argument trifft durchaus zu, dabei handelt es sich jedoch primär um erzwungene Migration. Fasst man zusammen, würde das bedeuten, dass freiwillige Migration ausschließlich Menschen betrifft, die nicht zu den Ärmsten ihres Herkunftslandes zählen (vgl. Stalker, 1994, 21-24; Wicker, 2007, 49-61; Alburo, Abella, 2002, 26; Weiss, 2003, 30).

Die Binnenwanderung oder intrastaatliche Migration ist mit Abstand die häufigste Form von Migration. Auch hier ist eine Gemeinsamkeit mit internationaler Migration zu beobachten. MigrantInnen lassen sich im Zielland mehrheitlich dort nieder oder wandern innerstaatlich dorthin, wo bereits Landsleute leben, da dort wiederum ethnische Gemeinsamkeiten anzutreffen sind. Dieses Phänomen wird Migrationskette genannt und hat logischerweise Auswirkungen auf die Integration der MigrantInnen (vgl. Hödl, Husa, et al., 2000, 10-20; Haug, 2000, 32; Wicker, 2007, 49-61).

Mithilfe der Migrationsforschung lassen sich in weiterer Folge gewisse „Migrationsformen“ erstellen. Peter Stalker zeigt mit seinem „Phasenmodell der Migration“ verschiedene Wan-

derungstypen auf. Dabei werden verschiedene Formen der Migration, die häufig oder weniger häufig vorkommen, aufgezählt. Erste Unterscheidung, die getroffen werden muss, ist die der Immigration (Zuwanderung) und der Emigration (Auswanderung). Es spielt somit das Zielland und das Herkunftsland (Ausgangspunkt) in der Definition eine tragende Rolle. Danach wird, wie auch bei Treibel schon, zwischen Binnenwanderung und Außenwanderung differenziert. Unter Binnenwanderung versteht man den Ortswechsel innerhalb der Grenzen eines Landes, beispielsweise vom Land in die Stadt oder umgekehrt. Diese Form von Wanderung zeigt auch, dass Migration keineswegs automatisch mit dem „Ausländer-Thema“ assoziiert werden muss, da auch InländerInnen demzufolge zu MigrantInnen werden können. Außenwanderung ist hingegen das Verlassen des Heimatlandes über die Grenzen hinweg. Wobei hier Stalker noch näher unterscheidet. Er hat den Terminus „EU-BinnenmigrantIn“ entwickelt, der die Außenwanderung innerhalb der EU-Staaten umfasst. Diese Differenzierung ist deshalb wichtig, da BürgerInnen von Staaten, die der EU zugehörig sind, im Ausland innerhalb der Europäischen Union gewisse Freiheitsrechte genießen dürfen, die BürgerInnen von Drittstaaten vorenthalten bleiben. Auch der Begriff „freiwillige Migration“ wird weiter aufgeschlüsselt. Dazu zählen u.a. die Arbeitsmigration, die Remigration, die zirkuläre Migration, die Heiratsmigration und die RentnerInnenmigration. Unter kurzfristige oder zeitlich begrenzte Zuwanderung fallen beispielsweise auch Studenten, Au-pairs oder Auszubildende. Es wird auch der Tourismus in diesem Zusammenhang erwähnt, da auch er in gewisser Weise eine zeitlich begrenzte Migration darstellt (vgl. Stalker, 1994; Treibel, 1999; Wicker, 2007, 47-61).

Die Arbeitsmigration ist aufgrund dieser Unterscheidungen und analytischen Selektion auch die einzige pflegerelevante Migrationsform, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung ist, da zur besseren Begriffsabgrenzung angenommen wird, dass jene ausländische Pflegepersonen, die im stationären Bereich der Pflege in Österreich professionell tätig sind, auch aus diesem Grund auf freiwilliger Basis zugewandert sind. Es geht meist um eine wirtschaftliche Notwendigkeit, das eigene Einkommen zu sichern und hat oft auch einen familienstrategischen Aspekt, die im Heimatland Zurückgebliebenen zu versorgen. Vor allem spielen dabei die Anreize des Ziellandes, die sogenannten Pull-Faktoren, eine erheblich wichtige Rolle, die einen großen Einfluss auf die Auswanderung von Menschen darstellen. ArbeitsmigrantInnen gelten als "einheimische AusländerInnen". Im Unterschied zur zirkulären Migration, die besagt, dass Menschen für kurzfristige Arbeitseinsätze, die sich wiederholen können, emigrieren, um später in die Heimat wieder zurückzukehren, hat die Arbeitsmigration eine längerfristige Bedeutung. Es ist daher, wie auch schon Treibel formuliert hat, die Zeit des Aufenthaltes bzw. der Migration ein wesentlicher Faktor für die Differenzierung. Natürlich kann es auch im Falle der Arbeitsmigration nach einiger Zeit zu einer sogenannten Remigration kommen. Das bedeutet nichts anderes, als die Rückkehr jener Migranten in ihre Ursprungsländer, nachdem sie längere Zeit im Ausland gearbeitet haben (vgl. Stalker, 1994, Treibel, 1999, Wicker, 2007, 49-61).

Man könnte es auch so betrachten, als würden sie den Titel „MigrantIn“, der ihnen bei der Einreise verliehen wurde und den sie seitdem nur sehr schwer los wurden, nun wieder abgeben wollen. Das Absurde daran ist, dass ihnen nun der Begriff „RemigrantIn“ angeheftet wird, was eigentlich auch einer Stigmatisierung gleichkommt.

Die erzwungene oder unfreiwillige Migration, welche genau das Gegenteil zur bisher beschriebenen Zuwanderungsform darstellt, hat für diese Arbeit wenig Relevanz und wird daher nicht weiter bearbeitet. Weiterführende Literatur gibt es beispielsweise von Treibel (1999), Han (2005) oder Nuscheler (2004).

4.6.2. Theorien zur Migration

Es gibt zur Migration mikro- und makroökonomische Theorien. Zur mikroökonomischen Theorie zählt die Humankapitaltheorie, die sich aus dem Kosten-Nutzen-Modell und der Push- und Pullfaktoren zusammensetzt. Es gibt auch neuere Ansätze, auf die hier aber nicht näher eingegangen werden, da sie sich von der Humankapitaltheorie marginal unterscheidet. Im Gegensatz zur Humankapitaltheorie ist bei anderen Theorien maßgeblich die gesamte Familie entscheidend und nicht nur das Individuum. Das Ziel ist nicht die Maximierung des Einkommens, vielmehr die Minimierung des finanziellen Risikos (vgl. Han, 2006, 176; Moser, 2010, 7-12).

Es wird individuell eine Kosten-Nutzen-Analyse erstellt, deren Ergebnis Aufschluss geben soll, ob eine Arbeitsmigration rentabel ist oder nicht. Im Falle, dass der erwartete Nutzen höher ist als die gesamten Kosten, die im Laufe der Arbeitsmigration entstehen, ist eine Arbeitsmigration rentabel (vgl. Han, 2006, 175; Moser, 2010, 7-12).

Neuere Migrationstheorien haben bereits erkannt, dass die reine Einteilung zwischen freiwilliger und erzwungener Migration etwas zu kurz führt, weshalb die sozialen, soziokulturellen und ökonomischen Faktoren miteinbezogen werden müssen. Das Push- und Pull-Modell von Lee aus den 60er-Jahren, das auf Lewis neoklassischen Migrationstheorien basiert, ist sowohl auf Mikroebene als auch auf Makroebene anwendbar. Die Pushfaktoren beziehen sich auf Umstände, die abstoßend wirken und für Abwanderung sorgen, wie z.B. geringe Entlohnung, hohe Arbeitslosigkeit. Die Pullfaktoren beziehen sich hingegen auf Umstände, die anziehend wirken und für Zuwanderung sorgen, wie z.B. höhere Entlohnung, niedrige Arbeitslosigkeit (vgl. Green, 1999, 6-20; Haug, 2000, 3; Moser, 2010, 7-12, Lewis, 1954, Lee, 1966, 47-57).

Die Makroökonomische Theorie bezieht sich auf migrationsbedingte wirtschaftliche Veränderungen bzw. aus welchen ökonomischen Gründen Migration entsteht. Han meint in Bezug auf die Einkommensunterschiede, dass dies länderspezifisch zu einem wichtigen Teil auf den unterschiedlichen Angeboten an Arbeitskräften und der Nachfrage danach beruht. Die Marktlöhne sinken demnach, wenn ein Überschuss an Arbeitskräften im Verhältnis zum Kapital besteht. Ist die Situation umgekehrt und es besteht ein Mangel an Arbeitskräften, steigen auch die Marktlöhne. Das führt dazu, dass in jenen Ländern, in denen die Nachfrage nach branchenbezogenen Arbeitskräften niedrig ist, Menschen auswandern und in jene Länder ziehen, wo die Nachfrage größer ist und ein Mangel besteht. Das heißt auch automatisch, dass die Entlohnung ein Grund für die Migration ist. Die Zu- und Abwanderung hat zur Folge, dass in Herkunftsländern das Angebot an Arbeitskräften sinkt und die Löhne wieder steigen lässt. Im Zielland ist genau die umgekehrte Situation. Erst ein Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage würde einen Stillstand der Migrationsbewegung bewirken (vgl. Hebler, 2002, 154; Han, 2006, 174; Moser, 2010, 7-12).

Migrationstheoretiker Ravenstein behauptet, dass Migration meist auf ökonomischen Motiven basiert und geographisch betrachtet hauptsächlich von ländlichen in städtische Gebiete geschieht. Hoffmann-Nowotny bringt es auf den Punkt und fasst zusammen, dass einerseits Migration häufiger über kurze Distanzen als über lange geschieht, und dass die BewohnerInnen von Städten weniger wandern als jene von ländlichem Gebiet. Ravenstein unterteilt MigrantInnen in lokale WandererInnen, NahwandererInnen und FernwandererInnen (vgl. Hoffmann-Nowotny, 1970, 44ff; Ravenstein, 1972, 43-46).

Darauf anlehnend wurden das Distanzmodell und in weiterer Folge das Gravitationsmodell entwickelt. Das Distanzmodell besagt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Entfernung der MigrantInnen und des Wanderungsvolumens besteht und die Zahl der ZuwandererInnen sinkt, je größer die Entfernung zum Zielland ist. Das Distanzmodell wurde durch ein weiteres Kriterium erweitert, wodurch das Gravitationsmodell entstand. Dieses besagt, dass die Bevölkerungsgröße des Ziellandes einen Einfluss auf die Migrationsbewegung bzw. den Migrationsstrom hat. Je größer die Einwohnerzahl, desto größer ist die Anziehungskraft und demzufolge auch der Migrationsstrom. Auch diesbezüglich muss hinzugefügt werden, dass dieser Ansatz gegenwärtig aufgrund einer globalisierten Welt nicht mehr diese Gültigkeit hat, da Migration im Vergleich zu früher häufiger auch über lange Strecken vollzogen wird. Es stimmt jedoch, dass Wanderungen in Relation gesehen viel öfter geschehen, wenn Distanzen kurz sind. Das bestätigt auch die hohe Dichte an Binnenwanderungen innerhalb Österreichs (vgl. Haug, Lauer, 2006, 18; Statistik Austria, 2011; Moser, 2010, 11-12).

Diese Ansätze verdeutlichen noch einmal, dass die Entscheidung aus- oder einzuwandern von vielen verschiedenen Faktoren wie Lohnverhältnis, Arbeitslosenquote, Distanz oder eben auch Familie entscheidend geprägt werden. Bis jetzt wurde hauptsächlich die Seite der MigrantInnen, aber auch die der Eingliederungsgesellschaft näher beleuchtet. Das Zielland, also der Staat Österreich, hat ebenso seine Präferenzen. Deshalb ist in diesem Zusammenhang wichtig, auch auf die gesetzlichen Bestimmungen, die die Einwanderung in Österreich regelt, näher einzugehen.

4.7. Gesetzliche Bestimmungen

Kaum eine Thematik wird juristisch so genau beschrieben, wie die der Zuwanderung. Es gibt für das Land Österreich unzählige nationale wie EU-weite Gesetze und Verordnungen, die sich im Laufe der letzten Jahrzehnte seit der Gründung der 2. Republik angesammelt haben. Diese regeln u.a. die Rechtslage über Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigung für ausländische StaatsbürgerInnen. An dieser Stelle wird nur ein kleiner Überblick über die wichtigsten Gesetze, Regeln und Unterscheidungen aufgelistet, die es in diesem Zusammenhang gibt und die zeigen sollen, dass Regeln und Gesetze immer auch stark mit der Geschichte eines Landes verbunden sind. Es soll u.a. kurz dargestellt werden, wie Österreich Aufenthaltsgenehmigungen für AusländerInnen regelt und gesetzlich mit Zuwanderung umgeht.

Österreich ist seit Mitte der Neunziger Jahre Mitglied der Europäischen Union (EU), welche mittlerweile im Jahr 2012 über 27 Staaten umfasst, in denen knapp 500 Millionen Menschen leben. Österreichs' Nachbarstaaten sind bis auf die Schweiz und Liechtenstein allesamt in der Europäischen Union. Das ist deshalb so wichtig zu erwähnen, da Migration meist über kurze Distanzen geschieht und ein großer Teil der ausländischen Pflegepersonen, die in der stationären Pflege arbeiten, aus Ländern kommen, die an Österreich grenzen oder zumindest Mitglied der Europäischen Union sind (v.a. Deutschland, Slowakei, Slowenien und Polen). Es gibt zwar noch andere europäische Länder in diesem Zusammenhang, wie z.B. Kroatien, Bosnien-Herzegowina oder die Türkei, diese Länder sind jedoch alle Drittstaaten, wofür andere Regelungen gelten. Auch für den gesamten EWR (Europäischer Wirtschaftsraum) gelten nahezu die selben Regeln wie für EU-Mitgliedsstaaten. Der EWR ist die Freihandelszone zwischen der Europäischen Union und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA), dazu zählen Island, Liechtenstein und Norwegen. Die Schweiz, die ebenfalls EFTA-Mitglied ist, ist diesbezüglich jedoch ausgenommen.

Im Artikel 3 EUV (Vertrag über die Europäische Union) sind die Ziele, die sich die EU vorgibt, formuliert. Zwei erwähnenswerte und sehr wesentliche Ziele beziehen sich auf das Zusammenleben der Menschen innerhalb der EU. Sie besagen, dass es das Ziel der EU sein muss, „den Frieden, ihre Werte und das Wohlergehen ihrer Völker zu fördern“ und ihren Bürgerinnen und Bürgern „einen Raum der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts ohne Binnengrenzen, in dem [...] der freie Personenverkehr gewährleistet ist“ zu bieten. Es hat sich also mit dem EU-Beitritt Grundlegendes hinsichtlich der Staatszugehörigkeit der AusländerInnen geändert. Es haben StaatsbürgerInnen anderer EU-Mitgliedsstaaten zusätzliche Rechte u.a. in Bezug auf Arbeit und Aufenthalt. Deshalb muss erst einmal zwischen Drittstaatsangehörigen und EU-Bürgern unterschieden werden (vgl. Eurostat, Demography Report, 2010, 48-57; European Parliament, Art. 3 EUV).

4.7.1. EU- und EWR-StaatsbürgerInnen

Im „Artikel 45 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union“ ist die Freizügigkeit der ArbeitnehmerInnen innerhalb der EU verfasst. Sie zählt zu den Grundfreiheiten der EU und ist für alle Mitgliedsstaaten verbindliches Recht. StaatsbürgerInnen aller Mitgliedsstaaten der Europäischen Union haben demnach das Recht sich frei innerhalb der EU zu bewegen und zu arbeiten. Ausgenommen davon sind lediglich öffentliche Stellen in der Verwaltung. Damit bleibt EU-BürgerInnen einerseits viel Bürokratie erspart und andererseits wird Migration innerhalb der EU erleichtert. Die Europäische Union verlangt darüber hinaus die Gleichbehandlung aller EU-StaatsbürgerInnen hinsichtlich Beschäftigung, Entlohnung und sonstiger Arbeitsbedingungen. ArbeitsmigrantInnen aus EU-Staaten haben zusätzlich das Recht auf Familiennachzug, das ihnen von der EU zugesprochen wird, sobald sie über einen längeren Zeitraum Arbeitsplatz und Wohnsitz haben. Gleiches gilt auch für BürgerInnen aus Island, Liechtenstein und Norwegen. Auch wenn die Schweiz gegenüber Österreich als Drittstaat auftritt, gelten auch hier, insbesondere in wirtschaftlicher Hinsicht, vereinfachte Ausnahmeregelungen (vgl. Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV), Art. 45; help.gv.at, 07.06.2011).

4.7.2. Drittstaatsangehörige

Der Begriff „Migrant/in“ kommt im österreichischen Recht im herkömmlichen Sinn gar nicht vor. Im §2 (1) des Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes ist der Begriff „Fremder“ niedergeschrieben. Darunter sind alle Personen gemeint, die „die österreichische Staatsbürgerschaft nicht besitzen“. Ein Drittstaatsangehöriger ist laut dieser Definition ein Fremder, der nicht Bürger des Europäischen Wirtschaftsraumes oder Schweizer Bürger ist. Drittstaatsangehörige haben weder eine Staatsbürgerschaft eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union noch des Europäischen Wirtschaftsraumes und benötigen daher im Falle eines längeren Aufenthaltes als 6 Monate im Gegensatz zu EU- oder EWR-Bürgern (muss lediglich innerhalb von 3 Monaten nach Niederlassung eine Anmeldebescheinigung bei der jeweils zuständigen Behörde beantragen) einen Aufenthaltstitel (vgl. Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem, 05.04.2012).

Diesen erhält man nur, wenn man über ein regelmäßiges Einkommen (alleinstehend: 814,82 Euro, Ehepaare: 1.221,68 Euro, für jedes Kind zusätzlich 125,72 Euro; Richtsatz 01.01.2012) verfügt, eine Krankenversicherung nachweisen kann, das Visum nicht überschritten ist, einen Mietvertrag oder Eigentumsnachweis über eine ortsübliche Unterkunft vorlegen kann (bereits bei Antragsstellung) und keine Gefährdung der öffentlichen Sicher-

heit (es darf kein Aufenthaltsverbot in EWR Staaten bestehen, keine Ausweisung innerhalb der letzten 12 Monate vorgenommen worden sein und keine Bestrafung wegen Umgehung der Grenzkontrollen in den letzten 12 Monate durchgeführt worden sein) darstellt (vgl. Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem, 05.04.2012; help.gv.at, 07.06.2011).

Es gibt befristete (Niederlassungsbewilligung, Familienangehöriger, Rot-Weiß-Rot – Karte, Rot-Weiß-Rot – Karte plus, Blaue Karte EU) und unbefristete Aufenthaltstitel (Daueraufenthalt EG, Daueraufenthalt Familienangehöriger), denen ein bestimmter Zweck zuvor liegen muss. Es darf auch nur ein Antrag für einen Aufenthaltszweck gestellt werden. Ein befristeter Aufenthaltstitel wird üblicherweise immer für 12 Monate ausgestellt, es sei denn, man gilt als Schlüsselkraft oder als Familienangehöriger einer solchen, dann ist der Aufenthaltstitel 6 Monate länger als normal. Der Aufenthaltstitel ist mit dem Ausstellungsdatum gültig und ein Verlängerungsantrag muss vor Ablauf dieser Aufenthaltsgenehmigung gestellt werden, damit man berechtigt ist, in Österreich weiter leben zu dürfen. (vgl. Bundesministerium für Inneres, 15.01.2012; help.gv.at, 07.06.2011).

2003 trat eine neue Regelung in Kraft, wodurch Arbeitsmigration nur mehr für Schlüsselarbeitskräfte (Ausländer müssen eine besondere Ausbildung bzw. spezielle Kenntnisse aufweisen und über eine monatliche Brutto-Entlohnung von zumindest 60% der ASVG-Höchstbeitragsgrundlage verfügen) möglich ist. Das zeigt auch deutlich, dass heute vor allem hochqualifizierte Arbeitskräfte als ArbeitsmigrantInnen angeworben werden, da „gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten (...) die Zuwanderung besonders qualifizierter Arbeitskräfte wichtig ist, weil diese wiederum für das Wirtschaftswachstum sorgen“, meint Margit Kreuzhuber, Beauftragte für Migration und Integration in der Wirtschaftskammer Österreich (Kreuzhuber, 2009, 22; Biffl, 2008, 46-51).

Die am 1. Juli 2011 eingeführte „Rot-Weiß-Rot-Karte“ betrifft ebenfalls ausschließlich Drittstaatsangehörige, da EU-BürgerInnen ohnehin freien Zutritt zum österreichischen Arbeitsmarkt haben. Dabei wird folgenden Kriterien, die die Qualifikation, die Berufserfahrung, Sprachkenntnisse und das Alter der MigrantInnen betreffen, besondere Aufmerksamkeit geschenkt und dementsprechend Punkte verteilt. Wird eine gewisse Mindestpunktzahl erreicht, wird ausländischen Personen der Zugang zum Arbeitsmarkt erteilt. „Durch die Einführung der Rot-Weiß-Rot-Karte sollen vor allem besonders hoch qualifizierte Migranten, Fachkräfte in Mangelberufen, sonstige Schlüsselkräfte und ausländische Studienabsolventen aus Drittstaaten angesprochen werden.“ Hierbei ist noch zu beachten, dass die Voraussetzungen und die dadurch entstehenden Mindestpunkte von Fall zu Fall variieren können, da die Ausbildung der jeweiligen MigrantInnen Einfluss auf die Beurteilung hat (WKÖ, 12.05.2011; Bundesministerium für Inneres, 15.01.2012; migration.gv.at, 15.01.2012).

Laut Mikl-Leitner und Hundstorfer wurden bis 30. September 2011 255 Karten in Rot-Weiß-Rot ausgestellt. Wenige Monate später, zu Jahresbeginn 2012, wurden immerhin schon rund 1000 beantragt und 877 bewilligt. Wenn man aber bedenkt, dass beispielsweise die FPÖ davor warnte, dass dadurch Zuwanderung forciert wird, ist das immer noch eine sehr geringe Zahl. Auch das Sozialministerium präsentierte großzügige Zahlen und rechnete mit 8.000 Karten im Jahr. Ab der zweiten Jahreshälfte 2012 könnte die Zahl der Anträge auf eine Rot-Weiß-Rot-Karte jedoch deutlich steigen. Ab da werden auch Karten für Fachkräfte in Mangelberufen ausgestellt. Bisher zielte das Punktesystem mehr auf junge und gut Ausgebildete ab. Einer der Kritikpunkte ist, dass ältere Spitzenkräfte ohne Deutsch- aber zumindest Englischkenntnisse kaum Chancen haben, da der Spracherwerb ein zentraler Punkt in dem Prozess ist. Neben diesen "Hochqualifizierten" gibt es auch die Möglichkeit, ohne Stu-

dienabschluss als "Schlüsselkraft" einzuwandern. Voraussetzung dafür ist, dass es für die Stelle keinen geeigneten Bewerber aus Österreich gibt. Der "Österreichische Führungskräfte Monitor" der Arbeiterkammer zeigt auch, dass der Anteil von ÖsterreicherInnen mit Migrationshintergrund mit 9% gering ist und bescheinigt, dass Migranten etwas schwerer in Führungspositionen gelangen. (vgl. Moser, 17.10.2011; APA, Der Standard, 19.02.2012; APA, 16.03.2011; Medien-Servicestelle, 17.10.2011).

4.8. Berufsberechtigung für MigrantInnen im Pflegebereich

Aber es gibt zusätzlich noch andere Bestimmungen, die MigrantInnen bei der Einwanderung beachten müssen. Vor allem für AusländerInnen, die im Pflegebereich arbeiten wollen, ist die Berufsberechtigung für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich wichtig. Diese ist im österreichischen Bundesgesetz für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zusammengefasst. Grundsätzlich sind dafür die Paragraphen (§) 28 bis 31 vorgesehen, die die Voraussetzungen und Definition der Berufsberechtigung klären. Laut §27 (1) gilt, dass „nur jene Personen zur Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt sind, die eigenberechtigt sind (Vollendung des 19. Lebensjahres), die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit besitzen, einen Qualifikationsnachweis erbringen und über die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen.“ Diese Grundvoraussetzungen gelten natürlich sowohl für österreichische StaatsbürgerInnen als auch für AusländerInnen, die in Österreich im Pflegebereich arbeiten wollen (vgl. Allmer, GuGK, ÖGKV, 05.04.2012).

Die erforderlichen Kenntnisse werden laut GuGK jenen Menschen zugeschrieben, die über ein im Inland erworbenes Gesundheits- und Krankenpfl edgediplom oder ein im EWR erworbenes Diplom, das vom amtierenden österreichischen Gesundheitsminister anerkannt wurde, besitzen und sowohl physisch als auch psychisch in der Lage sind, diesen Beruf auszuüben. Auch hier hat die Europäische Union die Anerkennung von Ausbildungen, die in anderen EU-Mitgliedsstaaten erworben wurde, erleichtert. Menschen außerhalb des EWR-Raumes benötigen darüber hinaus noch eine Nostrifikation zum österreichischen Diplom, das vom jeweiligen Landeshauptmann zuerkannt werden muss, damit eine Gleichwertigkeit der Qualifikation mit inländischen Diplomen hergestellt wird. Der Qualifikationsnachweis für In- und Ausländer und die damit verbundenen Unterschiede werden in den folgenden Paragraphen 28 bis 31 detailliert geregelt. Österreichische StaatsbürgerInnen oder in Österreich lebende Personen erlangen nach erfolgreichem Abschluss einer speziellen Pflegeschule (Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, für Kinder- und Jugendlichenpflege oder für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Krankenpflegeschule, Kinderkrankenpflegeschule oder Ausbildungsstätte für die psychiatrische Krankenpflege) den Inlands-Qualifikationsnachweis, der sie dazu berechtigt in einer Pflegeinstitution arbeiten zu können (vgl. ebenda).

4.8.1. EU- und EWR-StaatsbürgerInnen

Qualifikationsnachweise für StaatsbürgerInnen innerhalb des EWR werden gemäß § 29 geregelt. Besonders wichtig ist die Richtlinie 77/453/EWG, die die jeweiligen im Heimatland erlangten Qualifikationen innerhalb des EWR-Raumes gleichstellt und für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise sorgt. Demnach gelten all jene Abschlussbezeichnungen von EWR-Staatsangehörigen, die am oder nach dem 1. Jänner 1994 ausgestellt wurden, als Qualifikationsnachweise und werden vom

Gesundheitsminister durch Verordnung bekannt gegeben. Im Falle, dass die vorausgesetzte Ausbildung vor 1994 abgeschlossen wurde, muss für die Gleichstellung und die darauf folgende Erlangung der Qualifikation eine beigefügte Bescheinigung des Heimat- oder Herkunftsstaates nachgewiesen werden. Die AntragstellerInnen bekommen innerhalb von drei Monaten nach vollständiger Vorlage aller notwendigen Unterlagen Bescheid, ob sie für die Berufsausübung in Österreich geeignet und zugelassen werden (vgl. ebenda).

4.8.2. Drittstaatsangehörige und Nostrifikation

Für Personen, die nicht EWR-Staatsangehörige oder EWR-Staatsangehörige sind (ausgenommen sind SchweizerInnen, die einen Befähigungsnachweis von der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder einem EWR-Staat ausgestellt bekommen haben und als Qualifikationsnachweis gilt), aber die Ausbildung in einem Land außerhalb der EWR abgeschlossen haben, gelten andere und schärfere Regeln, die durchaus mit mehr Bürokratie verbunden sein können. Dabei wird die Gleichwertigkeit der von einer Person erlangten Urkunde mit einem österreichischen Diplom überprüft. Diesen Prozess der Anerkennungs- bzw. Anrechnungsprüfung nennt man Nostrifikation und findet auch im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege (ausschließlich in Österreich und der Slowakei) Anwendung, um zu testen, ob eine Person mit einer im Ausland (außerhalb des EWR-Raumes) staatlich anerkannten Ausbildung und einem im Zuge dessen erlangten Diplom befähigt ist, in Österreich auf dem Fachgebiet für das er sich qualifiziert hat, zu arbeiten. Gleiches gilt für Drittlanddiplome, die jene Staatsangehörige eines EWR-Vertragsstaates oder der Schweiz erhalten, die außerhalb der Schweiz oder des EWR-Raumes eine Pflegeausbildung absolviert haben. Aber auch Staatsangehörige der EWR, die eine Ausbildung in einem EWR-Staat abgeschlossen haben, müssen sich im Falle, dass ihr Befähigungsnachweis nicht als Qualifikationsnachweis gemäß § 29 gilt, einer Nostrifikation unterziehen (vgl. ebenda).

Die Pflegeperson aus dem EWR-Raum muss dazu nur um eine Berufszulassung ansuchen. Personen, die nicht EWR-BürgerInnen sind oder innerhalb des EWR-Raumes eine Ausbildung vollzogen haben, müssen ein Nostrifikationsverfahren durchlaufen, das die Gleichwertigkeit der Ausbildung feststellt. Für die Befähigung von Pflegepersonen aus dem Ausland gibt es Richtlinien, die besagen, dass u.a. die Mindestdauer der Ausbildung 4.600 Stunden oder 3 Jahre theoretischer Unterricht mit klinischer Unterweisung (mind. 50% der Mindestausbildungszeit) betragen muss und welchen Inhalt die Ausbildung haben muss bzw. über welche Kenntnisse die Pflegeperson verfügen muss. Nostrifikation ist seit 1992 im Kompetenzbereich der Bundesländer, deshalb sind die Anforderungen manchmal etwas verschieden. Das kann zur Folge haben, dass ein Ansuchen von Pflegepersonen in Oberösterreich bewilligt wird, in Vorarlberg jedoch nicht. Daher sprechen sich diverse Experten dafür aus, bundeseinheitliche Regelungen zu schaffen. In Wien muss das Ansuchen um Anerkennung im Magistratsamt gestellt werden. Grundvoraussetzung für die Nostrifizierung des Diploms sind beispielsweise gute Deutschkenntnisse („die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache“ GuKG § 27 Abs. 1 Z. 4). Es liegt einerseits in der Eigenverantwortung der jeweiligen Pflegeperson sich Deutschkenntnisse anzueignen, andererseits ist nicht festgelegt, welche Sprachkenntnisse als ausreichend gelten. Es kann auch als Kritikpunkt verstanden werden, wenn den Pflegepersonen während des Verfahrens keine Deutschkurse angeboten werden. Es wird weiters ein beglaubigtes Diplom, das übersetzt werden muss, benötigt. Im Jahr 2000, im Zuge der Binnenmarktstrategie, wurde eine gemeinsame Richtlinie, 36/2005/EG, eingeführt. Damit sollte ein transparenteres und flexibles System zur Anerkennung beruflicher Qualifikationen hergestellt werden (vgl. Kriegl, 2004, 23-27; Kriegl, 2006, 289-300; Haider, 2010, 99-105).

Alle Bestimmungen und Voraussetzungen für die Nostrifikation wird gemäß §32 des GuGK geregelt. Die Nostrifikation in Österreich ist beim jeweiligen Landeshauptmann zu beantragen. Diesem ist vom Antragsteller ein gültiger Reisepass (ausgenommen sind Konventionsflüchtlinge mit legalem Aufenthalt in Österreich), ein Nachweis eines Hauptwohnsitzes (oder eines Zustellungsbevollmächtigten in Österreich), ein Nachweis, der bescheinigt, dass die im Ausland abgeschlossene Ausbildung mit einer österreichischen verglichen mit Inhalt und Umfang gleichwertig ist, den Nachweis über alle besuchten Lehrveranstaltungen, absolvierten Prüfungen und wissenschaftlichen Arbeiten, die an der ausländischen Ausbildungseinrichtung abgelegt wurden, und ein Befähigungsnachweis, der einerseits „den ordnungsgemäßen Ausbildungsabschluss“ bescheinigt und andererseits „zur Berufsausübung in dem Staat, in dem sie erworben wurde, berechtigt“, vorzulegen. Alle Dokumente müssen gemäß GuGK § 32 (3) in der Originalfassung oder „in beglaubigter Abschrift“ vorgelegt werden und durch „einen gerichtlich beeideten Übersetzer“ übersetzt werden. Falls in Bezug auf die praktische Ausbildung gewisse Fachgebiete fehlen, können einschlägige Berufserfahrungen berücksichtigt werden, vorausgesetzt sie decken das inhaltliche Defizit ab. Alle im Nostrifikationsbescheid vorgeschriebenen Bedingungen müssen grundsätzlich erfüllt werden, „sofern die Gleichwertigkeit nicht zur Gänze vorliegt“, muss für die positive Anerkennung eine oder mehrere kommissionelle Ergänzungsprüfungen (innerhalb von zwei Jahren ab Erlassung des Nostrifikationsbescheides ohne Fristverlängerung) oder die Absolvierung eines Praktikums an einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgreich abgelegt werden. (vgl. Allmer, GuGK, ÖGKV, 05.04.2012).

Für den Pflegebetrieb müssen die ausländischen Pflegepersonen in Österreich nicht unbedingt höhere Bildungsabschlüsse haben, in Bezug auf ihr Kompetenzniveau müssen sie aber sehr wohl hochqualifiziert sein. Das gilt vor allem für Pflegepersonen im mobilen Pflegebereich, da Behörden diesbezüglich Selbstständigkeit bevorzugen. Die Balance der Gleichstellung hinsichtlich der Ausbildungskriterien ist hier nicht immer gegeben. Aber auch jene, die eine Pflegeausbildung haben, werden oft verkannt und geraten ins Abseits. In vielen Fällen werden die Ausbildungsabschlüsse der MigrantInnen nicht vollständig anerkannt. Nostrifikationsverfahren sind eine Prozedur, die lange dauern kann, da z.B. ein Ausbildungsjahr wiederholt werden muss (vgl. Hohmann, 2004, 22; Oldenburger, 2010, 20-21).

Die Anerkennung von Ausbildungsnachweisen orientiert sich an einer 5-stufigen Qualifikationsskala, wobei das Bildungsniveau und die Dauer der Ausbildung wesentliche Faktoren darstellen. Es wird in 5 Ausbildungsniveaus unterschieden:

- Niveau 1: Pflichtschulabschluss; gilt als Befähigungsnachweis für die Pflegehilfe
- Niveau 2: BMS oder Lehr- bzw. Fachausbildungsabschluss
- Niveau 3: Diplom über Berufsausbildung mit Hochschulreife (BHS) oder reglementierte Berufe wie Ausbildungsnachweis „Diplomierte Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege“
- Niveau 4: Diplom einer Berufsausbildung an Universität oder Fachhochschule mit 3-4-jähriger Dauer; postsekundäre Ausbildung auf gleichwertigem Niveau
- Niveau 5: Diplom einer Berufsausbildung an Universität oder Fachhochschule mit mind. 4-jähriger Dauer; postsekundäre Ausbildung auf gleichwertigem Niveau (vgl. Haider, 2010, 99-102).

Es wird bei der allgemeinen Anerkennung von Ausbildungsnachweisen primär auf die zeitliche Dauer der Ausbildung und die Ausbildungsinhalte geachtet. Bei substantiellen Unter-

schieden bezüglich Inhalt oder Umfang kann entweder ein Anpassungslehrgang bzw. eine Eignungsprüfung vorgeschrieben werden oder Defizite durch entsprechende Berufserfahrungen kompensiert werden. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit der Teilzeitausbildung, die aber die Qualität der Ausbildung nicht negativ beeinflussen darf (vgl. Haider, 2010, 101).

Da als Maßstab für die Bewertung der Ausbildungen ausländischer Pflegepersonen und dessen Niveau die österreichische Pflegeausbildung herangezogen wird, hat das zur Folge, dass akademische Abschlüsse wie „Bachelor of Nursing“ im Zuge des Nostrifikationsverfahrens nicht anerkannt wird, weil derartige Abschlüsse in Österreich nicht existieren. Berichten zufolge sind die Gefühle und Erfahrungen bezüglich Zugang zum österreichischen Arbeitsmarkt und der dafür notwendigen Nostrifizierung gemischt und unterschiedlich, da auch das Ausmaß an Prüfungen stark variiert. Es hängt vieles davon ab, woher, weshalb und wie man nach Österreich kommt. Falls man angeworben wurde oder im EU-Raum geboren wurde, werden Nostrifikations-Prozesse vereinfacht oder gar vollständig gelöst. Nostrifikation wird von den Behörden, aber auch von manchen Betroffenen als weitere Lernmöglichkeit des österreichischen Systems und als Chance, die Sprache besser zu lernen angesehen und durchaus positiv bewertet (vgl. Haider, 2010, 101; Karl-Trummer, 2010, 44).

Aber in vielen Fällen kommt es zu Unverständnis und Ärger. Warum die Qualität der Ausbildung im jeweiligen Land nochmals nachgewiesen werden muss, erscheint vielen als unlogisch. Es kommt auch fallweise vor, dass nicht immer ganz fair aufgrund divergierender Prioritäten entschieden wird. Beispielsweise wird die Praxis in Österreich höher bewertet als in anderen Ländern. Das merkt man auch an den Ausbildungsstunden in Pflegeschulen und nicht zuletzt auch daran, dass die Akademisierung und Verwissenschaftlichung nicht vorankommt, da Theorie einerseits nicht als so notwendig erachtet wird und andererseits das Bewusstsein für Forschung mit all den positiven Effekten auf die Praxis nicht ausgereift ist. Ausbildungen in anderen Ländern beinhalten oft auch humanistische Unterrichtsfächer wie Philosophie oder Literaturkunde, die in Österreich nicht angerechnet werden können. Außerdem wird kritisiert, dass die Staatsangehörigkeit als entscheidendes Kriterium gilt, wenn es darum geht, ob eine Person mit Migrationshintergrund dieselben Rechte und Pflichten hat wie eine Person österreichischer Herkunft, und dass ein Aufenthaltstitel nicht automatisch den Zugang zum Arbeitsmarkt gewährt (vgl. auslaender.at, 03.01.2012).

Es gibt genügend Fälle ausländischer Pflegepersonen in Österreich, deren gesamte Grundqualifikation nicht anerkannt wird. Eine Untersuchung von Karl-Trummer ergab, dass 20% der InterviewpartnerInnen nicht als diplomierte Pflegepersonen nostrifiziert wurden und in Positionen unterhalb ihrer eigentlich im Heimatland erworbenen Qualifikation arbeiten müssen. Jene Personen beschreiben ihre Nostrifizierung zur Pflegehilfe als einen schwierigen, langwierigen und bürokratischen Weg mit sprachlichen und finanziellen Hürden. So wird der parallel zu leistende Spracherwerb als große Herausforderung bezeichnet. Das Beispiel einer brasilianischen Interviewpartnerin zeigt auf, inwieweit das System veraltet ist und wo die Prioritäten liegen. Obwohl die gebürtige Brasilianerin eine Spezialausbildung zur OP-Schwester gemacht hat, ist sie in Österreich nur dazu befähigt, als Pflegehelferin zu arbeiten. Von einem Einzelfall kann nicht die Rede sein, da viele Interviewpartnerinnen von Dequalifizierung sprechen, was mit der nur teilweisen Nostrifizierung zu tun haben könnte. Ein problematischer Zustand, der von allen Interviewpartnerinnen beschrieben wurde, ist die Dequalifizierung durch eine „Arbeitslogik“, die mit den hiesigen Gesetzen einhergeht. Obwohl viele der ausländischen Pflegepersonen aus Polen, Ungarn, Bosnien-Herzegowina, China oder der Slowakei beispielsweise ein stärker an medizinischen Tätigkeiten orientiertes Arbeitsprofil durch die Ausbildung im Ausland erworben hätten, dürfen sie aufgrund der hier

geltenden Bestimmungen wichtige Qualifikationen in den Pflegebetrieb nicht miteinbringen. Jene Personen befürchten auch, nach langjähriger Arbeit in Österreich wichtige medizinische Tätigkeiten (wie z.B. Blut abnehmen) verlernt zu haben, um in ihr Heimatland wegen einer Arbeit zurückzukehren. Stattdessen arbeiten viele unter ihrem eigentlich Niveau, da die Nostrifikation falsche Maßstäbe und Prioritäten hat (vgl. Karl-Trummer, 2010, 44).

5. Kultur

Spricht man über Migration oder AusländerInnen, kommt man unweigerlich auch auf das Thema „Kultur“ zu sprechen. Kultur ist auch in der alltäglichen Pflege fester Bestandteil. Sei es im Umgang mit PatientInnen oder Pflegepersonen, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben, Kultur hat großen Einfluss auf unsere Interaktionen. Kulturbezogene Auffassungen können einerseits verbindend wirken, können aber auch zu Missverständnissen führen. Wenn MigrantInnen einer kulturellen Kategorie zugeordnet werden, kann das gerade im Pflegebereich zu negativ auswirkenden Verallgemeinerungen, Vorurteilen und Stereotypenbildungen führen. Deshalb ist es in Pflorgeteams besonders wichtig, den kulturellen Aspekt zu verstehen, damit eine positive Eingliederung im Sinne einer Integration Erfolg haben kann. Es gilt also auch Antworten zu zentralen Fragen zu finden. Warum ist Kultur so wichtig, was ist eigentlich das Elementare an Kultur und welche Bedeutung hat Kultur für die Pflege? Aber zuvor, was versteht man eigentlich unter dem Begriff „Kultur“?

5.1. Definition: Kultur

Viele ExpertInnen haben sich mit dem Thema Kultur auseinandergesetzt und so entstanden auch verschiedene Definitionen, die die Vielschichtigkeit dieses Begriffes vereinfacht darstellen sollen. Einigkeit besteht darin, dass Kultur in ihrer Komplexität viele Kernelemente hat, auf die sich der Großteil der Beschreibungen beziehen. Werte, Weltbilder, Sprache, Handeln, Denken, Wahrnehmen und sozialer Umgang sind wesentlich von Kultur geprägt bzw. haben Einfluss auf die kulturelle Identität (vgl. Tylor, 1903, 1; Thomas, 2003/2005, 22).

Der Begriff „Kultur“ ist breit gefächert, wofür es unzählige Definitionen gibt. Der amerikanische Psychologe Harry Tirandis sagt über Kultur beispielsweise: *„By culture I mean the human made part of the environment.“* (Tirandis, 1989, 506).

Kultur hat nämlich nicht den ausschließlichen Bezug auf „volksabhängige und soziale“ Merkmale wie Sitten oder Bräuche, sondern kommt in vielen Bereichen des Lebens vor. So wird Kultur oft synonym für Kunst oder Genuss verwendet (Ess- und Trinkkultur). Kultur definiert Edward Burnett Tylor als *„ein komplexes Ganzes von Glaube, Kunst, Gesetz, Moral, Brauch und jeder anderen menschlichen Fähigkeit und Haltung“* (vgl. Hirschberg, 1988, 269; Tylor, 1903, 1-5).

Kultur wird auch des Öfteren mit den inflationär gebrauchten Begriffen „Werte“ und „Normen“ einer Gesellschaft in Verbindung gebracht. Sie sind neben staatlichen Gesetzen sehr wichtige moralische Kategorien, die Menschen benötigen, da sie das gemeinsame Zusammenleben einer kulturellen Gesellschaft regeln. Es sind Codes, auf die man sich einigt, um möglichst gut miteinander auszukommen. Werte sind in der Kultur stark verankert, sie stellen die entscheidenden Elemente, sprich die Vorstellungen des Wünschenswerten, einer Kultur dar. Normen sind hingegen so etwas wie ethisch-moralische Richtlinien des Handelns (vgl. Hillmann, 1994, 615, 928; Böckenförde, 1976, 60-66).

Kultur wird aber auch dazu verwendet, um Unterscheidungs-, Ausgrenzungs- und Abgrenzungsmerkmale aufzuzeigen. Dabei kommt der Unterlegenheits- und Überlegenheitsgedanke zum Vorschein. Schon die Griechen und Römer benutzten in der Antike den Begriff Kultur, der sich in der Hochkultur widerspiegelte, um sich von „Barbaren“ abgrenzen zu kön-

nen. So wurde auch im Mittelalter nur dem Adel Kultur zugeschrieben, das einfache Volk war hingegen kulturlos (vgl. Dornheim, 2001, 30-31).

Dieses Denkmuster ist auch heute noch beobachtbar. Gesellschaften und insbesondere Individuen identifizieren sich mit der Kultur, der sie angehören, um sich von anderen abzugrenzen und zu verdeutlichen, dass die eigene Kultur dadurch höher gewertet wird. Dieses Phänomen ist auch von Medien und Politik erkannt worden und wird fallweise mittels populistischer Koketterie und Demagogie für politische Zwecke benutzt. Äußere Erscheinungsbilder werden dabei zur öffentlichen Bewusstseinsbildung hinsichtlich der kulturellen Differenzen herangezogen und lösen innerhalb der Gesellschaft Polarisierungen aus. Dabei ist es viel zu wichtig, nicht nur an der Oberfläche zu bleiben, sondern auch die tieferen Dimensionen von Kultur näher zu analysieren, um ein vielseitiges Gesamtbild zu bekommen und Typisierungen zu vermeiden.

Am Anschaulichsten beschreibt Geert Hofstede das Phänomen „Kultur“. Er vergleicht es mit einer Zwiebel, deren äußere Schicht alle sofort sichtbaren Symbole wie Sprache, Gesten, oder Kleidung enthält. Schält man die Zwiebel, kommt die zweite Schicht zum Vorschein, die jene Dinge enthält, die erst bei genauerem Betrachten auffallen. Dazu zählen beispielsweise Formen des Grüßens oder soziale und religiöse Bräuche. Die innerste Schicht wird erst durch intensiveren Kontakt sichtbar. Darin verbergen sich die Werte der Menschen, was als richtig oder falsch, gut oder böse bewertet wird. Damit verdeutlicht Hofstede, dass Kultur meist oberflächlich betrachtet wird, indem Bewertung anhand äußerlich Sichtbarem vorgenommen wird. Dabei ist es genauso wichtig tiefer zu gehen, damit man beispielsweise Menschen nicht ausschließlich aufgrund ihrer Sprache oder Gesten bewertet und Unterscheidungen vornimmt, sondern auch Gemeinsamkeiten im sozialen Umgang findet. Im Umgang mit Kultur wird gerne der Fehler begangen, das Allgemeine in den Vordergrund zu stellen und die Individualität zu vergessen. Daher sind gewisse Kulturdefinitionen etwas starr und einseitig (vgl. Hofstede 1997, 7-9; Scharmitzer, 2009, 21-25).

Dagmar Domenig kritisiert, dass dadurch Kulturen Veränderungsprozesse gänzlich abgesprochen wird, was in einer globalisierten Welt, die wir heute vorfinden, mehr als absurd erscheint.

„Gruppen können (...) so genannte Eigenschaften und Merkmale nicht fix zugeschrieben werden. Jedes Individuum konstruiert sich seine eigene Lebenswelt, die von biographischen Erfahrungen, äusseren Lebensbedingungen und soziokulturellen Hintergründen geprägt ist. Doch nicht nur die Lebenswelten selbst sind individuell geprägt, sondern auch der Blick auf das sogenannte Fremde ist vom eigenen Hintergrund beeinflusst. So gibt es keine rein objektiven Beobachtungen und Wahrnehmungen auf andere Lebenswelten.“ (Domenig, 2007, 169).

5.2. Kulturschock und die stufenweise „Anpassung“

Der amerikanische Anthropologe Kavalervo Oberg beschreibt diese Veränderungen und deren unvermeidbare und natürliche Konsequenzen als Kulturschock, der mit Gefühlen wie Entfremdung, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit und Trauer einhergeht (vgl. Oberg, 1960, 177).

Klischees tragen oft richtige Kernaussagen in sich, die pauschalierend auf ganze Gesellschaften übertragen werden können. So wird etwa in Deutschland viel Wert auf Gründlichkeit und Pünktlichkeit gelegt. In fernöstlichen Ländern würde diese Einstellung zu Unverständnis führen, da es kulturelle Differenzen und somit auch z.B. ein anderes Zeitverständnis gibt. Die Liste kulturbezogener Unterschiede, die neben anderen Gründen ebenfalls einen Kulturschock verursachen können, würde sich lange fortsetzen lassen. Der sogenannte Kulturschock findet in der zweiten Phase des vierstufigen Stufenmodells statt, das Oberg zur Beschreibung der Anpassung an eine fremde Kultur entwickelt hat. Dieses Stufenmodell trifft natürlich nicht auf alle MigrantInnen zu. Manche schaffen es nie bis zur vierten Phase und bleiben in der zweiten Phase stecken. Dennoch hat dieses Modell ihre Berechtigung und Akzeptanz, da viele MigrantInnen aufgrund von Erfahrungsberichten all jene vier Phasen durchleben, was die Basis für einen glücklichen und zukunftsreichen Aufenthalt im Zielland darstellt (vgl. Rommelspacher, 2005, 182-189; Oberg, 1960, 178-182).

Bevor es zum Kulturschock kommt, herrscht Euphorie bei den MigrantInnen. Diese Gefühlsregung wird als „Honeymoon“ (engl. für Hochzeitsreise) bezeichnet und beschreibt die erste Phase in diesem Stufenmodell. MigrantInnen nehmen interessiert vorerst (hauptsächlich) Ähnlichkeiten zwischen ihrer und der Kultur im Zielland wahr, sind voller Neugierde, Hoffnung und Vorfreude. In der zweiten Phase registrieren MigrantInnen mehr und mehr die Unterschiede und Missverständnisse zwischen der ihren und der neuen Kultur, was sich automatisch auf die Gefühlslage auswirkt. Die kontraproduktive Angst, die Verärgerung und die Unzufriedenheit mit der Situation führt dazu, dass die neue Kultur abgelehnt und seiner eigenen gewidmet wird, indem Kontakt zu Menschen aus dem eigenen Kulturkreis gesucht wird. Die unweigerliche Folge ist ein Kulturschock. In der dritten Phase („Recovery“) tritt ein Kompromiss zwischen der ersten Phase und der situationsbezogenen Realität ein. Die MigrantInnen sind über den Frust hinweg, sehen sich bereit, die neue Kultur anzunehmen und setzen sich damit auseinander, indem die Sprache erlernt wird und gewisse Verhaltensmuster übernommen werden. Die vierte Phase („Adjustment“) wird als Anpassung der MigrantInnen an die neue Kultur, die nicht nur akzeptiert, sondern auch geschätzt wird, beschrieben. Dabei kommt es zu einer Aneignung diverser kultureller Verhaltensnormen und Gepflogenheiten, die eine gesellschaftliche Eingliederung im Aufnahmeland einleitet. Die vierte Phase beschreibt schlussendlich die Einbettung eines zugewanderten Menschen in ein bestehendes System, dessen Gesellschaft sich kulturell zur ursprünglichen unterscheidet. Dieses Konzept mit all ihren Bedingungen und Prozessen wird auch Akkulturation genannt. Berry charakterisiert diesen Begriff durch vier verschiedene Ausprägungen: Integration, Assimilation, Segregation und Marginalisierung (vgl. Oberg, 1960, 177-182; Berry, Sam, 1997, 293-320; Berry, 1992, 72-73).

5.3. Eingliederung in die Gesellschaft: die 4 Akkulturationsergebnisse

5.3.1. Integration

Integration ist vom lateinischen Wort „integratio“ abgeleitet und bedeutet soviel wie „Erneuerung“. „Integrare“ heißt übersetzt „wiederherstellen“. Soziologisch gesehen, meint man mit Integration einerseits den Versuch der MigrantInnen, die eigene kulturelle Identität zu bewahren und andererseits das Bestreben, sich in der Aufnahmegesellschaft ein neues Netzwerk aufzubauen und der neuen Kultur offen gegenüber zu stehen. Den MigrantInnen

wird eine bikulturelle Identität abverlangt. Han beschreibt es anders und spricht von der „Pluralisierung der Gesellschaft“ als Folge, da „innerhalb der Mehrheitsgesellschaft ethnische Gruppen, die miteinander kooperieren und koexistieren müssen.“ (vgl. Esser, 1980, 14-22; Han, 2005, 237).

Zum Thema Integration, das sich zu einem Modewort und einem Schlüsselbegriff der Ausländerpolitik entwickelte, werden oft politische Debatten geführt, die aber aufgrund unterschiedlicher politischer Auffassungen der Parteien bezüglich des Begriffes weder zu Lösungsansätzen noch zu sachlichen Auseinandersetzungen, sondern zu Disharmonie und einem schlechten gesellschaftlichen Klima führen. Nicht nur weil es aufgrund der bestehenden Bedingungen und Voraussetzungen unrealistisch ist, sondern weil es auch ein Trugschluss ist, anzunehmen, sobald sich alle MigrantInnen integrieren würden, wären alle sozialen Probleme gelöst.

Dabei ist die kulturelle Identität der MigrantInnen bedroht, indem sie sich laut Habermas zwischen „völliger Selbstgleichheit“ und „chamäleonhafter Anpassung“ bewegt. Dabei sollte das Ziel der Integration sein, den eigenen Vorrat an Verhaltensweisen, Eigenschaften und Werten um jene Nützliche von außen zu ergänzen (vgl. Habermas, 1996, 13; Kolpatzik, 2006, 35).

Genau dieses Ziel kann man von der Makroebene auf die Mikroebene umlegen, denn was für eine Gesellschaft gilt, kann auch für eine kleine Gruppe, sprich ein Pflgeteam mit verschiedenen Individuen unterschiedlicher kultureller Herkunft zielführend sein. Denn auch hier ist das gegenseitige Lernen, das Ergänzen und die Bereicherung ein wesentlicher Aspekt gelungener Integration.

5.3.2. Assimilation

Assimilation („Ähnlichmachung“) ist eine Art der Akkulturation. Sie beschreibt die vollständige Anpassung der MigrantInnen an die Aufnahmegesellschaft in einem langsamen Prozess, indem zur Gänze mit der eigenen kulturellen und sozialen Identität gebrochen wird und sich alle Verhaltensmuster und Gepflogenheiten der neuen Kultur zu eigen gemacht werden. Man spricht auch von der kulturellen Absorbierung durch die Aufnahmegesellschaft, also der Mehrheitsgesellschaft. Hoffman-Nowotny spricht auch von einer Art Angleichung (vgl. Han, 2005, 236; Hoffmann-Nowotny, 1973, 171-179).

Die Forderung nach Assimilation zugewanderter Personen im Zielland geht zurück bis ins 19. Jahrhundert. Gerade in totalitären Systemen wie der Nazi-Diktatur und während der Kriegszeiten entstand ein Zwang, sich zu assimilieren. Die Verinnerlichung kultureller Gegebenheiten wie Sprache, Sitten, Bräuche, Geist und Identität wird dabei vorausgesetzt. Während ausländische Zuwanderer Assimilation aufgezwungen wurde, empfahl man einheimischen Auswanderern, z.B. deutsche Kolonien in Argentinien oder Brasilien, Heimatgefühle und kulturelle Identität zu wahren, da die damals noch jungen Staaten ihr nationales Denken und Gefüge vermitteln mussten. Ein Widerspruch, geprägt durch Patriotismus und Nationalstolz. Auch in der Nachkriegszeit, insbesondere im Zuge der Öffnung nationaler Grenzen innerhalb der EU, wurde der Ruf nach Assimilation wieder lauter. Gerade „rechte“ Parteien konnten davon profitieren, da sie eine Bedrohung durch Überfremdung bzw. anderer kultureller Einflüsse sahen und Angst in der Bevölkerung verbreiteten (vgl. Wicker, 2007, 49-50; Bastian, 1995, 128-140; Osterhammel, 2003, 19; Nelskamp, 2005, 17-18).

5.3.3. Segregation und Separation

Von Separation wird dann gesprochen, wenn MigrantInnen nicht bestrebt sind oder es nicht notwendig halten, die Kultur des Aufnahmelandes anzunehmen und damit von der Mehrheitsgesellschaft isoliert bleiben. Ein Fall von Segregation wäre es dann, wenn Isolation und Ausgrenzung von Minderheiten „durch die Macht der Mehrheitsgesellschaft bewusst“ herbeigeführt wird (vgl. Han, 2005, 237).

Diese Akkulturationsform betrifft meist große Migrationsgruppen, da sie die Möglichkeit haben, unter sich zu bleiben. Ein neues soziales Netzwerk aufzubauen oder die Sprache zu erlernen, ist aufgrund des engen Zusammenlebens nicht nötig. Bekannte Beispiele sind New Yorks‘ Viertel wie etwa „Chinatown“ oder „Little Italy“. In ethnisch segregierten Stadtteilen wird auf die spezifischen Bedürfnisse der MigrantInnen Rücksicht genommen und dementsprechende Infrastruktur installiert. Nachziehende Familien schützen noch zusätzlich vor der sozialen Isolation. Die Abschottung hat aber auch den Nachteil, dass die soziale Distanz zur heimischen Bevölkerung und zur Kultur im Aufnahmeland verstärkt wird, was wiederum zu Konflikten und Missverständnissen führt. Man muss dabei dennoch zwischen sozio-ökonomisch bedingter und ethnisch-kulturell bedingter Segregation unterscheiden (vgl. Häußermann, Siebel, 2001 (1), 28-42, (2) 72).

5.3.4. Marginalisierung

Die Marginalisierung beschreibt im Grunde genommen das Gegenteil von Integration. Im Zuge der Marginalisierung kommt es bei MigrantInnen einerseits zu einem Verlust des eigenen kulturellen Bewusstseins und andererseits schaffen MigrantInnen keinen Zugang zur Kultur des Aufnahmelandes, was dazu führt, dass marginalisierte MigrantInnen an den äußeren Rand (margin), sprich ins soziale Abseits, geraten. Entfremdung und Identitätsverlust sind die Folgen (vgl. Han, 2005, 237).

5.4. Konzepte für die Gesellschaft auf Makro- und Mikroebene

Diese Auseinandersetzung mit diesem Thema und die Erkenntnis daraus sind deshalb wichtig für die Arbeit, da diese Konzepte auch auf Mikroebene, also in Pflegeteams, angewendet werden können. Aufgrund der großen Anzahl von Pflegeteams mit Beteiligung ausländischer Pflegepersonen wird auch der Faktor „Kultur“ in der Pflege immer wichtiger. Folglich muss man zwischen multi-, inter-, trans- und intrakulturellen Gesellschaftskonzepten unterscheiden.

5.4.1. Multikulturalität

Eine multikulturelle Gesellschaft zeichnet sich dadurch aus, dass verschiedene Kulturen friedlich nebeneinander existieren (vgl. Uzarewicz, 2002).

Schulte assoziiert mit Multikulturalität im Gegensatz zu Uzarewicz nicht nur Positives, indem er feststellt: *„Innerhalb einer Gesellschaft bzw. einer staatlich organisierten Gesellschaft/Bevölkerung coexistieren mehrere Kulturen miteinander – sei es friedlich oder im Konflikt, sei es Nebeneinander oder in einem integrierten Miteinander.“* (Schulte, 1990, 5)

Die bloße Koexistenz bzw. das Nebeneinander der Kulturen führt dazu, dass Eigenes und

Fremdes auf Distanz gehalten werden und jede Art der Vermischung als nachteilig betrachtet wird (vgl. Awart, Touré, 2001; Fischer, 2009, 30).

Multikulturalität war ein oft verwendetes Schlagwort und wurde lange Zeit aus manch politischer Sicht als erstrebenswert angesehen. Es zeigt sich jedoch, dass ein sinnvolles und gutes Zusammenleben verschiedener Kulturen mit solch einem Konzept eher nicht möglich ist, da Parallelwelten entstehen (vgl. Lüsebrink, 2005, 16-20; Bolten, 2007, 59, 63-67; Boedeker, 2012, 30-32).

Für Pflorgeteams auf Mikroebene bedeutet das Wort „multikulturell“ in Bezug auf den Arbeitsplatz und das Arbeitsklima oft nur, dass es Teams gibt, die aus Pflegepersonen verschiedenen kulturellen Ursprungs bestehen. Damit wird nur die Oberflächlichkeit beschrieben, indem man deren Anwesenheit hervorhebt. „Multikulturell“ ist zu einem Modewort verkommen, das gerne von Führungspersonen verwendet wird, um Weltoffenheit und Toleranz auszustrahlen. Dabei sagt „multikulturell“ gar nichts über die Funktionalität von Interaktionen oder über den Erfolg innerhalb des Teams aus, da „multikulturell“ nur den Zustand einer Einrichtung, dass Personen verschiedener Kulturen eingestellt wurden, beschreibt. Gerade in der Altenpflege gibt es eine Heterogenität in Bezug auf die Herkunft der Pflegepersonen (vgl. Bachinger, 2009 (1), 38-40).

Eine multikulturelle Ausrichtung des sozialen Zusammenlebens ist weder eine Traumvorstellung noch ein erstrebenswertes Konzept einer funktionierenden kulturell vielfältigen Gesellschaft, da dieses Modell nicht ausreichend zu Ende gedacht ist und deswegen Fehlentwicklungen zu verantworten hat, aufgrund der parallelen Existenz verschiedener Weltbilder und des gegenseitigen Desinteresses langfristig zu Problemen führt und darüber hinaus kaum Austausch, der Toleranz und Offenheit zwischen den verschiedenen Gesellschaftsgruppen fördert, findet.

5.4.2. Interkulturalität

Bei interkulturellem Zusammenleben gilt der Leitsatz, dass zwar einerseits alle Menschen verschieden, aber im Grunde genommen auch gleich sind. Laut Larcher verfolgt das interkulturelle Modell das Ziel, dass jeder Mensch als Individuum von der Gesellschaft akzeptiert wird und alle Möglichkeiten hat, an der Gesellschaft teilzunehmen. Dieses Prinzip entspricht der Inklusion. Es wird dabei nicht so sehr die kulturelle Identität, sondern vielmehr der Mensch dahinter in den Vordergrund gestellt und alle Interaktionen mit eingeschlossen (vgl. Awart, Touré, 2001; Larcher, 2000; Von Allmen, 1991, 156 in Hinz-Rommel, 1994, 32; Fischer, 2009, 30; Maierhofer, (o. A.), 1-8, Poyraz, 2008, 7).

Die Diversität wird als Realität erkannt und führt zu einer positiven und angemessenen Auseinandersetzung mit Alltagswelten, Sprachen und Gewohnheiten. Die Begegnung zwischen zwei Kulturen mit all den positiven und negativen Aspekten wird hervorgehoben (vgl. Mecheril, 2008, 77; Rodrigo, 2003, 5; Fischer, 2009, 28-31; Boedeker, 2011, 32-33).

In Pflorgeteams spricht man von „interkulturell“, wenn auf die Interaktionen zwischen den kulturell unterschiedlichen Personen näher eingegangen wird. Der Pflegebereich besteht aus einer Vielzahl an Interaktionen, die wiederum zu einem wesentlichen Teil auf Kommunikation aufgebaut sind. Kultur spielt da natürlich eine große Rolle, wie anhand der transkulturellen Pflege noch näher erklärt wird. Der Begriff „interkulturell“ ist für die Pflege wesentlich aufschlussreicher als der Begriff „multikulturell“. Die Integration interkultureller Pfl-

geteams verlangt von Einrichtungen damit auch mehr, als die bloße Aufzählung von ArbeitnehmerInnen unterschiedlicher kultureller Herkunft (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, 19).

5.4.3. Transkulturalität

„Transkulturell“ bezieht sich vordergründig auf das Überschreiten von Grenzen und betont das Gemeinsame und Verbindende. Der wesentliche Unterschied zu „interkulturell“ ist, dass es keine explizite Auseinandersetzung mit Interaktionen gibt (vgl. Fischer, 2009, 31; Hinz-Rommel, 1994).

Der Begriff bezeichnet im Grunde genommen das „Weltbürgertum“, also die Möglichkeit hybrider oder auch gemischter bzw. fragmentierter Identitäten (vgl. Ertler, Löschnigg, 2004, 10; Habermann, 2003, 11-16, Fischer, 2009, 30-31).

Laut Welsch ist es auch vonnöten, dass in der heutigen Zeit Kulturen nicht mehr voneinander abgegrenzt betrachtet werden können, weil sie viel zu oft und zu sehr vermischt sind. Inter- und Multikulturalität beschreiben alle Kulturen hingegen als „voneinander abgegrenzte Wesenseinheiten“ (vgl. Domenig, 2007, 172-173; Welsch, 1999, 51-55).

In Pflegeteams wird mit „transkulturell“ die Individualität des Einzelnen hervorgehoben, dessen kultureller Background wird zwar wahrgenommen und ernst genommen, gerät aber wortwörtlich in den Hintergrund, da das Überwinden der Grenzen zwischen den Kulturträgern Priorität hat. Petra Dachs meint, dass das Konzept der „transkulturellen Pflege“ den Pflegebetrieb am besten entspricht, da aufgrund einer globalen Welt die kulturellen Grenzen immer mehr vermischen und ein offener Umgang mit kulturellen Werten von zentraler Bedeutung ist. Die Pflegeperson muss kulturspezifisch anerkannt werden und auch außerhalb des kulturellen Kontextes wahrgenommen werden. Aufgrund diverser Definitionen dieser verschiedenen Pflege-team-Varianten wird in dieser Arbeit ebenfalls davon ausgegangen, dass ein transkulturelles Pflege-team das Ziel einer guten Zusammenarbeit darstellen sollte. Domenig versteht unter transkulturellem Handeln eine Selbstreflexion der Lebenswelt. Einerseits sollen die eigenen Vorurteile erkannt werden und andererseits die Empathie aufbringen, sich in einen anderen Menschen vorurteilsfrei hineinzusetzen (vgl. Jana, 2004, 5; Dachs, 1999, 8; Domenig, 2007, 174).

5.4.4. Intrakulturalität

Redder und Rehbein beschreiben Intrakulturalität auch als Interkulturalität im weiteren Sinne. Hier unterscheidet sich zur Interkulturalität darin, dass es sich um ein Aufeinandertreffen von zwei oder mehreren Personen handelt, die zwar der selben Kultur angehören, aber ein anderes Verständnis davon haben. Intrakulturalität tritt somit innerhalb eines Kulturkreises auf (vgl. Knapp-Potthoff, Liedke, 1997, 7).

5.5. Staatenlösungen

Bisher war nur die Rede von unterschiedlichen Gesellschaftskonzepten und Vorstellungen, wie ein Zusammenleben von verschiedenen Kulturen gelingen kann. Dennoch haben Staaten unterschiedliche Ansätze wie sie mit dem Thema umgehen, was wiederum auch auf die Ein-

stellung der breiten Bevölkerung zurückzuführen ist. Die Eingliederung von MigrantInnen in die Gesellschaft ist ein vielfältiger und vielschichtiger Prozess, der auch von den Erwartungen und Ansprüchen der Bevölkerung des Aufnahmelandes beeinflusst wird. Es darf der Akkulturationsprozess nicht nur aus der Perspektive der MigrantInnen betrachtet werden. Auch die Mehrheitsgesellschaft ist gefordert, damit eine Eingliederung erfolgreich gelingen kann. Der Eintritt muss von der neuen Gesellschaft gewährt und nicht verweigert werden, da sonst durch Ablehnung und Geringschätzung MigrantInnen in ihrer Würde verletzt werden, was wiederum zu Verunsicherung, Selbstzweifel oder sogar zum Kulturschock führt. Damit ist gemeint, dass durch gegenseitige Annäherung, Wertschätzung und dem Erkennen von Gemeinsamkeiten und Unterschieden beidseitig viel unternommen werden kann, damit eine Eingliederung trotz vieler Hürden und Probleme einen gesellschaftlichen Mehrnutzen hat. Hier kann somit ebenfalls eine Parallele zum Pflegealltag hergestellt werden, da österreichische und ausländische Pflegepersonen in einem Pflgeteam einerseits die Aufnahmebevölkerung und andererseits die einzugliedernden MigrantInnen repräsentieren.

5.5.1. „Widersprüche“ zwischen restriktiven Zuwanderungsgesetzen und liberalen Gesellschaftskonzepten

Staaten haben unterschiedliche Konzepte, wie die Eingliederung von MigrantInnen geregelt werden soll. Das ist auf der einen Seite eng mit deren Geschichte verbunden und auf der anderen Seite abhängig von der Aufnahmebevölkerung und deren Einstellung. Deshalb muss klar zwischen Gesellschaftskonzepten und Aufnahmegesetzen unterschieden werden, da Einwanderungsländer nicht gleichbedeutend mit Multikulturalismus und liberalen bzw. toleranten Aufnahmekriterien ist. Prinzipiell ist zu sagen, dass Industrieländer hohe Zuwanderungsschranken und restriktivere Gesetze für Zuwanderer haben (vgl. Wicker, 2007, 50-58; Cornelius, 1994; Jacobson, 1996; Sassen, 1996, 59-99).

Das betrifft sogar Großbritannien (trotz Commonwealth), Frankreich (trotz mehrerer Kolonien) oder Spanien und Portugal (trotz der sprachlichen und kulturellen Verbundenheit mit Lateinamerika). Obwohl die Geschichte zeigt, dass auch Österreich während der habsburgischen Monarchie einst ein Vielvölkerstaat war, gilt Gleiches auch hier. Selbst in den USA, das in der breiten Öffentlichkeit eher als freies und offenes Einwanderungsland gilt, werden MigrantInnen eher dazu angehalten sich zu assimilieren, damit sie in der Gesellschaft Chancen und Anerkennung erhalten (vgl. Wicker, 2007, 50-58; Ostendorf, 2007, 20; Esser, 2003, 5-22; Pelinka, Rosenberger, 2007, 24-27).

In der Nachkriegszeit entstanden in Europa neue soziale Bewegungen wie z.B. Bürgerbewegungen, die die Idee des Multikulturalismus, indem man sich mit Minderheiten solidarisierte, noch zusätzlich vorantrieben. In manchen westlichen Staaten wurde lange davor bereits Multikulturalität als Ziel definiert, aber aus unterschiedlichen Motiven. Die Quebec-Separation als Hintergrund für die normativen Sozialtheorien des Multikulturalismus von Charles Taylor und Will Kymlicka sind auch heute noch wichtige Erklärungsansätze zur Entstehung des Multikulturalismus. Daneben entwickelten sich die post-kolonialen Theorien, fokussiert auf Großbritannien und die Commonwealth-Staaten. Hinzu kam die Rotationsmigration, die sich nicht nur in Österreich und Deutschland, sondern auch in anderen Staaten wie die USA entwickelte (vgl. Wicker, 2007, 50-58; Ostendorf, 2007, 8; Rex, 1996; Werbner, Modood, 1997; Baumann, 1999).

Nachdem das Rotationsmodell zunächst als temporäre Lösung galt, war Assimilation kein Thema. Ganz im Gegenteil, viele ArbeitsmigrantInnen hatten sich ihre Herkunftsidentität

bewahrt und so bildeten sich ethnische Minderheiten, da ein Gutteil der MigrantInnen permanent in den Arbeitszielländern blieben und ihre Familien nachholten. Während der Zeit des kalten Krieges kümmerte man sich im Westen an den Grenzen zum Osten um die Flüchtlinge, denen es gestattet war sich unter Beibehaltung ihrer kulturellen Identität im Zielland niederzulassen. Die Idee, Integration durch getrennte kulturelle Entwicklung zu fördern, damit sich die kulturelle Identität stärkt, was wir heute als Multikulturalismus verstehen, setzte sich in vielen Länder Europas durch. Ein Konzept, das vielerorts im Laufe der letzten Jahre überdacht wurde (vgl. Wicker, 2007, 50-58).

In Europa gibt es heute unterschiedliche Eingliederungsmodelle. England und die Niederlande beispielsweise leben den Multikulturalismus vor. Dieser hat aber eine längere Geschichte und funktioniert in weiten Teilen sehr gut, hat aber auch dazu geführt, dass rechtspopulistische Parteien (sind in fast allen europäischen Ländern etabliert) einen hohen Zulauf erhalten haben. In England beispielsweise wird der Multikulturalismus laut Hansen auch in Zukunft bestehen bleiben, weil er die gesellschaftliche Realität aufzeigt, die breite Bevölkerung dahinter steht und die Mehrheit der Einwohner der Ansicht ist, dass die kulturelle Identität nicht aufgegeben werden sollte. In Frankreich hat man hingegen den Republikanismus als egalitäres System, das sich durch den Laizismus auszeichnet, integriert. Frankreich zeigt sich damit gegenüber Zuwanderern aus ehemaligen Kolonialländern offen, kulturelle Identitätsmerkmale sind in der Öffentlichkeit jedoch unerwünscht. Österreich hat im Gegensatz dazu noch immer Schwierigkeiten, sich als Einwanderungsland zu definieren, obwohl alle Indizien und Bevölkerungskennzahlen dafür sprechen (vgl. Wicker, 2007, 50-58; Hansen, 2007, 1-12; Ersanili, 2007, 1-10; Reinprecht, Weiss, 2008, 157).

5.5.2. Geburtsortsprinzip vs. Abstammungsprinzip

Außerdem macht der Unterschied zwischen dem Ius soli-Modell (Geburtsortsprinzip) und dem Ius sanguinis-Modell (Abstammungsprinzip) ebenfalls deutlich, wie sich ein eng begrenztes Nationaldenken in vielen Fällen auch auf den Umgang mit MigrantInnen und deren Eingliederung auswirkt bzw. welche Staaten sich tendenziell als Einwanderungsländer deklarieren. So vertreten z.B. Großbritannien, Frankreich, die USA, Kanada, Australien und Neuseeland das Ius soli-Modell (oder zumindest eine Modifizierung des Modells), das jeder Person, die auf nationalem Boden geboren wurde, unabhängig welcher Nationalität sie angehört, Bürgerrechte zuspricht (Geburtsortsprinzip). Das weltweit häufigere Ius sanguinis-Modell, das die Weitergabe von Bürgerrechten nur durch Abstammung erlaubt (Abstammungsprinzip), wird z.B. in Deutschland und auch Österreich praktiziert. Damit sind Kinder von österreichischen Eltern automatisch auch österreichische Staatsbürger. Dieses Modell ist nationalistischer orientiert, da die Volkszugehörigkeit und die kulturelle Identität hochgehalten wird, was auch zur Folge hat, dass Assimilation oft als Voraussetzung für Einbürgerungen, die auch noch viele andere Bedingungen mit sich bringt, gilt. In Europa wird hauptsächlich das Geburtsortsprinzip angewendet, was auch mit der jüngsten Geschichte zu tun hat. Schließlich war Europa in einem verheerenden Krieg, die Staaten mussten sich teilweise wieder neu entwickeln. Dadurch wurde zusätzlich das Nationendenken der jeweiligen Staaten gestärkt. Ausgenommen sind jene Länder, die beispielsweise durch den Besitz von Kolonien kulturelle Vielfalt seit langer Zeit als normal und natürlich ansehen oder jene Staaten, wie die USA oder Australien, deren Geschichte stark mit der Ab- und Zuwanderung aus anderen europäischen Staaten zusammenhängt (vgl. Wicker, 2007, 51-52; Münz, Ulrich, 2001, 188-200; Green, 1999, 1-21; Ziemske, 1995, 333-388).

6. Pflege im Allgemeinen

Nachdem die vielseitige Rolle von MigrantInnen in der Gesellschaft besprochen wurde und das Verständnis für die Zusammenhänge auf höherer Ebene Voraussetzung für eine tiefere Auseinandersetzung darstellt, gerät nun die Pflege und später im Kontext mit Migration in den Fokus. Viele Parallelen wurden bereits von der Makro- und Mesoebene auf die Mikroebene, also auf die Pflegepersonen und Pflgeteams, gezogen. Die Integration ausländischer Pflegepersonen in der Pflege, insbesondere der Altenpflege, beeinflusst viele Felder im Pflegebereich. Es erscheint beispielsweise als logisch, sich mit transkultureller Pflege oder Push- und Pullfaktoren für ausländische Pflegepersonen auseinanderzusetzen, da hier ein direkter Zusammenhang und Einfluss besteht. Es ist aber genauso wichtig, die Ausbildungsmöglichkeiten im Pflegebereich zum Thema zu machen, da diesbezügliche Defizite Auswirkungen auf die Attraktivität des Berufsfeldes und in weiterer Folge Einfluss auf das Personalangebot, das Niveau der Pflege und die Qualität der Pflgeteams haben. Wie man bereits erahnen kann, hängen viele Faktoren miteinander zusammen.

6.1. Definition: Pflegebedürftigkeit/pflegebedürftige Menschen

Auch für die Rolle der PatientInnen gibt es verschiedene Begrifflichkeiten, die immer von der Perspektive der BetrachterIn abhängt. So ist manchmal die Rede von KundInnen, KlientInnen oder PatientInnen. Ich habe mich auch im Sinne der Geschlechtsneutralität und der Wertfreiheit für den Begriff „Pflegebedürftige“ oder „pflegebedürftige Menschen“ entschieden. Wenn jemand der Pflege bedürftig ist, werden Menschen benötigt, die dieses Bedürfnis befriedigen. Auch im Kontext der später zu führenden Diskussion um Bedarf, Nachfrage und Angebot von Pflegepersonen ist dieser Begriff sehr aussagekräftig.

In Österreich gibt es keine konkrete gesetzliche Definition für Pflegebedürftigkeit. Wenn man davon ausgeht, dass 2005 in Österreich rund 540.000 pflegebedürftige Personen lebten und aktuell sich die Zahl auf mehr als 800.000 erhöht hat, ist hier dringender Nachholbedarf (vgl. Gensluckner, Holzer, 2005, 6).

Denn eine ordentliche Definition von Begriffen kann vor Diskriminierung und Benachteiligungen schützen.

In Deutschland gilt jemand im Hinblick auf die Pflegeversicherung als pflegebedürftig, der *„wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich jedoch für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“* (Sozialgesetzbuch § 14 Abs. 1 SGB XI; Osterheider, 2011, 222)

6.2. Definition: „Care“ und „Nursing“

Madeleine Leininger: *„Was Menschen hauptsächlich benötigen, um sich zu entwickeln, um gesund zu bleiben, um Krankheiten zu vermeiden, um zu überleben oder um mit dem Sterben zurechtzukommen, ist human care, die menschliche Fürsorge.“* (Leininger, 1998, 25; Schinnerl, 2011, 31)

Leininger spricht von „Human Care“, das sich laut Domenig nur schwer übersetzen lässt, weshalb sich auch der Begriff „Care“ in der Pflege etabliert hat. Damit meint Leininger die für die Pflege so unabdingbare menschliche Fürsorge, die in jeder Kultur (anders) ausgeprägt zu finden ist (vgl. Domenig, 2007, 168).

Leininger weiter: *„Unter professioneller Pflege (nursing) verstehe ich den erlernten, humanistisch ausgerichteten und wissenschaftlich fundierten Beruf und die entsprechende (wissenschaftliche) Disziplin, die die Phänomene menschlicher Fürsorge zum Gegenstand haben, mit denen Menschen Einzelpersonen oder Gruppen helfen, sie unterstützen, es ihnen erleichtern oder sie dabei fördern, ihr Wohlbefinden (oder ihre Gesundheit) auf kulturell sinnvolle und positive Weise zu erhalten oder sie wiederzuerlangen oder mit Behinderungen oder dem Tod besser umzugehen.“* (Leininger, 1998, 73; Lauber, 2001, 114)

„Care“ und „Nursing“ sind zwei starke Begriffe, die die beiden separaten Teile der Pflege sehr gut auf den Punkt bringen. Sie sind für eine allumfassende Pflege eines pflegebedürftigen Menschen notwendig und ergänzen sich zudem auch noch. Da Leininger diese zwei Begriffe geprägt und klare Definitionen gefunden hat, ist es nur logisch, auch ihre ursprüngliche Bedeutung zu übernehmen.

6.3. Definition: „Support“ und „Assistance“

Als „Support“ wird in dieser Arbeit die Unterstützung bei alltäglichen Aktivitäten in der Altenpflege verstanden, die nicht in engem Zusammenhang mit „Nursing“, sondern mit „Care“ stehen.

Orem beschreibt „Assistance“ als eine Aufgabe von Pflegepersonen, indem sie den PatientInnen Hilfe zur Selbsthilfe geben und beistehen, wenn Menschen nicht im Stande sind, sich selbst zu pflegen, ohne dabei die Autonomie des Menschen zu verletzen. Für „Assistance“ ist professionelle Pflege notwendig und steht damit in engem Zusammenhang mit „Nursing“ (vgl. Orem, 1959, 5).

6.4. Professionelle Pflege und Fürsorge in Theorie und Praxis

Der Begriff „Pflege“ hat viele Definitionen und wird durch verschiedene Theorien und Modelle, die u.a. auf die Aktivitäten von Pflegepersonen abzielen, genau beschrieben. Darauf, u.a. auch auf die Theorie „transkultureller Pflege“ von Madeleine Leininger, die meiner Meinung nach für meine Arbeit wohl am wichtigsten ist, wird anschließend noch näher eingegangen.

Obwohl in diesem Abschnitt das Thema Pflege und insbesondere das Thema Altenpflege näher beleuchtet werden soll, würde eine Analyse aller wichtigen Pflegetheorien zu weit führen und nicht viel zu meiner Arbeit beitragen. Dennoch muss ich aus einer Vielzahl an Definitionen jene auswählen, die für mich am aussagekräftigsten sind.

Sr. Liliane Juchli sagt, pflegen bedeute im ursprünglichen Sinne, sich für etwas einzustehen, sich für etwas einzusetzen. *„Heute braucht die Pflegewissenschaftlich geschulte Frauen und Männer: Ohne sie gibt es keine berufliche Eigenständigkeit und keine wirkliche Professio-*

nalität. Zugleich gilt es jedoch die *Qualität im konkreten Pflegealltag zu fördern. Beides ist zukunfts wichtig.*“ (Juchli, 23.04.2012)

Damit betont sie einerseits auch die wichtige Bedeutung der Integration von Wissenschaft in der Pflege, um Professionalität zu gewinnen und Qualität anbieten zu können, und die notwendige Entwicklung eines eigenständigen Berufsbildes. Andererseits kann man diesen Zeilen auch entnehmen, dass sie um den Zustand der Pflege und deren Image in der Gesellschaft besorgt ist, da Pflege immer noch als Assistenzberuf, als „verweiblicht“ und „verschult“, für den die „angelernte“ Fürsorge ausreichend ist, betrachtet wird und seitens der Politik zu wenig unternommen wird, um dieses Bild zu korrigieren und attraktiver zu gestalten.

Heute verbindet man mit Menschen, die pflegen, jemanden, der sich um einen sorgt. Pflegen verfolgt das Ziel, sich um einen Menschen zu kümmern, ihn zu behüten, ihn wieder gesund zu machen. Damit ist an Pflege gleichzeitig auch eine Verantwortung geknüpft, die nur Menschen mit speziellen Fähigkeiten abverlangt werden kann, damit das Ziel auch erreicht wird. Obwohl damit gesagt wird, dass Pflege genauso wie in anderen Berufsbranchen auch Professionalität erfordert, gibt es auch die Laienpflege (pflegende Angehörige), die sich zur professionellen Pflege hinsichtlich eines Defizits an fundierten theoretischen und praktischen, durch eine Ausbildung erworbenen Wissen unterscheidet. Für die Altenpflege ist dieses Wissen von großer Bedeutung und Grundvoraussetzung für die Ausübung. In Österreich werden Pflegebedürftige zu einem Großteil zu Hause von Familienangehörigen gepflegt (vgl. Ungerson, 1997, 362-380).

Dennoch wird in dieser Arbeit nicht auf die reine Betreuung pflegebedürftiger Menschen, sondern vordergründig auf die professionelle Pflege von ausgebildeten Pflegepersonen, die immer mehr an Bedeutung gewinnt, Bezug genommen, ohne dabei die Leistungen von den vielen LaienpflegerInnen schmälern zu wollen. Aufgrund des Themas wird insbesondere auf die „transkulturelle Pflege“ von Leininger noch stärker eingegangen.

Henderson beschrieb die Aufgabe von Pflegepersonen folgenderweise:

„The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge. And to do this in such a way as to help him gain independence as rapidly as possible.“ (Henderson, 1961/1991, 21)

Da die Autonomie der PatientInnen immer gewahrt werden soll, beschreibt Henderson hier einen sehr zentralen Punkt der Pflege, nämlich einerseits die Hilfe zur Selbsthilfe und andererseits die Unterstützung bei Tätigkeiten, die die PatientInnen bei gesundheitlich besserem Zustand machen würden. Henderson wies auch auf den spezifischen Gegenstand der Pflege hin, auf den Bedarf („need“) eines Menschen, der in seiner Autonomie eingeschränkt ist und deshalb Unterstützung zur dessen Wiedererlangung benötigt.

Laut American Nurses Association ist die Bedeutung von „pflegen“ die Diagnose und Behandlung bestehender oder möglicherweise auftretender Gesundheitsprobleme, die bei Menschen auftreten (vgl. American Nurses Association, 1980, 9)

Die tagtägliche Arbeitsleistung von Pflegepersonen basiert auf psychischer sowie physischer Belastbarkeit und sozialem Engagement, das von Empathie und Sensibilität geprägt ist. Jede Pflegeperson muss sich darüber hinaus ihrer Verantwortung bewusst sein, da pflegerische Tätigkeiten für das Gemeinwohl einer Gesellschaft im Allgemeinen und für die Genesung oder das Wohlbefinden eines jeden einzelnen Pflegebedürftigen im Besonderen von großer Bedeutung ist. Die Weltgesundheitsorganisation sieht die zentrale Aufgabe der Pflege in der Unterstützung von kranken, aber auch gesunden Menschen durch Schutz von Gesundheit und vor Krankheit. Weiter zählt auch die Hilfe und Unterstützung eines Pflegebedürftigen bei der Bewältigung einer Lebenssituation, die von Krankheit und Sterben geprägt ist, ohne dabei die Autonomie des Pflegebedürftigen zu verletzen (vgl. WHO, 1995, 14).

Eines haben Migration und Pflege im Kern gemeinsam, denn auch die Pflege gibt es schon seit Menschengedenken. Theorien zur Pflegearbeit gibt es im Vergleich dazu noch nicht so lange, sie entstanden ab 1950 und haben ihren Ursprung in den USA, wo frühzeitig versucht wurde, Pflege zu professionalisieren (vgl. Mocker, 2006, 3; Stemmer, 2003, 51).

In diesen 6 Jahrzehnten wurden viele Theorien und Modelle entwickelt, die aber nicht unumstritten sind, da ihnen vorgeworfen wird zu wenig praxisbezogen, zu wenig empirisch oder zu allgemein verfasst worden zu sein. Schröck ist der Meinung, dass die meisten Pflegetheorien ungeeignet für eine Praxisdisziplin sind. Bei aller Kritik ist man sich dennoch einig, dass Pflegetheorien beispielsweise für den Entwicklungsprozess der professionellen Pflege notwendig sind, aber zukünftig so ausgelegt werden müssten, damit ihnen für die Pflegearbeit mehr Relevanz zuteil werden (vgl. Meleis, 1999; Moers, 1997, 280-290; DeKeyser, Medoff-Cooper, 2001, 330-331; Schröck, 1997, 41-45; Weidner, 2003, 23; Moers, Schaeffer, 2000, 62; Stemmer, 2003, 51-52).

Hildegard Peplau hat für die Pflege Pionierarbeit geleistet. Sie veröffentlichte 1952 eine Arbeit, die den Ansatz der „psychodynamischen Krankenpflege“ hatte und sieht die Aufgabe der Pflegenden darin, Voraussetzungen für Gesundheit zu schaffen, indem sie die Persönlichkeit der PatientInnen fördern. Virginia Henderson baute auf Peplaus‘ Theorie auf und sah das Ziel der Pflege in der Rückeroberung der Unabhängigkeit der PatientInnen, damit die Grundbedürfnisse, die später von Nancy Roper als „Lebensaktivitäten“ definiert und beschrieben wurden, selbst befriedigt werden können (vgl. Hein, 2007, 5).

Pflegedefinitionen von Pflegetheoretikerinnen haben sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede im Bezug auf Ansatz und Ausrichtung. Der Patient stellt zwar den Mittelpunkt vieler Pflegemodelle dar, die Zugänge variieren jedoch. So war der Fokus für die Theoriebildung auf dem Gesundheits-, Krankheits- und Krankenrollenverhalten gerichtet (vgl. Mechanic, 1962, 189-194; Kasl, Cobb, 1966; Schröter, 2005, 10).

Dorothea Orem vermeidet in ihrer Definition das Wort „krank“ und „Krankheit“ und setzt damit die „Selbstfürsorgekompetenz“ als den zentralen Punkt ihrer Theorie: „*The inability of people to care for themselves at times when they need assistance because of their state of personal health.*“ (Orem, 1959, 5)

Sie hat, so gesehen, einen positiven Ansatz, da mit Krankheit immer auch Negatives assoziiert wird. Indem sie als Ziel die Selbstpflege, also die Wiederherstellung der Patientenautonomie durch eigene Kraft und Forderung der Pflegeperson, über die professionelle Pflege stellt. Sr. Liliane Juchli, die ihrerseits das Pflegemodell von Nancy Roper und die Erkenntnisse von Henderson als Basis heranzog, meint hingegen, dass Pflege sich nicht nur an den

Gesunden, sondern auch an den Kranken richtet, daher auch der Begriff „Gesundheits- und Krankenpflege“. Damit stellt Pflege die Grundlage für Prävention und Kuration dar. Außerdem ist für Juchli „die grundlegende Motivation der Pflege“ der „Mitmensch“ und sie definiert die Pflege als „Hilfe zur Selbsthilfe“, was allgemein für die Pflege gilt, aber speziell für die Altenpflege höchste Priorität hat. Frei nach Juchli gilt die Befriedigung von Bedürfnissen als gute Pflege und als Checkliste dafür dienen ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens). Die Ausgangslage, die darauf beruhenden Aufgaben und die Zielbeschreibung weisen Schnittstellen auf, die Perspektiven sind dennoch sehr verschieden. (vgl. Hein, 2007, 6; Juchli, 1997, 10ff).

Travelbee spricht hingegen von „assistance“ (Beistand) und meint damit, dass Pflegepersonen die Aufgabe haben, Patienten beizustehen, da diese aufgrund ihrer Krankheit ihr Leben und das Leid nicht autonom bewältigen können. Ihrer Meinung nach reicht Fürsorge und das technische Management, die für die Gesundung eines Menschen nötig ist, nicht aus. Rogers hat wiederum einen holistischen Zugang und ist gegen die Trennung von Körper und Geist. Für sie ist es notwendig, dass Pflege in ihrer Gesamtheit gesehen werden muss, da das Um- und Engerriefeld, das die PatientInnen umgibt, großen Einfluss auf deren Gesundheitszustand hat (vgl. Rennen-Allhoff, 2000, 40-42; Meleis, 2011, 258-264).

Madeleine Leininger spricht in Bezug auf Pflege von „Förderung und Erhaltung des Gesundheitsverhaltens“ und „Genesung von Krankheiten“, die durch ein wissenschaftlich fundiertes Pflegeverhalten erreicht werden soll. Virginia Henderson bezieht sich in ihrer Definition auf die Pflegeperson, die ihrer Beschreibung nach die Aufgabe hat, Handlungen zu vollziehen, die die Gesundheit der PatientInnen wiederherstellen sollen. Sie betont weiters, dass die Pflegeperson nur jene Tätigkeiten vornimmt, die die PatientInnen selbst auch ausführen würden, wenn sie dazu in der Lage wären. Somit „unterstellt“ sie den PatientInnen gesund werden zu wollen. Ihr ist ebenfalls die Hilfe zur Selbsthilfe, die sie mit der Wiedererlangung der Unabhängigkeit umschreibt, sehr wichtig. Erwin Böhm richtet den Fokus beim Pflegen viel mehr auf den Menschen, der unter den Bedingungen von Krankheiten leben muss, als auf die Krankheit an sich. Ihm geht es darum, dass die PatientInnen in ihrer labilen Situation dennoch die Autonomie behalten, indem Pflegepersonen sie nicht entmündigen, sondern sie fordern und fördern handlungsfähig zu bleiben (vgl. Leininger, 1984, 4-5, 1995, 58ff; Henderson, 1960; Schäffler, 2000, 11; Böhm, 1992, 18ff).

Ein Ansatz, der auf die intensive Interaktion mit unterschiedlichen PatientInnen, auf die in der Pflege so unverzichtbare soziale Intelligenz und folglich auf die Individualität jedes Einzelnen eingeht, kommt dabei etwas zu kurz. Schließlich ist die Einfühlsamkeit, die Fürsorge und die zwischenmenschliche Auseinandersetzung mit dem Interaktionspartner in einem sozialen Beruf wie der Pflege unumgänglich. Das gilt für den Umgang mit PatientInnen sowie mit KollegInnen im Pflorgeteam, worauf später noch genauer Bezug genommen wird.

Leininger meint, dass neben der professionellen Pflege („nursing“) auch die Fürsorge („care“) um die Pflegebedürftigen ein zentraler Punkt ist. *„Die menschliche Fürsorge stellt den Kern professioneller Pflege dar und ist ihr zentraler und dominierender und regulierender Mittelpunkt.“* (Leininger, 1998, 60)

Neben der besonderen Bedeutung der professionellen Komponente in der Ausübung der Pflege darf die eigentliche Fürsorge, die u.a. auf Empathie, soziale Intelligenz und Emotionen beruht, dennoch nicht vergessen werden. Nur Menschen, die eine Genugtuung darin sehen, anderen der Pflege bedürftigen Menschen zu helfen und im Genesungsprozess beizu-

stehen, die ihre Arbeit trotz der widrigen Umstände und Arbeitsverhältnisse innerhalb der Branche schätzen, da sie der Gesellschaft einen Dienst erweisen, sind auch fähig, diesen Beruf auch erfolgreich und langfristig auszuüben. Dadurch entsteht zwangsweise auch eine intensive Nähe zu PatientInnen, die auch „negative Effekte“ haben kann. Das trifft am allermeisten auf die Altenpflege zu, wo dieser Umstand aufgrund des absehbaren Ablebens der Pflegebedürftigen hinsichtlich ihres Alters erschwerend hinzu kommt. Dennoch ist Pflege ein sozialer Beruf, der nicht zu einer Art „Fließbandarbeit“ mutieren darf. Deshalb ist für das Wohlergehen des Pflegebedürftigen eine pflegerische Nähe mit allen umfassenden Notwendigkeiten, die damit einhergehen, von großer Bedeutung. Um langfristig negative Auswirkungen zu vermeiden, ist unter anderem auch eine Bewältigung und Kommunikation innerhalb des Teams nötig, was die Funktionalität der zwischenmenschlichen Ebene in einem Pflegeteam erneut auf den Prüfstand stellt.

„Pflege kann wie viele andere soziale Prozesse nicht isoliert als rein kognitiv erlernbar gesehen werden. Die Individualität jedes einzelnen Menschen zu sehen und sich zu bemühen, dieser gerecht zu werden, ist eine Voraussetzung für Professionalität.“ (Schulze-Rostek, 2002, 151)

Schulze-Rostek geht zwar in diesem Zitat nicht näher auf die Tätigkeiten einer Pflegeperson ein, aber auf die Gewährleistung einer funktionierenden zwischenmenschlichen Interaktion durch soziale Faktoren wie Humanität, Empathie, Respekt oder Toleranz. Ein Großteil aller pflegerischen Tätigkeiten basiert auf dieser zwischenmenschlichen Ebene und folglich stellt diese einen wichtigen Bestandteil der Pflege und eine Grundvoraussetzung für Pflegepersonen dar. Leininger spricht in Bezug auf Fürsorge vom universellen Merkmal der professionellen Pflege, das in allen verschiedenen Kulturen zum Vorschein kommt. Dachs weist hingegen darauf hin, dass es dafür keine wissenschaftlichen Belege gäbe (vgl. Leininger, 1998, 49; Dachs, 1999, 65).

Die enge Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen, aufgrund räumlicher und körperlicher Nähe, macht aus fremden Menschen nach kurzer Zeit Vertraute. Die emotionale Verbundenheit, durch die Gefühle wie Ängste, Schwächen, Hilflosigkeit, Sehnsucht und Aggressionen geteilt werden, verstärken diese Konstellation (vgl. Von den Driesch, 2000, 60).

Die Pflege alter Menschen zeichnet sich zwar primär durch den Aufbau einer pflegerischen Beziehung, die zur Hilfeleistung, Unterstützung und Sterbebegleitung dienen soll, aus, aber auch das notwendige Loslassen vom Vertrauten muss einbezogen werden, damit negative Folgen wie Helfer-Syndrom oder Burnout-Syndrom verhindert werden (vgl. Andreae, 2009, 3ff).

Für die Fürsorge und die professionelle Pflege sind aufgrund der kulturell vielfältigen Bevölkerungszusammensetzung der Faktor „Kultur“ und die damit verbundenen unterschiedlichen Auffassungen wesentliche Bestandteile.

6.4.1. Transkulturelle Pflege

Bewusstseinsförderung bezüglich kultureller Unterschiede und Gemeinsamkeiten bzw. ein Verständnis gegenüber anderen Kulturen und die Kenntnis kultureller Werte für Pflegepersonen sind von großer Bedeutung. Auf transkulturelle Pflege muss deshalb auch etwas näher eingegangen werden, da es kulturelle Unterschiede nicht nur auf Seiten der PatientInnen, sondern auch auf Seiten der Pflegepersonen geben kann. Beides hat auch automatisch Auswirkungen auf die Interaktionen. Transkulturell bedeutet „quer durch alle Kulturen, über alle Kulturen hinweg“, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine Nation handelt (vgl. Leininger, 1998, 19,25,26,52).

Natürlich stehen laut Leiningers' Ansatz die PatientInnen im Fokus, dennoch können die ProtagonistInnen, die aus einem anderen Kulturkreis kommen, genauso gut die Pflegeperson darstellen. Vordergründig erkannte sie den „Mangel des kulturellen Faktors“ in der Pflege und fügte diesem ihre Definitionen hinzu. Ihr wird jedoch vorgeworfen einerseits den Begriff „Kultur“ zu statisch verwendet und überbewertet zu haben, andererseits bildet sie auch durch die Vermeidung des Wortes „fremdsein“ Stereotypen. Da sich Leininger als erste Theoretikerin mit diesem Thema beschäftigte, einen Meilenstein in dieser Hinsicht setzte und für viele nachfolgende Theorien als Inspiration dient, gilt sie trotz einer Vielzahl kritischer Stimmen nach wie vor als Koryphäe und muss in Arbeiten mit Bezug auf kulturelle Pflege Erwähnung finden. Bei aller Kritik ist der Ansatz der transkulturellen Pflege enorm wichtig und bleibt die Basis für viele nachfolgende Studien im Bezug auf Pflege und Kultur. Deshalb wird auch hier Bezug auf Leininger genommen, auch wenn primär nicht die PatientInnen, sondern die Pflegepersonen im Mittelpunkt stehen, was wiederum nur wenig Unterschied auf die Interaktionsanalyse hat, da die Situationsumstände beinahe die Gleichen bleiben. Leiningers' Theorie der kulturspezifischen Fürsorge (Culture Care Theory) und das darauf basierende Sunrise-Modell bezieht sich nämlich auf die Beziehung zwischen Pflegeperson und ausländischem Pflegebedürftigen mit anderem kulturellem Hintergrund. In einer globalen Welt, wie wir sie heute vorfinden, müssen aber nicht ausschließlich die PatientInnen damit gemeint sein. Auf die kulturelle Vielfalt unter den Pflegepersonen wird nicht oder nur wenig eingegangen. Es muss daher der Organisation ein Anliegen sein, einerseits Voraussetzungen für eine kultursensitive Pflege zu schaffen und zu implementieren, andererseits den sensiblen Umgang innerhalb des Pflegeteams zu fördern (vgl. Domenig, 2001, 143; Kutschke, 2001, 93; Habermann, 1997, 55-56, 2002; Zielke-Nadkarni, 2007, 192; Reynolds, 2000, 278; Friebe, 2003, 17-20).

Die Interaktion erfordert auch in diesem Fall in erster Linie eine Anpassung der Pflegeperson an kulturelle Normen, aber auch der Umgang und die Kommunikation der PatientInnen wird im Zuge dessen beeinflusst und verlangt von Pflegebedürftigen unter anderem Toleranz ab.

„The diverse health care needs and practices will be welcome knowledge to health care providers and nurse practitioners, teachers, and researchers to grasp a holistic perspective of ways of knowing, respecting, and understanding cultures. Hopefully, and ultimately, one might anticipate that cultural justice, human care, and health care relements will be forthcoming and valued as an essential outcome to benefit cultures and the health care providers who have been part of this evolution in health care services. A life with challenges, changes, and beneficial outcomes is always a life worth experiencing and knowing. The time is now to heed those challenges and changes

for the transformation of health care. It is what the public is expecting, today and in the future.“ (Leininger, 2012, XIV)

Ausländische Pflegepersonen müssen sich automatisch häufiger mit einer oder mehreren anderen Kulturen auseinandersetzen, daher trifft dieser Satz auch, oder gerade noch viel mehr auf sie zu. Am ehesten beschreibt Anne Pollakowski, worauf Kultur in diesem Kontext abzielt, indem sie meint, transkulturelle Pflege bedeute, „dass Menschen aus unterschiedlichen Kulturen in einer Pflegebeziehung aufeinandertreffen“ mit dem Ziel, den Pflegebedürftigen „unter Berücksichtigung seines Glaubens, seiner Lebensweise, seiner Einstellungen - also seiner Kultur - adäquat zu versorgen“ (vgl. Pollakowski, 1995, 258; Löschke, Plasser, (o. A.), 3).

Das beschreibt doch auch ganz genau den Arbeitsalltag einer ausländischen Pflegeperson mit kulturellen Differenzen. Leininger meint auch, dass transkulturelle Pflege ein wechselseitiger Prozess sei. Damit ist auch gesagt, dass speziell ausländische Pflegepersonen solche Prozesse vermehrt durchlaufen, da im stationären Pflegebetrieb auch nicht ausschließlich österreichische PatientInnen, sondern zunehmend auch AusländerInnen oder Personen mit Migrationshintergrund gepflegt werden. Wenn Leininger von „kulturkongruenter Pflege“ und „kulturspezifischer Fürsorge“ spricht, dann meint sie damit, dass sich egal aus welchen Kulturkreisen die beiden in einer Interaktion involvierten Personen stammen, die Grundsätze der vielschichtigen Pflege im Sinne eines individuellen Bezuges zu PatientInnen gleich bleiben oder deckungsgleich sind. Das kann bedeuten, dass (erstens) pflegerische Voraussetzungen wie Fürsorge („care“) oder Förderung von Selbsthilfekräften kaum von kulturellen Faktoren abhängig sind, (zweitens) oben genannte Eigenschaften in beinahe allen Kulturen gleich definiert sind oder (drittens) die gesetzliche Grundvoraussetzung und demnach Ausbildungslehreinhalte („nursing“) diesbezüglich Gemeinsamkeiten aufweisen (vgl. Leininger, 1998, 25,47-64,238ff).

Transkulturelle Gemeinsamkeiten muss es nach Leininger also sowohl im professionellen, also im erlernten Handeln, das durch die Aneignung von Wissen entsteht (intentional), als auch in der ethischen Fürsorge (implizit) geben. Laut Lawrence Kohlbergs‘ kongnitiver Entwicklungstheorie durchläuft jeder Mensch, unabhängig seiner Kultur, ein Entwicklungsstufenmodell des moralischen Bewusstseins immer in der selben Reihenfolge. Das deckt sich auch mit einer anderen Definition. Wenn in der Pflege Kulturgrenzen überschritten werden, ist das „grundlegend Gemeinsame“ laut Harald Verworner „das Wesentliche von Pflege“ und damit die Quintessenz transkultureller Pflege (vgl. Kohlberg, 1995, 160-174; Verworner, 1998, 22).

Frei nach dem Motto „Gemeinsames verbindet, Unterschiede trennen“ sind damit alle Beteiligten in einem transkulturellen Pflegeteam für eine erfolgreiche Zusammenarbeit aufgefordert, kulturelle Gemeinsamkeiten in den Vordergrund zu stellen. Davon gibt es in der Pflege genügend, schließlich können sich alle Pflegepersonen, unabhängig ihrer Kultur, auf das eigentliche Ziel der Pflege, nämlich die Genesung der PatientInnen, die Vermeidung von Krankheit oder die Hilfe zur Selbsthilfe, einigen. Der Weg zum Ziel kann kulturell abhängig und vielfältig sein, weist aber aufgrund von universellen Spielregeln der professionellen Pflege naturgemäß auch Gemeinsamkeiten auf. Abgesehen davon müssen trotz der Akzeptanz kultureller Individualität allgemeine Richtlinien hinsichtlich der Arbeit und bindende Prinzipien innerhalb des Teams vereinbart werden. Die gemeinsamen Grundsätze innerhalb des Teams tragen auch dazu bei, dass die Pflege zu einer Art „Dreiecksbeziehung“ wird, da zumindest anfangs auch eine gewisse Verantwortung gegenüber den anderen Teammitglie-

dern aufgrund zu erfüllender Leistungen entsteht. Aber auch den anderen Pflegepersonen kommt eine gewisse Verantwortung zuteil.

Leininger stellt die Fürsorge in der Pflege als gemeinsame Basis in den Vordergrund. Ihre Theorie, die aus einer qualitativen, induktiven und emischen Studie hervorgeht, stellt ihrer Meinung nach auch die Basis und den Kern der professionellen transkulturellen Pflege dar, da Fürsorge eben das Wesen der Krankenpflege sei und in allen Kulturen auftrete. Weiters führt sie verschiedene Beispiele für Fürsorge auf, wie z.B. Aufmerksamkeit, Trost, Empathie, Mitleid, Vertrauen, Berühren, Liebe oder Schutz. Sie spricht von „Culturale Care Diversity and Universality“ und meint damit, dass Fürsorge ein abstraktes Phänomen ist, dessen kulturell geprägte Praktiken nicht in der gleichen Form zu finden sind, aber es Gemeinsamkeiten, wie z.B. die Anwesenheit beim Kranken oder das Anbieten von Nahrung und Flüssigkeit, zwischen den Kulturen gibt (vgl. Leininger, 1998, 25ff).

Bezogen auf die Situation mit der Annahme, die PatientInnen sind österreichischer Herkunft (mit anderem kulturellen Hintergrund würde Gleiches gelten), wird die ausländische Pflegeperson mit Sicherheit aufgrund von Arbeitserfahrung und spezifischer Ausbildung ausreichend Kenntnisse über die kulturellen Besonderheiten der PatientInnen haben. Das schließt aber natürlich nicht aus, dass der kulturelle Unterschied nur wenige Gemeinsamkeiten zulässt. Somit sind auch die PatientInnen gefordert, die Interaktion zu einer ausländischen Pflegeperson mit fachmännischem Wissen anzunehmen. Es kommt darauf an, welchen Faktor die Pflegebedürftigen höher bewerten. Entweder ist die professionelle Pflege wichtiger als alle kulturellen Differenzen oder die Pflegebedürftigen bringen aus unterschiedlichen Gründen die notwendige Toleranz nicht auf, eine enge Pflegebeziehung zu einer ausländischen Pflegeperson einzugehen.

Zwischen westlichen und nicht westlichen Kulturen hinsichtlich des emisch-intrakulturellen Fürsorgewissens gibt es jedoch mehr Unterschiede als Gemeinsamkeiten. Da sich auch generisches und professionelles Fürsorgewissen stark von einander unterscheiden, kommt es in weiterer Folge laut Leininger zu kulturellen Konflikten, Stress, fehlendem Einverständnis und einer Verlangsamung der Genesung. Daher ist Leininger die Umsetzung kulturspezifischer und universeller professioneller Pflegepraktiken, die auf einer Wechselwirkung eines praktischen und theoretischen Ansatzes beruhen, besonders wichtig. Die Dimensionen menschlicher Fürsorge, die sie in ihrem Sunrise-Modell näher beschreibt, weisen in allen Kulturen Übereinstimmungen und Unterschiede auf. Aufgrund dieser Tatsache ist es wichtig, eine geeignete Form der Pflege für die PatientInnen zu finden. Leiningers' Sunrise-Modell unterscheidet zwischen drei Bedingungen, die Auswirkungen auf die Pflegetätigkeit haben.

- Bewahrungs- und Erhaltungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge
- Anpassungs- und Verständigungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge
- Änderungs- und Umstrukturierungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge

Diese drei „Grundsätze“ sind eine Art Anleitung zum besseren Miteinander in pflegerischer Interaktion trotz, oder dank kultureller Unterschiede. Auf unsere Situation umgelegt, treffen diese Bedingungen in gewisser Weise auch zu. Die Aufrechterhaltung sowie die Akzeptanz gewisser kulturspezifischer Gesundheits-, Lebens- und Fürsorgegewohnheiten, die in einer pflegerischen Interaktion auftreten, sollen sich positiv auf die Stimmungslage auswirken und dazu dienen, von einander zu lernen (vgl. Leininger, 1998, 67ff; Domenig, 2007, 168; Reynolds, 1999, 286; Lauber, 2012, 116; Schinnerl, 2011, 32-38).

Leininger bezieht sich zwar dabei auf die PatientInnen, aber auch eine ausländische Pflegeperson kann Gewohnheiten haben, die einerseits von PatientInnen und andererseits von den anderen Pflegepersonen im Pfltegeteam toleriert werden sollten, sofern die pflegerischen Verpflichtungen dadurch nicht negativ beeinflusst werden. Denn die Professionalität der Pflege darf nicht darunter leiden. Die Kultur der PatientInnen, aber auch die der Pflegeperson, muss auf gegenseitigen Respekt stoßen. Es ist ein Wechselspiel aus Toleranz und Rücksicht, wobei Handlungsmuster in Teilen angepasst, umstrukturiert oder geändert werden müssen. Dieser Kompromiss bzw. das Annähern an die PatientInnen dient dazu, um das situationsbezogene Konfliktpotential einzudämmen. Auch hier spielen die KollegInnen aus dem Pfltegeteam eine nicht unwichtige Rolle, da sie einerseits die ausländische Pflegeperson in ihrer Rolle unterstützen können und andererseits durch vorbildhaftes Verhalten die Kooperation zwischen Patient und Pflegeperson positiv beeinflussen können.

Bei all den Unterschieden in den Bereichen Normen und Werte darf jedoch die vollständige Anpassung an die Herkunftsgesellschaft (Assimilation) nicht das Ziel sein. Scheibler schlägt diesbezüglich praktische Handlungsansätze für interkulturelle Begegnungen in Institutionen vor, die den konstruktiven Umgang mit Fremdheit fördern und sich in den Praxisalltag gut integrieren lassen. Damit bezieht er sich zwar auf die Interaktion mit migrantischen Pflegebedürftigen, kann aber genauso hilfreich für die Arbeit mit ausländischen Pflegepersonen in Teams sein. Auch für Pflegebedürftige in Altenheimen und deren Angehörige können interaktive Programme abseits des pflegerischen Alltags wie Workshops oder Kennen-Lern-Spiele viel zur Bewusstseinsbildung und zum Abbau von Ängsten gegenüber Fremden beitragen. (vgl. Friebe, 2003, 153; Scheibler, 1998, 23-24).

7. Altenpflege als Bestandteil der Langzeitpflege im Besonderen

Demographische und sozialgesellschaftliche Veränderungen haben die Entwicklung der Altenpflege maßgeblich geprägt. Wenn vor rund 60 Jahren altersbedingte Pflegebedürftige zu Hause in gewohnter Umgebung in den Familien betreut und gepflegt wurden, kam den Frauen dabei eine ganz bedeutende Rolle zu. Sie waren für die Pflege ihrer pflegebedürftigen Angehörigen zuständig. Erst im Zuge der Emanzipation wurde es vielen Frauen ermöglicht, einem Beruf nachzugehen und dadurch unabhängig zu werden. Es entstand dadurch aber auch eine Doppelbelastung seitens der Frauen, die viele nicht mehr hinnehmen wollten. Das war auch quasi der Entstehungsgrund der Altenpflege in dafür vorgesehenen Institutionen, da die Nachfrage dafür immer größer wurde. Die dadurch angebotene Leistung von außen wurde von vielen Familien in Anspruch genommen. Die Altenpflege, sei sie mobil, stationär, teilstationär oder durch Angehörige (Laienpflege), wird auch heute noch zum überwiegenden Teil von Frauen geleistet. Laut Statistik Austria lag der Frauenanteil 2008 bei 86,6% Frauenanteil im Bereich der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. Lehr, 2000, 122; Dallinger, 2001, 127; Statistik Austria, 2008).

Der Fokus in der Altenpflege richtete sich im Laufe der Jahrzehnte auch aufgrund von Entwicklungen im Ausbildungsbereich nicht nur auf sozialpflegerische Betreuung, sondern auch auf medizinische Pflege. Es entstand somit eine ganzheitliche Betreuung, die sich neben der körperlichen Pflege auch der Versorgung emotionaler und sozialer Bedürfnisse alter Menschen annahm. Laut Köther und Gnam ist eine „(...) Altenpflegerin nicht nur ein Hilfsberuf der Krankenschwester (...), sondern ein moderner sozialpflegerischer Beruf“ im Gesundheitswesen (vgl. Dühring, 2000, 11-13; Köther, Gnam, 1993, 57).

Erst Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelte sich ein Berufsbild der Altenpflege, da man erkannte, dass die Pflege älterer Menschen spezielle Anforderungen an Pflegepersonen stellte. Spezielle Altenpflegeschulen lehrten neben der pflegerischen auch eine sozialwissenschaftliche und gerontologische Ausbildung. 1975 führte die WHO das Pflegeprozess-Modell ein, wodurch Pflege planbar, personenorientiert, ganzheitlich, einheitlich, überprüfbar und nachvollziehbar werden sollte. Deutschland beschloss 1985 eine Rahmenvereinbarung, die ein einheitliches Berufsbild der Altenpflege ermöglichte (vgl. Sittler, Kruft, 2009).

7.1. Definition: Langzeitpflege und Altenpflege

„Auf den Stationen der Langzeitpflege werden chronisch Kranke und pflegebedürftige Bewohner aller Altersstufen betreut. Hochgradig pflegebedürftige Menschen, bei denen die Möglichkeit einer selbstständigen Rückkehr nach Hause nicht absehbar erscheint, können in dieser Einrichtung kompetent gepflegt, behandelt und betreut und in ihrer Individualität geachtet und gefördert werden.“ (Tuma, Müllbner, 2000, 134)

Diese Beschreibung besagt genau das, was der Wortlaut ohnehin schon errahnen lässt, nämlich, dass unter Langzeitpflege nicht ausschließlich die Pflege betagter Menschen, sondern jede Pflege hilfsbedürftiger Menschen über einen längeren Zeitraum zu verstehen ist. Die OECD differenziert zwischen Langzeitpflege und Gesundheitsdienstleistung:

„Long-term care (hereafter, LTC) differs from health care. While health care services aim at changing a health condition (from unwell to well), long-term care merely aims at making the current condition (unwell) more bearable.“ (OECD Economics Department, 2006, 18; Fischbacher, 2011, 14)

Weiters sagt die OECD, Langzeitpflege sei *„ein politisches Querschnittsthema, bei dem eine ganze Reihe von Dienstleistungen für Personen, die über einen längeren Zeitraum Hilfe bei grundlegenden, alltäglichen Verrichtungen benötigen, zusammenlaufen.“* (OECD, 2005, 10; Europäische Gemeinschaften, 2008, 3)

Zur Langzeitpflege gehören u.a. Rehabilitation, grundlegende medizinische Behandlung, häusliche Pflege, soziale Betreuung, Unterbringung sowie Dienstleistungen wie Transport, Mahlzeiten, berufliche Unterstützung und Hilfe bei der Bewältigung des Alltags, was nur von professionellen Pflegepersonen, insbesondere von diplomierten Pflegepersonen und Pflegehelferinnen geleistet werden kann. Heimhilfen und PersonenbetreuerInnen können hingegen nur die Unterstützung im Haushalt gewährleisten, da dies zu ihrem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zählt. Die Altenpflege als Teil der Langzeitpflege wird in einem späteren Kapitel näher ausgeführt (vgl. Fischbacher, 2011, 14).

Die Altenpflege ist ein interaktiver Prozess zwischen einem pflegebedürftigen und einem pflegenden Menschen basierend auf dem Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Kontext einer Institution der Altenhilfe. Die Pflege alter Menschen erfordert von Pflegepersonen besondere Eigenschaften wie Respekt vor dem Alter, Rücksicht und Toleranz gegenüber unterschiedlichen Einstellungen, Lebensformen und Lebensweisen, da es unweigerlich im Zuge dieser speziellen Fürsorge zu Begegnungen mit älteren Generationen und in weiterer Folge zu konträren Ansichten kommt (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, 17; Köther, Gnam, 1993, 51).

Die Altenpflege ist Bestandteil der Langzeitpflege, ein wesentlicher Unterschied besteht jedoch darin, dass im Gegensatz zur Langzeitpflege die Regeneration der PatientInnen in der Altenpflege nicht als primäres Ziel definiert ist, sondern eben die Unterstützung im Alltag und Hilfe zur Selbsthilfe durch Wahrung der Autonomie im Mittelpunkt der Pflege steht. Vor allem die stationäre Altenpflege hat auch nicht die Absicht den Gesundheitszustand der PatientInnen so weit zu verbessern, dass eine Rückkehr nach Hause in Betracht gezogen werden kann, da davon ausgegangen wird, dass die PatientInnen bis zum Ableben stationiert bleiben. Deshalb liegt der zentrale Fokus in der Altenpflege auf anderen Aufgaben und pflegerischen Tätigkeiten, die u.a. die Lebensqualität der PatientInnen steigern.

7.2. Sonstige Pflegeberufe

Neben der Berufsgruppe der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/pflegern, auf die sich diese Arbeit weitgehend konzentriert, gibt es auch noch andere Berufsbezeichnungen im Pflegebereich:

7.2.1. PflegehelferInnen

Sie werden auch FachsozialbetreuerInnen genannt, da die Ausbildung zur Pflegehilfe einen

Bestandteil der Ausbildung zur Fachsozialbetreuung ausmacht. Der Beruf der PflegehelferInnen ist ein Pflegeassistentenberuf, dessen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich dennoch einen eigenverantwortlichen Bereich enthält. Dazu zählen u.a. eine umfassende Begleitung, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen, abgestimmt auf ihren Bedarf und gestützt auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Präventive, unterstützende, aktivierende, beratende, organisatorische und administrative Maßnahmen zur täglichen Lebensbewältigung, sowie das Eingehen auf körperliche, seelische, soziale und geistige Bedürfnisse gehören ebenfalls zu den Aufgaben von PflegehelferInnen. Zum eigenverantwortlichen Bereich der Fachsozialbetreuerinnen mit Schwerpunkt Altenarbeit zählt außerdem die Begleitung von Sterbenden und deren Angehörige. Erforderlich sind für die Ausübung ein Ausbildungsnachweis und eine gültige Arbeitserlaubnis (vgl. www.wiso.or.at, 12.11.2011).

7.2.2. HeimhelferInnen

Jeweils 200 Ausbildungsstunden in Theorie und Praxis sind erforderlich, um „SozialbetreuerIn“ zu werden. 120 Stunden davon müssen im ambulanten Sektor abgeleistet werden. Ihr eigenständiger Wirkungsbereich umfasst u.a. hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Unterstützung bei Besorgungen, Zubereitung von Mahlzeiten, Anregung zur Beschäftigung, hygienische Maßnahmen, Unterstützung von Pflegepersonen und die Dokumentation. Aber auch die Unterstützung bei der Basisversorgung fällt in ihren Bereich (Unterstützung bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden, der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, im Zusammenhang mit Ausscheidungen, beim Lagern, bei der Anwendung von Arzneimitteln und die Förderung der Bewegungsfähigkeit). Die Heimhilfe versteht sich als Bindeglied zwischen PatientInnen, deren sozialem Umfeld und allen anderen Bezugspersonen. Die Heimhilfe arbeitet im Team mit der Hauskrankenpflege und den Angehörigen der Mobilen Betreuungsdienste (vgl. www.wiso.or.at, 12.11.2011).

7.2.3. PersonenbetreuerInnen/24-Stunden-Pflege

Durch das Hausbetreuungsgesetz seit 1.7.2007 wurde dieser Berufsstand aus der Illegalität gehoben. Dieses Gesetz dient als Rechtsgrundlage mit gewissen berufsrechtlichen Vorschriften für die Betreuung zu Hause von Personen aus dem Ausland (vorwiegend aus Tschechien und Slowakei), die aus Kostengründen hauptsächlich diese Tätigkeiten als selbständige oder unselbständige PersonenbetreuerInnen leisten. Damit wird geregelt, dass nach max. zweiwöchiger Arbeitszeit eine ebenso lange Freizeit folgen muss, dass die Arbeitszeit mind. 48 Wochenstunden beträgt und die Betreuungsperson in die Hausgemeinschaft der betreuten Person für die Dauer der Arbeitszeit aufgenommen wird. Es werden dadurch auch die Begriffe „Betreuung“ und „Pflege“, der im GuKG formuliert ist, abgegrenzt. Diese Praxis blieb lange Zeit unberücksichtigt, da innerfamiliäre Betreuungsleistungen öffentlich nicht einsehbar waren. Auch ein Grund, warum die Zahl der MigrantInnen in der häuslichen Betreuung nur geschätzt werden kann. Man geht davon aus, dass im Jahr 2007 rund 30.000 Betreuerinnen in 15.000 Privathaushalten angestellt waren (vgl. www.wiso.or.at, 12.11.2011; Egger de Campo, 2008; Theobald, 2009, 34; Schmid, 2009, 53-78; Hausreither, 2007, 576-580; Mazal, 2007, 581, Schön, 2008; Bauer, 2010, 39-47).

7.3. Langzeitpflege/Altenpflege-Angebote

Wie man der Abb. 7 unterhalb entnehmen kann, wird, wie schon betont wurde, die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen zu Hause von Familienangehörigen, diplomierten Pflegepersonal, Pflegehilfen, Heimhilfen oder Betreuungspersonen gepflegt und betreut. Dennoch werden 70.000, also 17,5% der Pflegebedürftigen (Stand: 2008) stationär oder teilstationär gepflegt.

Abb. 7: Betreuungsformen

Betreuungsform	Zahl	%-Anteil
Heim (Alten- und Pflegeheime)	70.000	17,5%
Mobile Dienste (auch in Kombination mit Angehörigenpflege)	100.000	25%
24-Stunden-Betreuung	20.000	5%
Angehörigenpflege (vorwiegend Familie)	210.000	52,5%
Gesamtanzahl	400.000	100%

(NÖ Landesrechnungshof 2010, S. 21; Ruddy, Fürstl-Grasser, Rubisch (o. A.), S. 1; Mühlberger, Knittler, Guger 2008, S. 4-11)

Die für die Arbeit aktuellsten Daten stammen aus dem Jahr 2010. Laut Statistik Austria waren es 2010 bereits 127.900 Menschen österreichweit bzw. 30.297 Menschen in Wien, die mobile Pflege in Anspruch genommen haben, 71.800 bzw. 13.767 (in Wien) waren auf stationäre Pflege angewiesen. Außerdem wurden teilstationäre Pflege und alternative Wohnformen in Wien stark genützt. Zusammen zählte man 2010 rund 12.000 betreute Personen (vgl. Statistik Austria, 17.02.2012; Pflegedienstleistungsstatistik 2010; BMASK, Österreichischer Pflegevorsorgebericht, 2010, 03.02.2012).

Zunächst ist zu sagen, dass die Altenpflege und deren Ausbildung länderspezifisch geregelt ist und im Gegensatz zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fällt (vgl. Carrington, Cepek-Neuhauser, Küng, 2005, 23).

In Österreich gibt es grundsätzlich neun verschiedene Zugänge, wie gemessen an der Nachfrage nach pflegerischen Leistungen ausreichend Angebot zur Verfügung gestellt werden soll, da jedes Bundesland eigene Regelungen und Strukturen hat. In manchen Punkten gibt es aber auch Überschneidungen. Von Bundesland zu Bundesland funktioniert dies unterschiedlich gut. In Wien ist der „Fonds Soziales Wien“ die zentrale Koordinationsstelle für sämtliche Pflegebelange, in Teilbereichen (u.a. Hauskrankenpflege, Tageszentren) fungiert der Fonds Soziales Wien auch als direkter Leistungsanbieter. Es muss aber vorerst zwischen formeller Pflege in formellen Pflegeeinrichtungen, wie etwa traditionelle Alten- bzw. Pflegeheime (1993 lag die Betreuungsrate bei 10%) als stationäre Pflege oder ambulante mobile Pflege (1993 lag die Betreuungsrate bei 20%), und informeller Pflege oder Laienpflege, die im häuslichen Bereich stattfindet und von Familienangehörigen geleistet wird, unterschieden werden. Da davon ausgegangen wird, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren zunehmen wird und die familieninternen Pflegeleistungen mit dieser Entwicklung nicht mithalten können, ist davon auszugehen, dass stationäre Pflege immer wichtiger wird und in naher Zukunft mehr Menschen in dafür vorgesehenen Institutionen gepflegt werden als in den eigenen vier Wänden (vgl. Carrington, Cepek-Neuhauser, Küng, 2005, 27-31).

Alle stationären und mobilen Angebote für ältere Pflegebedürftige, die es in ganz Österreich gibt, aufzuzählen, würde den Umfang dieses Kapitels sprengen. Deshalb ist es wichtig, den Umfang geographisch einzugrenzen. In dieser Arbeit wurde der Fokus zwar auf Wien gerichtet, signifikante Zahlen, die für ganz Österreich gelten, finden jedoch auch Platz, um ein Gesamtbild zu erhalten. Auch auf die sogenannte formelle Pflege wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen, da der Fokus auf ausgebildetes Pflegepersonal gerichtet ist.

Die professionelle Pflege auf mobiler Basis als auch die stationäre Pflege, wie sie diverse Institutionen anbieten, gewinnt zunehmend an Bedeutung, da die familiäre Laienpflege, vor allem in Städten, immer weniger vollbracht wird. Das liegt unter anderem daran, dass Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger größtenteils von Frauen (zu 80%) geleistet wird, und diese durch die steigende Erwerbstätigkeit nur noch wenig Zeit dafür aufwenden können. Das führt dazu, dass Hilfe professioneller Pflegepersonen in Anspruch genommen wird (vgl. Ertl, 2007, 9).

Aber es liegt auch an den steigenden Kosten der stationären Pflege, sodass pflegebedürftige Personen in den ambulanten Pflegebereich ausgelagert werden, der dadurch immer mehr an Bedeutung gewinnt (vgl. Schaeffer, 2002, 8; Macek, 2009, 15).

Das heißt, es müssen zunächst einmal die Einrichtungen der formellen Pflege und in weiterer Folge zwischen stationärer, ambulanter und teilstationärer Dienste unterschieden werden, wofür es wiederum unterschiedliche Angebote gibt.

7.3.1. Ambulante Dienste: Mobile Pflege in Wien

Die Bedeutung mobiler Pflege, auch extramuraler Bereich oder ambulante Pflege genannt, ist auch an der hohen Dichte an Pflege- und Betreuungspersonal in Wien zu erkennen. 21 Personen, wobei HeimehelferInnen die größte Berufsgruppe darstellen, stehen 1000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren als Pflege- und Betreuungspersonen zur Verfügung. Die zeitlich erbrachte Leistung pro Person über 75 Jahre betrug 2009 42 Stunden (vgl. Ertl, 2007, 43-45).

Die mobile Pflege ist im Vergleich zur stationären Pflege dennoch marginal entwickelt. Nur 3,5% aller berufstätigen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und 8,5% aller Alten- und PflegehelferInnen arbeiteten 2005 im mobilen Bereich. Das bedeutet, dass die mobile Pflege zum größten Teil von PersonenbetreuerInnen geleistet wird (vgl. Krajic, Nowak, Rappold, 2005, 6-10).

Das Ziel der mobilen Pflege ist es, einerseits die Pflegebedürftigen in ihrem gewohnten sozialen Umfeld zu pflegen, indem ein stationärer Aufenthalt vermieden wird, und andererseits die Entlastung pflegender Angehöriger. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im häuslichen Pflege- und Betreuungsbereich macht es möglich, den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen gerecht zu werden, indem die Betreuung angepasst wird und der Pflegebedürftige gefördert wird (vgl. Biwald, Hochholdinger, Köfel, Gencgel, Haindl, 2011)

Solche Dienste werden von freien Wohlfahrtsverbänden, von Ländern und Gemeinden bereitgestellt. Die Eigenleistungen seitens der PatientInnen sind stark von der Art des Dienstes, von der Pflegestufe, aber auch vom Einkommen des Pflegebedürftigen abhängig. Die restlichen Kosten werden durch Förderungen, die kundenbezogen oder strukturell bedingt sind, finanziert (in Wien: Fonds Soziales Wien). Die wichtigsten österreichweiten Anbieter sol-

cher Dienste sind der Arbeiter-Samariter-Bund, Caritas, Diakonie, Hilfswerk, Rotes Kreuz und die Volkshilfe. Neben der Hauskrankenpflege, die von diplomierten Pflegepersonen und PflegehelferInnen vollbracht wird, bieten viele Organisationen in Wien auch noch soziale Dienste an, wie etwa die Heimhilfe, die den Hauptteil nach Anzahl an Betreuungsstunden ausmacht. Die Heimhilfe, zu deren Aufgaben die Unterstützung hilfsbedürftiger Menschen aller Altersgruppen im Sinne von Hilfe zur Selbsthilfe zählt, ist seit 2008 im Wiener Sozialbetreuungsberufegesetz (WSBBG) geregelt. Bezüglich der Pflege und Betreuung für ältere Personen zu Hause in Wien muss zwischen professioneller Pflege und der reinen Unterstützung im Alltag (u.a. Heimhilfe, Essen auf Rädern, Besuchs- und Begleitsdienst, Reinigungsdienst, Wäschendienst, Kontinenzberatung, Tagesbetreuungen) unterschieden werden. Zur „Unterstützung im Alltag“ zählt ebenso die 24-Stunden-Betreuung (vgl. Ertl, Schrems, 2001, 21; Macek, 2009, 27; wien.at, 12.11. 2011).

Die Aufgaben werden unterteilt in pflegerische Tätigkeiten und Tätigkeiten von Betreuungskräften. Dazu zählen u.a. die Unterstützung im Haushalt und bei der Körperpflege, Einkaufserledigungen, Zubereitung von Mahlzeiten, Beschäftigung mit dem Patienten und die Betreuung im Krankheitsfall. Medizinische Leistungen wie das Verabreichen von Medikamenten oder Anlegen von Verbänden dürfen nur durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal oder PflegehelferInnen auf ärztliche Anordnung abgegeben werden (vgl. wien.at, 12.11. 2011; BMASK, 2009, 10-15).

Zur professionellen Pflege im ambulanten Bereich zählen die Hauskrankenpflege, die medizinische Hauskrankenpflege und die mobile Palliativbetreuung. Die Hauskrankenpflege wird in Wien von 18 Providern angeboten. Sie ist eine zeitlich unbegrenzte Pflege und Betreuung zu Hause durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal oder PflegehelferInnen. Die medizinische Hauskrankenpflege wird vom Fonds Soziales Wien angeboten und ist zeitlich unbegrenzter Spitalsersatz. Die mobile Palliativbetreuung wird von zwei Providern angeboten und gilt als Lebenshilfe und Sterbebegleitung für Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Charakteristisch dafür ist, dass sie zu Hause und stationär angeboten wird und es eine enge Zusammenarbeit von ÄrztInnen, Pflegepersonen, SeelsorgerInnen und Angehörigen gibt. Zu den Aufgabenbereichen zählen u.a. medizinische Versorgung, Schmerztherapie, psychische Betreuung und Entlastung der Angehörigen (vgl. wien.at, 21.11.2011)

7.3.2. Stationäre Pflege und Alternativen wie teilstationäre Pflege

In Österreich gibt es rund 700 Senioren- und Pflegehäuser, in denen 65.000 alte und hochbetagte Menschen gepflegt werden (Positionspapier Pflege, Caritas 2004). In Wien stehen zwar im Vergleich zu Salzburg nur wenig stationäre Plätze (74 Plätze pro 1000 pflegebedürftige Menschen ab einem Alter von 75 Jahren) bereit, aufgrund des großen Angebots teilstationärer und mobiler Pflege relativiert sich dieser Mangel jedoch (vgl. Statistik Austria, 1.1.2010).

In Wien werden etwa drei Viertel der Heimplätze durch den Krankenanstaltenverbund (KAV) oder das Kuratorium Wiener Pensionistenheime (KWP), also durch öffentliche Betreiber, angeboten, das restliche Viertel entfällt auf Plätze in privaten Einrichtungen, welche ebenfalls durch das Land Wien gefördert werden. Teilstationäre Dienste sind Einrichtungen zur Unterbringung, Betreuung und Aktivierung von pflegebedürftigen Menschen oder Menschen mit besonderen Bedürfnissen während eines Teiles des Tages oder während der Nachtzeit (vgl. Landesakademie Zukunftsakademie, 2012; wien.at, 21.11.2011).

Für die Langzeitpflege älterer Menschen in Wien gibt es folgende Angebote, die ein kurzer Überblick zeigen sollen (vgl. wien.at, 21.11.2011):

- Tageszentren für Seniorinnen und Senioren: dieses Angebot gilt ausschließlich für ältere Menschen, die nicht bettlägrig, sondern mobil sind. Sie werden tagsüber individuell von SozialarbeiterInnen, PhysiotherapeutInnen, HeimhelferInnen, PflegehelferInnen, KreativanimateurInnen und diplomiertem Pflegepersonal betreut. Zu den Aufgabenbereichen zählen u.a. die Förderung persönlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten; in Wien gibt es 9 Tageszentren des Fonds Soziales Wien, 1 Tageszentrum der Caritas Erzdiözese Wien, 6 Tageszentren der Caritas Socialis, 2 Tageszentren des Wiener Hilfswerks, 1 Tageszentrum der Wiener Sozialdienste, 1 Tagesstätte der Israelischen Kultusgemeinde und mehrere private Tageszentren.
- SeniorInnenwohngemeinschaften: werden vom Wiener Hilfswerk und der Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste GmbH angeboten. Es ist eine Betreuung (nur tagsüber) für ältere Personen, die aus psychischen, physischen oder sozialen Gründen nicht mehr alleine leben können.
- 33 Wohnhäuser für alte Menschen
- 22 öffentliche Wohn- und Pflegeheime
- 61 private Wohn- und Pflegeheime mit Förderung
- 4 private Wohn- und Pflegeheime ohne Förderung
- 11 Geriatriezentren (Wiener Krankenanstaltenverbund)
- 2 Pflegewohnhäuser mit sozialmedizinischer Betreuung (Wiener Krankenanstaltenverbund)
- 57 anerkannte Einrichtungen mit Wohn- und Pflegeangeboten (unbefristeter Aufenthalt)
- 31 „Häuser zum Leben“ - Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (unbefristet Aufenthalt)
- Weiters gibt es unzählige Beratungsstellen für Patienten sowie pflegende Angehörige.

Die Aufnahme in eine Wohneinrichtung für ältere Menschen setzt voraus, dass der Antragsteller über eine österreichische Staatsbürgerschaft (oder Gleichstellung) und einen Hauptwohnsitz in Wien verfügt. Außerdem muss ein Pflegebedarf entsprechend Pflegestufe 2 bis 7 vorgewiesen werden. Für die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung für ältere Menschen gelten die selben Voraussetzungen, nur dass der Pflegebedarf um eine Stufe höher, ab Pflegestufe 3, ist (wie in der mobilen Pflege).

Die Altenpflege bekam lange Zeit zu wenig Aufmerksamkeit, was auch zu Fehlentwicklungen und Problemen führte. Das wird sich jedoch ändern müssen, da aufgrund der demographischen Entwicklungen der Bedarf auch in Zukunft stetig steigen wird. Damit bleibt die Altenpflege ein wichtiger und unverzichtbarer Pflegesektor.

7.4. Demographischer Wandel und die Auswirkungen auf die Pflege

Die „Veralterung“ der Gesellschaft aufgrund mehrerer Faktoren (steigende Lebenserwartung, Geburtenrückgang, etc.) wurde schon näher erläutert, jedoch außerhalb des Pflegekontextes. Natürlich hat das auch Auswirkungen auf den Pflegebereich. Prognosen und Gutachten gehen davon aus, dass die Anzahl pflegebedürftiger Personen und der damit verbundene

pflegerische Versorgungsaufwand steigen werden, der demographische Wandel gibt ausführliche Kennzahlen dafür. Jedoch muss die Anzahl der Personen, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind, nicht in gleichem Ausmaß, wie sich die Bevölkerung entwickelt, steigen (vgl. Hasseler, 2004; Köther, Gnam, 1993, 52).

Der Anteil der Hochaltrigen (85 Jahre und älter) betrug im Jahr 2005 1,6%, gemessen an der gesamten Bevölkerung. Prognosen zufolge soll sich der Anteil bis 2050 verdreifachen und auf 5,8% steigen. Da die Prävalenzraten in dieser Altersgruppe höher liegen als in anderen Altersgruppen, ist diese Altersgruppe auch für die Berechnung der Anzahl pflegebedürftiger Personen in naher und ferner Zukunft von hoher Bedeutung (vgl. Lafortune, Balestat, 2007, 11,14).

Laut Hoffmann und Nachtmann ist diesbezüglich entscheidend, wie lange ältere Menschen über ausreichende Ressourcen verfügen, um körperliche und kognitive Funktionseinschränkungen aus eigener Kraft kompensieren zu können. Das bedeutet wiederum, dass die Investitionen in Gesundheitsförderung und Prävention ein wichtiges Kriterium sind und Einfluss darauf haben, inwieweit auch die pflegerischen Leistungen und Angebote in Zukunft steigen. Die Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit sind u.a. Alter, Einschränkungen in den „Activities of Daily Live“, kognitive Einschränkungen/Demenz, schlechte oder geringe soziale Unterstützung oder die Anzahl an chronischen Erkrankungen (vgl. Hoffmann, Nachtmann, 2007; Hoogerduijn, 2006, 46-57; Li, 2005; Bharucha 2004, 434-439; Wilms, 2001, 348-355; Stuck, 1999, 445-469; Beland, 1999; Agüero-Torres, 1998, 1452-1456; Behrens, 2009).

Diese Prognosen stellen große Herausforderungen auch an die Pflege dar und wird mehr Bedarf an Pflegepersonen zur Folge haben. Da (1) das Angebot an Pflegepersonen derzeit schon nicht ausreichend ist, (2) dadurch ein Personalmangel zu verzeichnen ist, (3) der Pflegebereich für viele junge Menschen aufgrund diverser Faktoren als unattraktiv gilt, (4) dadurch das Potential des eigenen Humankapitals nicht zur Gänze ausgeschöpft werden kann und (5) ausländische Pflegepersonen zwar wichtig sind und eine wichtige Rolle zum Ausgleich des Personalmangels spielen, aber das Problem nicht lösen werden, steuert Österreich auf große zukünftige Probleme.

Nach gründlicher Recherche scheint gewiss, dass sich die Altersstruktur verschiebt. Durch den medizinischen Fortschritt werden Menschen im Durchschnitt immer älter. Ob sie damit auch (länger) „pflegebedürftiger“ werden, sind sich Experten jedoch uneinig. Einerseits sagen manche, dass durch die höhere Lebenserwartung der körperliche Abbau und die damit verbundenen Krankheiten hinausgeschoben werden. Das würde auch eine Verkürzung der Krankheitsphase bedeuten. Weniger optimistisch meinen andere hingegen, dass der medizinische Fortschritt zur Folge hat, dass zwar Menschen mit einer Erkrankung, die noch vor Jahrzehnten lebensbedrohlich gewesen wäre, geholfen werden kann, diese jedoch aufgrund chronischer Beschwerden länger gepflegt werden müssen. Zwar wird sich der Gesundheitszustand jüngerer Generationen deutlich verbessern, der Anteil Pflegebedürftiger dürfte jedoch zukünftig auch größer werden (vgl. Hörl, Schimany, 2004, 203-215).

8. Pflegepersonen

Die Daten und Zahlen bezüglich Pflegepersonen, die im österreichischen Pflegebereich arbeiten, sind rar und zudem meist älter. Dasselbe gilt für Daten über Pflegepersonen aus dem Ausland. Auch diesbezüglich ist die Dokumentation unzureichend und nicht zufriedenstellend. Da sich diese Arbeit primär mit diplomierten Pflegepersonen auseinandersetzt, sind viele Daten erst gar nicht verwendbar, da nicht ausreichend differenziert wird. Auch in Bezug auf MigrantInnen werden die Begriffe, wie etwa „Personen mit Migrationshintergrund“ oder „AusländerInnen“, nicht immer ordentlich abgegrenzt. Dadurch, dass die Zahlen verschiedener Quellen auch noch stark variieren, ist deren Aussagekraft in Zweifel zu ziehen. Speziell für die Langzeitpflege, sprich Altenpflege in Österreich ist die Datenlage dürftig. Auf internationaler Ebene gibt es hingegen viele Zahlen, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen, aber aufgrund von unterschiedlichen Definitionen kaum welche, die repräsentativ sind. An dieser Stelle dennoch ein Überblick der wichtigsten vorgekommenen Zahlen, da die Schlussfolgerungen stets die selben sind und daher eine Tendenz wiedergeben.

8.1. Definition: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege

Mit dem in Kraft treten des neuen Gesetzes (GuKG) war die Krankenpflege kein reiner Hilfsberuf mehr und verfügt nun über einen eigenverantwortlichen Bereich, welcher Planung, Durchführung und Organisation samt fachlicher Weisungsfreiheit mit einbezieht. Damit sind diplomierte Pflegepersonen Pflegefachkräfte (vgl. Bachinger, 2009 (2), 103-104).

Das heißt, das Personal ist für das Case Management zuständig, muss dieses aber nicht selbst ausführen, sondern kann die Aufgaben übertragen. Außerdem sind für die Berufsausübung ein anerkannter Ausbildungsnachweis und eine gültige Arbeitserlaubnis vonnöten (vgl. Schröter, 2006, 69).

8.2. Definition: Pflegepersonen aus dem Ausland

Handelt es sich um MigrantInnen, die im Pflegebereich arbeiten, dann fällt eine Abgrenzung und Differenzierung deutlich schwerer. In erster Linie sind mit ausländischen Pflegepersonen jene Menschen gemeint, die nicht nur im Ausland geboren wurden, sondern auch die Pflegeausbildung im Herkunftsland abgeschlossen haben.

Es können nämlich diesbezüglich mehrere Motive eine gewichtige Rolle spielen, warum etwa ein Mensch aus dem Ausland nach Österreich einwandert oder eben in der österreichischen Pflege tätig ist. Für beides müssen nicht einmal die gleichen Motive gelten. Es kann daher durchaus sein, dass der Ursprung des Anlasses ein ganz anderer war und die Initiative, eine Pflegeausbildung in Österreich zu machen, erst viel später entstand. Darauf wird in diesem Abschnitt kein Bezug genommen. Wenn es nämlich um ausländische Pflegepersonen in der Pflege geht, handelt es sich weitgehend um freiwillige Arbeitsmigration, da im Pflegebereich ausländische Pflegepersonen viele Voraussetzungen und Auflagen (siehe GuKG, gesetzliche Bestimmungen) erfüllen müssen, um überhaupt die Erlaubnis zur Berufsausübung zu erlangen.

Es wird deshalb in erster Linie um jene ausländische Pflegepersonen gehen, die bereits eine spezifische Pflegeausbildung in ihrem Herkunftsland positiv abgeschlossen haben. Denn das

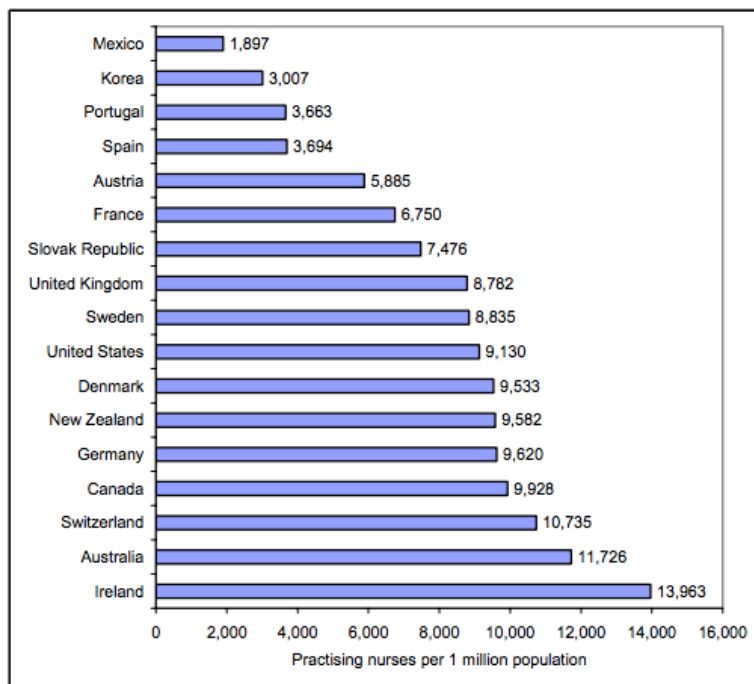
setzt unter anderem auch voraus, dass die Person im Herkunftsland eine dafür notwendige Praxis, sprich Berufserfahrung, und ein gültiges Aufenthaltsrecht im Zielland hat. Damit will der österreichische Gesetzgeber erreichen, dass ausschließlich hochqualifizierte und professionelle Pflegepersonen, die den Pflegesektor positiv mitgestalten und beeinflussen, das Potential steigern und fehlende Kapazitäten füllen, aus dem Ausland integriert werden.

Obwohl es anhand der Datenerfassung und der mangelhaften Differenzierung von Migration fast unmöglich ist, jene Menschen herauszufiltern und vom Begriff „Pflegepersonen mit Migrationshintergrund“ (damit sind auch Pflegepersonen gemeint, die beispielsweise in 2. Generation bereits in Österreich leben) abzugrenzen, steht im Fokus trotzdem jenes Pflegepersonal, das eine Pflegeausbildung im Ausland absolvierte und aufgrund verschiedener Faktoren nach Österreich einwanderte, um im Pflegebereich zu arbeiten. Begriffe wie „ausländische Pflegepersonen“, „Pflegepersonen aus dem Ausland“ oder „MigrantInnen im Pflegebereich“ haben dieselbe Bedeutung.

8.3. Zahlen, Daten, Fakten

Abb. 4 auf der nächsten Seite zeigt einen Ländervergleich bezüglich Pflegepersonen-Dichte aus dem Jahr 2000. Dabei weist Österreich mit einem Wert von 5,9 pro 1000 EinwohnerInnen eine sehr geringe Dichte auf. Es muss aber auch erwähnt werden, dass diese Statistik nur jene Pflegepersonen betrifft, die in Krankenhäusern arbeiten, und alle anderen, die in anderen Einrichtungen arbeiten, nicht mit einbezieht. Es ist insofern interessant ältere Statistiken in diesem Kontext näher zu analysieren, da man erkennt, dass Österreich schon seit Jahrzehnten einen Pflegepersonenmangel aufweist und andere Länder hingegen immer schon um ein paar Schritte voraus waren. In den aktuellen OECD-Untersuchungen scheint Österreich erst gar nicht auf. *„The total number of nurses in Austria is not available. The given values refer only to qualified nurses and midwives working in hospitals.“* (vgl. European Hospital and Healthcare Federation, 2012, 9)

Abb. 4: Anzahl der Pflegepersonen im internationalen Vergleich, OECD 2005



(Simoens S., Villeneuve M., Hurst J., 2005, Tackling Nurse Shortages in OECD Countries 2005)

2010 konnte jedoch ein Anstieg verzeichnet werden. Insgesamt sind in Krankenanstalten österreichweit laut Statistik Austria (Stand: 31.12.2010) 54.601 Personen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege tätig. Davon sind zu einem überwiegenden Teil Frauen. Wenn noch die PflegerhelferInnen (9.784) dazu gezählt werden, kommt man auf über 64.000 Personen. Gemessen an der Einwohnerzahl Österreichs (8.443.018, Stand 1.1.2011) macht das pro 1000 EinwohnerInnen 6,5 Pflegepersonen (mit PflegerhelferInnen würde die Zahl der qualifizierten Pflegepersonen auf 7,6 Pflegepersonen steigen). Selbst das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz kommt auf eine andere Zahl und geht dabei auch auf ein Personaldefizit ein. Bundesminister Rudolf Hundstorfer sagt dazu: „Derzeit arbeiten in Österreich 44.000 Menschen im Bereich der Pflege. Die Kosten für Pflege liegen in Österreich jährlich bei etwa sechs Milliarden Euro. Die Zahl der Beschäftigten werde in den nächsten Jahren ansteigen. Bis 2020 würden weitere 17.000 Pflegekräfte benötigt, um nur den demografischen Anstieg zu bewältigen“, so Hundstorfer. (vgl. Statistik Austria, 2011; wien.orf.at, 26.09.2011)

Abb. 5 veranschaulicht die Datenlage im europäischen Vergleich, wobei es leider bei einigen Ländern keine Angaben gibt. Demnach kamen in Österreich 2009 auf 1000 EinwohnerInnen 6,5 qualifizierte Krankenpflegekräfte und zusammen mit sonstigen Krankenpflegekräften 7,6. Laut dieser Tabelle lag Norwegen bei qualifiziertem Pflegepersonal an vorderster Stelle. Finnland lag hingegen bei sonstigem Pflegepersonal bzw. Pflegepersonen insgesamt vorne und hat mehr als doppelt so viele Pflegekräfte pro 1000 Einwohner zur Verfügung als hierzulande. Österreich liegt damit unterhalb des EU-Durchschnittes (vgl. Czypionka, Kraus, Riedel, Röhring, 2011, 8-10; OECD, 2012).

Abb. 5: Praktizierendes Krankenpflegepersonal pro 1.000 Einwohner, 2009 oder letztverfügbares Jahr

	Qualifizierte Krankenpfle- gekräfte	EU- 15 = 100	Sonstige Kranken- pflege- kräfte	EU- 15 = 100	Kranken- pflege- kräfte	EU- 15 = 100
Österreich	6,5	93	1,2	53	7,6	83
Belgien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Dänemark	9,3	133	5,1	231	14,3	156
Deutschland	8,3	120	2,3	107	10,7	117
Estland	6,4	92	0,0	0	6,4	70
Finnland	9,0	129	6,5	297	15,5	169
Frankreich	n.V.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Griechenland	1,8	26	1,6	72	3,4	37
Irland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Italien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Luxemburg	10,9	157	0,0	0	10,9	120
Niederlande	3,1	44	7,5	341	10,5	115
Polen	5,2	74	0,0	0	5,2	57
Portugal	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweden	10,8	155	0,0	0	10,8	118
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Slowenien	1,9	28	6,0	273	7,9	86
Spanien	5,1	73	0,0	0	5,1	56
Tschechien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	8,1	88
Ungarn	4,6	67	1,5	70	6,2	67
UK	7,6	108	2,1	97	9,7	106
EU-15	7,0	100	2,2	100	9,2	100
EU-21	6,6	95	1,9	87	8,5	93
Norwegen	14,0	201	0,0	0	14,0	153
Schweiz	10,2	146	4,8	218	14,9	163
USA	n.V	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

(Czypionka, Kraus, Riedel, Röhring 2011, S. 9; OECD Health Data, Juni 2010; Statistik Austria; IHS HealthEcon Berechnungen 2011)

In Wien (1.714.142 Einwohner, Statistik Austria 1.1.2011) sieht die Lage etwas besser aus. 2010 standen 1000 Einwohnern 7,1 diplomierte Pflegepersonen zur Verfügung und Wien liegt damit knapp über dem europäischen Durchschnitt. Insgesamt zählte man in Wien über 16.000 Pflege- und Betreuungspersonen, mit dem größten Anteil von knapp 9.000 Menschen in der stationären Pflege. Statistik Austria zufolge hatte Österreich 2007 noch 53.000 diplomierte Pflegepersonen, das sind verglichen mit dem Jahr 1997 um 23,5% mehr. Die Anzahl der PflegehelferInnen wurde jedoch um 3000 weniger und betrug 2007 nur mehr 13.800. Das ist eine negative Entwicklung, die laut Prognosen auch zukünftig voranschreiten dürfte. Der derzeitige Wert liegt jetzt schon im unteren Bereich des OECD-Durchschnitts. Spitzenreiter demzufolge war im Jahr 2000 Irland mit beinahe 14 Pflegekräften pro 1000 Einwohner, gefolgt von Australien, der Schweiz und Kanada. Auch Deutschland liegt mit einem Wert von 9,6 deutlich über dem Österreichs (vgl. Statistik Austria, 2011; Simoens, 2005, 16; Pflegedienstleistungsstatistik, 2010; BMASK, Österreichischer Pflegevorsorgebericht, 2010, 03.02.2012).

Es ist für die Arbeit wichtig zu wissen, wie hoch der Anteil ausländischer Pflegepersonen im österreichischen Pflegebereich ist. Deshalb wird im folgenden Teil nicht nur die aktuelle Situation beschrieben, sondern auch ein wenig zurück geblickt.

8.4. Pflegepersonen aus dem Ausland in Österreich

Die Integration ausländischer Pflegekräfte in der Pflege hat eine lange Geschichte und Tradition, wenn man so sagen will. Dennoch ist es schwer, dieses Thema detailliert aufzubereiten, da relevantes Datenmaterial im Sinne von Dokumentationen und Studien zum Thema Migration in Österreich im Allgemeinen und im Kontext zum Pflegebereich nur sehr unzureichend vorhanden ist (vgl. Hofbauer, 2004; Lenhart, Österle, 2007, 8-11).

Ein kurzer Überblick soll zeigen, wie Österreich seit mehr als 4 Jahrzehnten gezielt AusländerInnen im Pflegebereich anwirbt, aus welchen Ländern diese vorrangig stammen, welche Anreize dafür geschaffen werden, weshalb das nötig ist, aber auch welche Auswirkungen das haben kann. So soll ein geschichtlicher Exkurs einerseits die gegenwärtige Situation etwas besser verständlich machen und andererseits zukünftige Szenarien daraus abgeleitet werden. Aufgrund der Tatsache, dass viele Pflegepersonen aus unterschiedlichen Gründen einreisen und bereits österreichische StaatsbürgerInnen sind, wurde lange Zeit vernachlässigt, deren Herkunft und Ausbildungshintergrund zu erfassen. Das macht es auch schwer, wie bereits erwähnt wurde, zuverlässige Aussagen zur Entwicklung Österreichs aufgrund einer unzulänglichen Datendokumentation zu treffen.

8.4.1. Ursachenforschung: Geschichte und Status Quo

Wie schon näher erläutert, wurden bereits in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts viele Arbeitskräfte aus genannten Gründen, die schon näher erklärt wurden, angeworben. So fing man auch an, im Pflegebereich ausländische Pflegekräfte anzuwerben. Krankenschwestern aus dem asiatischen Raum waren die ersten, die nach Österreich einwanderten, um hier einerseits ihre erlernten Fähigkeiten auszuüben und weiter zu transportieren, aber primär zur Bekämpfung des Pflegenotstands. Damals waren weder der Begriff „Brain-Drain“ noch der Begriff „Brain-Gain“ bekannt, da auch die Auswirkungen und Gefahren, die eine Anwerbung von Pflegekräften mit sich bringen kann, noch nicht erkannt wurden. Für Österreich hatte diese Entwicklung jedoch den Vorteil, dass gut ausgebildete Pflegepersonen zuwanderten, um den reibungslosen Pflegebetrieb gewährleisten zu können. Dadurch entstand auch in Österreich „Care-Gain“ (vgl. Hähner-Rombach, 2011, 23).

Die internationalen Migrationsbewegungen von Pflegepersonen machten auch sichtbar, dass gewisse Länder mehr Abwanderung und andere Länder mehr Zuwanderung von Pflegepersonen zu verzeichnen hatten. Es kristallisierten sich somit spezifische Ziel- und Herkunftsländer heraus. Philippinen und Indien zählten beispielsweise zu den wichtigsten Herkunftsländern. 1974 wanderten rund 700 Krankenschwestern aus den Philippinen nach Österreich ein, um hier im Pflegebereich zu arbeiten (vgl. Mejia, 1979, 277; Bach, 2003, 4; Lenhart, Österle, 2007, 9; Wittmann, 2005; Der Kurier, 30. Mai 2004; Moser, 2010, 12).

Die Philippinen sind eine Ausnahmeerscheinung, die in der westlichen Welt, so auch in Österreich, für ihren „Export“ von Pflegepersonen bekannt sind, da die Regierung die Auswanderung ausgebildeter Pflegepersonen fördert, um das wirtschaftliche Wachstum im ei-

genen Land zu steigern. Schätzungen zufolge arbeiten rund 10% der gesamten philippinischen Bevölkerung im Ausland und 70% der ausgebildeten Pflegepersonen wandern jährlich ins Ausland ab. Die Philippinen stellen, mit all den verbundenen Faktoren und Auswirkungen, ein typisches Herkunftsland von Pflegepersonen dar (vgl. Bach, 2003, 4).

Österreich und auch Deutschland waren und sind hingegen nach wie vor Beispiele für Zielländer. Österreich warb Pflegepersonen vorwiegend aus Jugoslawien offensiv an. Diese lange Tradition geht weit zurück bis in die 60er-Jahre. Sogenannte Push- und Pullfaktoren, die auf die Ab- und Zuwanderung von Pflegepersonen großen Einfluss haben, spielen diesbezüglich eine große Rolle. Es ist generell festzustellen, dass Migrationsbewegungen von Pflegepersonen bestimmte Tendenzen aufweisen. Zielländer, also jene Länder, die Pflegepersonen anwerben, sind weitgehend eher reiche Länder wie etwa westliche Industriestaaten. Die USA (2003: 13% ausländische Pflegepersonen), Großbritannien und Irland waren aufgrund ihrer englischen Amtssprache sehr attraktive Zielländer. Länder mit einer schlechten Wirtschaft oder Entwicklungsländer repräsentieren eher „Herkunftslander“ für abwandernde Pflegekräfte (vgl. Akinyosoye, 2008, 11; Lenhart, Österle, 2007, 8; Grobner, 2009, 10-11; Bachinger, 2009 (1), 13-33).

Im Laufe der letzten Jahrzehnte änderte sich kaum etwas an der Situation, jedoch veränderten sich gewisse Strömungen, die beispielsweise die Öffnung zum Osten oder die Europäische Union im Allgemeinen und ihre Erweiterung im Speziellen geprägt haben. Das hat auch aktuelle Entwicklungen zur Folge, wie u.a. auch die Pendlermigration. Das bedeutet, dass billige Pflegekräfte aus Osteuropa in westliche Länder kommen, um in der häuslichen Pflege zu arbeiten (vgl. Lenhart, Österle, 2007, 10; Hähner-Rombach, 2011, 24).

Dieser Trend hat aber auch auf die stationäre Pflege Auswirkungen. Stammen die meisten immigrierten Pflegepersonen vor Jahren noch aus Drittstaaten, ermöglichte der Beitritt weiterer östlicher Länder zur EU in den Jahren 2004 und 2007 den Ländern mehr Mobilität, was zu einer komplexen Wechselwirkung aus Migration und Anwerbung führte. Die Abwanderung professioneller Pflegepersonen aus östlichen Staaten birgt ebenfalls die Gefahr des „Brain Drain“ für Oststaaten (vgl. Gerlinger, Schmucker, 2007, 184-192; Lenhart, Österle, 2007, 8ff.).

Ein weiterer Grund für die Abhängigkeit von ausländischen Pflegepersonen liegt rund 20 Jahre zurück. Beispielsweise wurde diese Entwicklung durch Einsparungen im Gesundheitswesen in den 1990ern noch zusätzlich verstärkt. Dadurch kam es zu einem erheblichen Mangel an Pflegekräften, was durch das Anwerben von Pflegepersonen aus dem Ausland behoben wurde. Dieses Phänomen lässt sich in vielen westlichen Industriestaaten verfolgen, nur Finnland stellt eine Ausnahme dar. Die Finnen hatten in den 1990ern ein Überangebot an Pflegepersonal, was dazu führte, dass viele finnische Pflegepersonen nach Großbritannien geschickt wurden, um dort dem Pflegenotstand entgegen zu wirken. Als es jedoch auch in Finnland knapp mit dem Pflegepersonal wurde, entschloss man sich dafür, den Abgang nach Großbritannien zu stoppen und die permanente Migration wurde zu einer temporären (vgl. Buchan, 2003, 8,44).

Das erklärt auch den kleinen Anteil ausländischer Pflegepersonen am finnischen Pflegesektor. Auffällig ist auch, dass Zypern beispielsweise wenig Pflegepersonen (706) hat, aber trotzdem viele davon ins Ausland gehen (20%), um dort zu arbeiten. Polen oder Ungarn haben hingegen große Ressourcen und dennoch wandern verhältnismäßig wenig Pflegepersonen aus (4,6% in Polen und 2,4% in Ungarn). Auch wenn diesbezüglich wenig bekannt ist,

wird angenommen, dass auch nur wenige österreichische Pflegepersonen Österreich verlassen, um im Ausland (z.B. in der Schweiz waren 2001 4,8% der ausländischen Pflegepersonen ÖsterreicherInnen) zu arbeiten. Österreich stellt daher definitiv ein Zielland für Pflegepersonen aus dem Ausland dar (vgl. Buchan, 2008, 12; OECD, 2005, 2007; Fischer, 2009, 21-22).

Laut einer OECD-Untersuchung aus dem Jahr 2000 betrug der Anteil von Pflegepersonen in Österreich, die aber im Ausland geboren wurden, gemessen an der Gesamtzahl insgesamt 14,5%, was einer Anzahl von rund 8000 Pflegepersonen entspricht. Verglichen mit anderen OECD-Ländern, wie etwa Finnland (0,8%), Norwegen (6,1%), Spanien (3,4%) oder Deutschland (10,4%), weist Österreich einen relativ hohen Anteil an im Ausland geborenen Pflegepersonen auf. Großbritannien, das zu den wichtigsten Zielländern für Pflegepersonen gehört, hat hingegen mit 15,2% einen noch höheren Anteil. Außerhalb Europas weisen vor allem die USA und Kanada ebenfalls einen hohen Anteil an im Ausland geborene Pflegepersonen auf. (vgl. Clark, 2006, 43).

Viele Daten und Tabellen in diesem Kontext verfügen jedoch über zwei Faktoren, die dafür verantwortlich sind, dass sie etwas verfälscht werden bzw. dadurch unpräzise sind. Einerseits werden oft zwei Pflegebereiche der Langzeitpflege zusammengefasst, was wiederum bedeutet, dass es keine reinen Zahlen für die Altenpflege in Pflegeeinrichtungen gibt. Andererseits ist der Begriff „Migrationshintergrund“ umfassend, da darunter auch Personen fallen, die schon lange Zeit, teilweise in 2. Generation, in Österreich leben und demnach die österreichische Staatsbürgerschaft haben. Dadurch ist es schwer, einen Rückschluss auf jene Personen zu ziehen, die die Ausbildung im Ausland gemacht haben, um später in Österreich zu arbeiten. Diese ungenaue Differenzierung ist in den meisten Fällen der Datenerfassung ein Problem.

Deshalb unterscheidet die OECD in „foreign-trained nurses“ (Pflegepersonen, die die Ausbildung im Ausland absolviert haben) und „foreign nurses“ (ausländische Pflegepersonen). Das macht einen enormen Unterschied, auch auf die Kosten, die ein Staat für die Ausbildung zu tragen hat. Diese Gruppe näher zu analysieren, wäre auch deshalb interessanter, da Motive in Österreich als Pflegeperson zu arbeiten, bestehen müssen, die über Österreichs Pflegebereich einiges aussagen könnten. Aufgrund der mangelnden und dürftigen Datenlage, im Gegensatz zu den genauen Aufzeichnungen bei Ärzten, fällt dies jedoch schwer. Ein Blick über die Grenzen gibt Aufschluss, welche Staaten einen hohen Anteil an im Ausland ausgebildete Pflegepersonen haben (vgl. OECD, 2010).

Laut OECD-Erhebung (Februar 2010) haben in Irland 47,1% der Pflegepersonen eine Ausbildung im Ausland gemacht, bevor sie in Irland zu arbeiten begannen. An zweiter Stelle, aber rund die Hälfte weniger, folgt Neuseeland mit 22,1%. Interessant ist Finnland, wo der Anteil sehr gering ist und bei 0,5% liegt. Wenn man den Fokus auf alle ausländischen Pflegepersonen richtet, dann hat laut OECD-Untersuchung, verglichen mit Belgien, Frankreich, Deutschland und Portugal, Italien mit 9,4% Anteil den höchsten Wert. Eine intensive Qualifizierung jüngerer MigrantInnen im Gesundheitswesen wäre laut Kondratowitz auch für eine Kompensierung der sozialen und im Bereich der Bildung stattfindenden Benachteiligungen unbedingt notwendig. Außerdem sind Pflegepersonen mit Migrationshintergrund angesichts der steigenden Anzahl pflegebedürftiger MigrantInnen in Einrichtungen und der damit verbundenen transkulturellen Pflege eine große Unterstützung und Hilfe, da sie oft einen besseren Zugang haben (vgl. OECD, 2010; Kondratowitz, 2005, 417-424).

Rudolf Hundsdorfer, Bundesminister für Soziales, meint, dass „von insgesamt rund 208.000 im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigten nur rund 22.000 oder 10,5 % AusländerInnen“ sind und der „Anteil der im Pflegebereich tätigen AusländerInnen im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbereichen noch immer überraschend niedrig“ sei. Die Begründung ist laut Bundesminister „vermutlich, weil die meisten der in den 1970er- und 1980er-Jahren zugelassenen Krankenschwestern (insbes. von den Philippinen) längst die österreichische Staatsbürgerschaft haben. Eine Statistik über Arbeitskräfte im Sozial- und Gesundheitsbereich nach Migrationshintergrund haben wir leider nicht.“ (Hundstorfer, Köhler, Klambauer, 2009, 6)

Dennoch gibt es ältere Zahlen und Schätzungen, die erkennen lassen, wie hoch die Zahl der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in Österreich ist. Nach Steven Simoens betrug 2001 der Anteil jener Menschen, die im Ausland geboren wurden, gemessen am gesamten Pflegepersonal 14,5%. Es wird weiters angemerkt, dass es eine klare steigende Tendenz gibt, die diese Entwicklung vorantreibt. So hatten diesem Bericht zufolge 6,75% (EUROSTAT Labour Force Survey) der diplomierten Pflegekräfte eine ausländische Staatsbürgerschaft, wovon 29% aus Bosnien-Herzegowina stammten, gefolgt von Rumänien (13,4%) Kroatien (11,6%), Tschechische Republik (8,1%), Polen (7,6%), Finnland (5,7%), Georgien (5,6%), Philippinen (5,2%), Slowakei (4,8%), Deutschland (4,1%) und aus Staaten des ehemaligen Jugoslawien (3,3%) (vgl. Simoens, 2005, 35; Lenhart, 2008, 28).

Lenhart verweist aber auch darauf, dass bestehende Wanderungsbewegungen in den 70er-Jahren beispielsweise nur anhand von Zeitungsberichten nachvollziehbar sind und eine detaillierte Dokumentation bis dato nicht erfolgte, deshalb muss eher von Schätzungen ausgegangen werden (vgl. Lenhart, 2009, 260).

„Austria, Ireland, New Zealand and Switzerland have mainly recruited nurses from other industrialised countries or OECD countries.“
(Simoens, Villeneuve, Hurst, 2005, 34).

Eine Erkenntnis, die sich auch mit vielen anderen Zahlen deckt. Zu einem ähnlichen Resultat kommt auch der Mikrozensus der Statistik Austria aus dem Jahr 2001. Demzufolge sind zirka 6,2% der Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte aus dem Ausland, 33% davon stammen aus Staaten, die 2004 der EU beigetreten sind, weitere 24% sind aus dem ehemaligen Jugoslawien (vgl. Lenhart, Österle, 2007, 9; Statistik Austria, 2005, 158ff).

Etwas genauer und für die Arbeit wichtiger sind die Zahlen, die Lenhart aufführt und sich dabei u.a. auf Statistik Austria beruft. Ende 2006 waren Schätzungen zufolge rund 75.000 Personen im Alten- und Behindertenbereich tätig. 8,9% von den rund 85.000 Pflegepersonen, die in Alten- und Pflegeheimen sowie Krankenhäusern arbeiten, wurden nicht in Österreich, also im Ausland, ausgebildet. Eine im Jahr 2007 durchgeführte schriftliche Befragung sollte ebenfalls Aufschluss geben, wie viele diplomierte Pflegepersonen und Pflegehilfen, die eine Ausbildung im Ausland absolvierten, in Österreich insbesondere in Alten- und Pflegeheimen tätig sind. Es wurden sowohl PendlerInnen als auch ZuwandererInnen, die ihren Wohnsitz permanent in Österreich haben, befragt. Das Resultat war, dass 10,5% der Pflegepersonen angaben, im Ausland ausgebildet worden zu sein, wovon 62% innerhalb der Europäischen Union und 38% in einem Drittstaat (Slowakei: 21%, Deutschland: 12%, Bosnien-Herzegowina: 9%, Polen: 8%, Tschechische Republik: 8%, Indien: 7%, Philippinen: 7% und Kroatien: 6%). Vor allem Wien verzeichnete einen hohen Anteil an im Ausland ausgebildeten Pflegepersonen. Damit ist klar erkennbar, dass die Wanderung von Pflegepersonen in-

nerhalb Europas einen besonderen Stellenwert hat. Die EU-Erweiterung in den Jahren 2004 und 2007 verstärkte diesen Trend zusätzlich. Auch wenn die Zahlen in etwa den AusländerInnenanteil am Pflegepersonal präsentieren, kann einerseits davon ausgegangen werden, dass dieser Wert aktuell noch etwas höher liegt und andererseits sich unter den befragten Personen auch gebürtige ÖsterreicherInnen befinden, die im Ausland eine Pflegeausbildung abgeschlossen haben (vgl. Lenhart, 2008, 127, 2010; Statistik Austria, 2009, 70).

Prinzipiell kann gesagt werden, dass westliche Industriestaaten, vorwiegend englischsprachige, Länder wie Großbritannien, Irland, Australien oder die USA, die attraktivsten Zielländer für Pflegepersonen darstellen. England verzeichnete im Jahr 2001 beispielsweise einen Anteil an ausländischen Pflegepersonen, die aus über 95 Ländern immigrierten, von 8,34% (vgl. Buchan, Sochalski, 2004, 589; Clark, 2006, 44ff; Lenhart, 2007, 29).

Ein Bericht des „Integrationsinfoservice von MigrantInnen für MigrantInnen“ aus dem Jahr 2005 kam zu folgenden Resultaten. Der Untersuchung zufolge wurde die überwiegende Mehrheit der Pflegepersonen, die in Wien tätig sind, in Österreich geboren (der womögliche Migrationshintergrund spielt diesbezüglich keine Rolle). 15% der Pflegepersonen kamen laut diesem Bericht aus dem ehemaligen Jugoslawien und 2% stammten aus der Türkei. Diese Zahlen haben aber wenig Aussagekraft auf die Zuwanderung von ausgebildeten Pflegepersonen (vgl. Kienzl-Plochberger, 2005, 7).

Genauere Hinweise auf die Zuwanderung von Pflegepersonen gibt auch eine Erhebung des Instituts für Sozialpolitik der WU Wien, die besagt, dass 10,5% aller Pflegekräfte in Alten- und Pflegeheimen nicht in Österreich ausgebildet wurden. 61% der ausländischen Pflegepersonen machten ihre Ausbildung in einem EU-Mitgliedsstaat, die restlichen 39% in einem Drittland. Innerhalb der EU kommen die meisten ausländischen Pflegepersonen aus Deutschland, Slowakei und der Tschechischen Republik. Bosnien-Herzegowina, Kroatien (voraussichtlich erst ab Mitte 2013 EU-Mitglied), die Philippinen und Indien sind die wichtigsten Drittländer, aus denen Pflegepersonen nach Österreich gewandert sind (vgl. Lenhart, Österle, 2007, 9).

Eine weitere Zahl geht aus dieser Studie hervor. Demnach haben rund 20% des gesamten österreichischen Pflegepersonals (Krankenanstalten und Alten- und Pflegeheimen zusammen) in Wien ihre Ausbildung außerhalb Österreichs gemacht. Interessant sind auch die Zahlen, die belegen, dass es Unterschiede in der Zusammensetzung von ausländischem Pflegepersonal in Bezug auf die Institutionen gibt. So ist der Anteil deutscher Pflegepersonen am ausländischen Pflegepersonal in Krankenhäusern mit 24% doppelt so hoch als in Alten- und Pflegeheimen. Slowakische Pflegepersonen sind hingegen deutlich häufiger in Alten- und Pflegeheimen als in Krankenhäusern anzutreffen. Philippinische Pflegepersonen arbeiten ähnlich wie deutsche häufiger in Krankenanstalten (16%) als in Alten- und Pflegeheimen (7%). Insbesondere auch in der Hauskrankenpflege arbeiten viele Pflegepersonen aus dem Ausland. Geschätzte 20.000 bis 40.000 ausländische Pflegekräfte helfen pflegebedürftigen Menschen in österreichischen Privathaushalten (vgl. Lenhart, Österle, 2007, 10; Akinyosoye, 2008, 11; Schmid, 2006, in Burger, 2006, 156ff; Schmid, Prochazkova, 2006, 458).

Nun gilt es, die Motive ausländischer Pflegepersonen im österreichischen Pflegesektor auszuforschen. Es muss der Frage nachgegangen werden, welche Faktoren und Zusammenhänge diesbezüglich eine Rolle spielen.

8.4.2. Motive und Faktoren

Generell ist zu sagen, dass Migration im Verhältnis nur eine kleine Bevölkerungsgruppe betrifft und Menschen in der Regel ihre Heimat nur ungern verlassen. Von diesen MigrantInnen gibt es wiederum eine spezielle Menschengruppe, die ihr Ab- und Zuwandern von spezifischen Motiven und Anreizen abhängig macht (vgl. Santel, 1995; Sassen, 1996; Münz, Seifert, et al., 1997; Bade, 2004; Straubhaar, 2002, 32ff; Haug, Sauer, 2006, 6-20).

Migration ist ein Wechselspiel zwischen Zielland und Herkunftsland. Zielländer müssen einerseits attraktive Bedingungen vorweisen oder Anreize schaffen, um Arbeitskräfte aus dem Ausland anzusprechen. Die Situation in Herkunftsländern stellt dabei das genaue Gegenteil dar, sodass Arbeitskräfte gewillt sind, aus ihrem Heimatland für Arbeitszwecke auszuwandern. Ernest Lee beschrieb basierend auf Ravensteins' „Laws of Migration“ die sogenannten Push- und Pullfaktoren, die die Motive für Migration darstellen und die für Zu- und Abwanderung verantwortlich sind. Han bezeichnet sie auch als Druck- und Sogfaktoren. Davon haben sich etliche Hypothesen abgeleitet, wie beispielsweise die Job-Vacancy-Hypothese, die Income-Differential-Hypothese und die Migrant-Stock-Hypothese bzw. Peterson-GreenwoodHypothese. Diese haben, verkürzt gesagt, zum Inhalt, dass je mehr offene Stellen im Zielland im Vergleich zum Herkunftsland sind, je höher das Einkommen im Zielland im Vergleich zum Herkunftsland ist und je mehr Landsleute bereits im Zielland leben, desto stärker wird die Tendenz zur Auswanderung sein (vgl. Haug, 2000, 3; Lee, 1966, 49-56; Han, 2005, 14ff; Feithen, 1985, 56; Treibel, 1990, 29f; Wagner, 1989, 30f).

Auch für Pflegepersonen gibt es spezifische Motive, die sehr unterschiedlich sein können. Eine schriftliche Befragung aus den Jahren 2007 und 2008 hatte zur Aufgabe, die Gründe der ausländischen Pflegepersonen, in Österreich in Pflegeinstitutionen zu arbeiten, ausfindig zu machen. Es wurden dafür sowohl diplomiertes Pflegepersonal als auch Pflegehilfen, die ihre Ausbildung im jeweiligen Herkunftsland wie etwa der Slowakei, der Tschechischen Republik oder Polen absolvierten und zur Zeit der Befragung in Österreich tätig waren. Außerdem fanden sich nicht nur MigrantInnen, die ihren Wohnsitz permanent nach Österreich verlegt haben, sondern auch PendlerInnen darunter. Die Untersuchung ergab, dass 91% der PendlerInnen und 73% der permanent in Österreich lebenden Pflegepersonen die besseren Verdienstmöglichkeiten als wichtig einstufen. Ein weiterer wichtiger Grund, der von vielen angegeben wurde, waren die besseren Arbeitsmöglichkeiten in Österreich (vgl. Lenhart, 2010).

In diesem Kontext ist es angebracht die Arbeitslosenquote der genannten Länder einmal zu vergleichen. Laut Eurostat war im Jahr 2008 die Arbeitslosigkeit in der Tschechischen Republik bei 5,6%, in Polen bei 8% und in der Slowakei sogar bei 10,9%. Verglichen mit diesen Zahlen scheint die Arbeitslosenquote Österreichs mit 4,1% (Stand: 2008) relativ niedrig. Gute Beschäftigungsmöglichkeiten in der Pflege in Österreich kamen zusätzlich hinzu (vgl. Eurostat, 2009; Lenhart, 2010).

Das kann mehrere Interpretationen zulassen. Eine Annahme kann sein, dass aufgrund der hohen Arbeitslosenquote in benachbarten Ländern viele Pflegepersonen ohnehin wenig Chance auf eine Arbeitsstelle haben und somit in Österreich ihr Glück versuchen. In Österreich ist die Arbeitslosenquote hingegen gering, was bedeuten kann, dass ausländische Pflegepersonen kaum eine Konkurrenz am Arbeitsmarkt darstellen. Um wirklich aussagekräftige und signifikante Behauptungen aufstellen zu können, bedarf es aber noch weiterer grundlegender Kennzahlen, ansonsten sind dies nur unseriöse Spekulationen.

Wenn wir die Löhne miteinander vergleichen, wird auch schnell klar, dass auch hier Österreich wesentlich attraktiver ist. So verdienten im Jahr 2006 Pflegepersonen in tschechischen Krankenanstalten 712 Euro und in der Slowakei 440 Euro. Diplomiertes Pflegepersonal hatte im Jahr 2005 in Österreich ein Einstiegsgehalt von 1.660 Euro (vgl. OECD, 2009; Lenhart, 2009, 263; Lenhart, 2009, 23).

Hier muss aber erwähnt werden, dass die Vergleiche mit einer gewissen Vorsicht betrachtet werden müssen. Schließlich variieren auch die Einstiegsgehälter in Österreich von Institution zu Institution. Pflegepersonen können außerdem nicht alle in einen Topf geworfen werden, da die Qualifikation entscheidend ist. Außerdem sind die Lebenshaltungskosten in Österreich ebenso höher als in den Ländern, die diesbezüglich als Vergleich herangezogen wurden. Zudem müssen die Lohnentwicklungen der letzten Jahre ebenso bedacht werden. Trotzdem kann behauptet werden, dass in Österreich die Löhne um ein Vielfaches höher sind als beispielsweise in der Slowakei und in der tschechischen Republik. Was für einheimische Pflegepersonen, auch aufgrund der hohen Lebenskosten als zu gering erscheint, stellt für viele tschechische oder slowakische Pflegepersonen einen attraktiven Grund dar, in Österreich zu arbeiten. Vor allem für jene, die zwischen dem Arbeitsplatz in Österreich und dem Wohnort im Ausland pendeln können. Das Lohnniveau in Österreich ist auch, verglichen mit den neuen EU-Mitgliedsstaaten, um einiges höher und stellt für viele MigrantInnen einen Anreiz dar. Schneider meint, je größer die Lohnunterschiede zwischen Ziel- und Herkunftsland sind, desto größer wird auch der Anreiz für MigrantInnen. Hier wäre die EU gefragt, faire und ausgewogene Bedingungen zu schaffen (vgl. Schneider, 2004, 12-17).

Ökonomische Aspekte spielen zwar eine wichtige Rolle, dennoch gibt es auch noch andere Faktoren, die für viele eine große Bedeutung haben. So meinten 94% der PendlerInnen und 71% der permanent migrierten Personen, dass das Erlernen einer neuen Sprache ein sehr wichtiger Aspekt für sie sei und die Entscheidung auszuwandern erheblich beeinflusste. Außerdem wurde die familiäre Unterstützung von 76% der Befragten als sehr wichtig eingeschätzt, auch weil 58% von ihnen bereits Kinder hatten. Mehr als die Hälfte der befragten Personen stellten fest, dass Erfahrungsberichte anderer großen Einfluss hatte. Entgegen der allgemeinen Meinung waren bestehende soziale Netzwerke, berufliche Weiterbildungschancen oder Karrieremöglichkeiten kaum wichtig für die Entscheidungsfindung. Die Untersuchung zeigt, dass es ein breites Spektrum und eine Heterogenität hinsichtlich der Motive und Gründe für eine Abwanderung bei Pflegepersonen gibt. Auch Han meint, dass nicht immer der rational erwartbare Vorteil wie Verdienstaussichten, sondern vor allem soziale und emotionale Faktoren wie Sicherheitsgefühl für Migration entscheidend sind. Das dokumentiert schließlich auch die Kettenmigration bzw. die kumulative Migration (vgl. Han, 2005, 16; Lenhart, 2009; Massey, 1987, 4ff).

Gudrun Bauer hat eine Tabelle (siehe Abb. 6) bezüglich der Hauptmotive für Immigration im Pflegebereich entworfen und diese dabei in soziale, ökonomische, sowie politische und demographische unterteilt.

Abb. 6: Hauptmotive für die Immigration im Pflegebereich

Soziale Motive	Ökonomische Motive	Politische und demographische Motive
Kennenlernen von Menschen und anderer Kulturen	Entlohnung	Politische Stabilität
Lernen einer neuen Sprache	Arbeitsbedingungen	Zugang zum Gesundheitssystem Arbeitslosigkeit
Erweiterung der eigenen Kompetenzen	Karrieremöglichkeiten	Räumliche Nähe zum Heimatland
	Weiterbildungsmöglichkeiten	
	Lebensstandard	

(Bauer 2010, S. 18)

Die Motive kann man weiter entwickeln und auch anders darstellen, indem man die Faktoren, durch die man „getrieben wird“ oder sich „treiben lässt“, „Herkunftsland“ und „Ziel-land“ einbezieht. Dabei werden die Faktoren und Motive jeweils verglichen und jene, die Abwanderung (Push) fördern, den Herkunftsländern hinzugefügt und jene, die Zuwanderung (Pull) beeinflussen, den Zielländern. Diese Übersicht soll Klarheit hinsichtlich der Bedeutung von Push- und Pullfaktoren schaffen (vgl. Wöhlcke, 2001, 31; Cohen, 1996, 13).

Pushfaktoren sind Faktoren, die zur Ab- oder Auswanderung, sprich Emigration führen und stellen die Motive für Pflegepersonen mit Migrationshintergrund (egal welcher Herkunft) dar. Beispiele dafür sind:

- geringer Verdienst, niedrige Entlohnung im Herkunftsland (darauf wird noch näher eingegangen)
- schlechte Arbeitsbedingungen, Arbeitsunzufriedenheit
- Mangel an Ressourcen, um effektiv arbeiten zu können
- begrenzte berufliche Aufstiegsmöglichkeiten, keine Karrierechancen
- begrenzte Möglichkeiten die Ausbildung betreffend
- arbeitsbezogene Gefahren (erhöhtes Risiko HIV/Aids, etc. betreffend)
- gefährliche Arbeitsbedingungen
- geringe Lebensqualität
- schlechte Lebensbedingungen und Chancen für Kinder
- politische und wirtschaftliche Instabilität, Verfolgungen

(vgl. Buchan, Parkin, et al., 2003, 42; Kline, 2003 in: Clark, 2006, 42; Moser, 2010, 13-14)

Pullfaktoren sind Anziehungspunkte, mit dem das Zielland wirbt und stellen Motive für Pflegepersonen mit Migrationshintergrund (egal welcher Herkunft) dar. Beispiele dafür sind:

- bessere/höhere Bezahlung
- bessere und sichere Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit
- besser entwickeltes Gesundheitssystem mit zugänglichen Ressourcen

- reale berufliche Aufstiegschancen, gute Karrierechancen
- gute Lebensqualität
- gute Möglichkeiten für Kinder
- finanzielle Entschädigung für zusätzliche Ausbildungen
- politische Stabilität
- Möglichkeit zu reisen

(vgl. Buchan, Parkin, et al., 2003, 42; Kline, 2003 in: Clark, 2006, 42, Moser, 2010, 13-14)

8.4.3. Effekte für Zielländer und Herkunftsländer

Push- und Pullfaktoren, also in weiter Folge Zu- und Abwanderung lösen sowohl positive als auch negative Effekte auf Zielländer und Herkunftsländer aus. Manche treten schon nach kurzer Zeit auf, andere sind erst langfristig oder mittelfristig erkennbar. Da Österreich ein Zielland darstellt, werden zuerst die Vor- und Nachteile der Zuwanderung ausländischer Pflegepersonen näher aufgeführt.

Beispiele für positive Effekte (für das Zielland):

- Zielland ist der „Hauptgewinner“ dieses Transfers
- Brain-Gain
- Ausgleich des Personalmangels
- kurz- und mittelfristige Bedarfsdeckung durch Rekrutierung von ausländischen Fachkräften (vgl. Nowak, 2003, 50)
- PatientInnen mit Migrationshintergrund wünschen sich oft professionelle Pflege von ausländischen Pflegepersonen, da sie Vorbehalte und Unverständnis von heimischen Personal befürchten. Schätzungen zufolge soll sich der Anteil an SeniorInnen mit Migrationshintergrund bis 2021 vervierfachen, was den Bedarf an ausländischen Pflegepersonen noch dringlicher macht (vgl. Scheib, 1997, 30 in: Domenig, 2001, 393; Reinprecht, 2006, 13)

Beispiele für negative Effekte (für das Zielland):

- keine langfristige Lösung für Personalmangel
- wenig Interesse seitens der Verantwortungsträger, Fehlentwicklungen und Probleme in Bezug auf Ausbildung und Arbeitsumfeld zu beheben
- Integrationsdefizite bei ausländischem Pflegepersonal
- sozial-kulturelle Folgen wie etwa durch Sprachdefizite und Kommunikationsprobleme, was zu Abgrenzungen und Diskriminierung führt (vgl. Esser, 2006, i)

Beispiele für positive Effekte (für das Herkunftsland):

- „Brain-Circulation/Care-Circulation“: nach dem 2. Weltkrieg wanderten schon viele deutsche Krankenschwestern mittels Stipendium in USA, brachten Anreize mit, um die Professionalisierung in der Pflege in der BRD voranzutreiben
- finanzieller Nutzen durch Rückzahlung, die durch Migranten in das Herkunftsland fließen
- internationale Beziehungen mit Zielländern

Beispiele für negative Effekte (für das Herkunftsland):

- Brain-Drain: der Mangel an Pflegekräften wird durch die Abwanderung noch zusätzlich verschärft (vgl. Buchan, 2003, 11ff)
- Verlust der Investitionen in die Ausbildung
- junge und gut ausgebildete Arbeitskräfte gehen verloren
- verminderter wirtschaftlicher Wachstum und Fortschritt

Österreich ist Zielland für Pflegepersonen aus dem Ausland, leidet aber dennoch an einem Pflegefachkräftemangel. Die immer höher werdende Lebenserwartung und der damit steigende Bedarf an Pflegepersonal erschwert die Lage. Die Personalknappheit im Pflegebereich wird durch Zuwanderung von qualifizierten Pflegepersonen aus dem Ausland gelöst. Die Situation wird sich aufgrund der Einflussfaktoren noch verschärfen, was auch auf die Abhängigkeit ausländischer Pflegepersonen Auswirkungen haben wird. Zu diesem Thema gibt es im folgenden Teil mehr (vgl. WHO Regionalkomitee für Europa, 2007; Fischer, 2009, 20-24).

8.5. Personalmangel, Personalüberangebot und weitere Trends

„The projected age distributions for 2011 and 2021 suggest that the nurse workforces in Austria, Belgium, France, Germany, Italy, the Netherlands and New Zealand will be made up of a lower proportion of nurses in their thirties and early forties, and a higher proportion of nurses aged above 45 years than is now the case.“ (Simoens, Vिलeneuve, Hurst OECD, 2005, 21-22)

Damit wird auf die Entwicklung, dass im Verhältnis immer weniger junge Menschen im Pflegebereich arbeiten, hingewiesen, was ein erhebliches Problem für die Zusammensetzung und Organisation des Pflegepersonals darstellt. Nowak weist ebenfalls auf einen Personalmangel in einigen Bereichen der Pflege hin, der aufgrund des demographischen Wandels, der steigenden Lebenserwartung und der sinkenden Geburtenrate dramatisch zu steigen droht und fordert gleichzeitig, mehr Pflegepersonen aus dem Ausland zu holen. Das bedeutet allerdings auch, dass die Anerkennung derer Ausbildung erleichtert und beschleunigt werden muss, was mit der derzeitigen Nostrifikations-Regelung nicht der Fall ist (vgl. Nowak, 2003, 26).

Ein Beleg dafür, dass ein Mangel an Pflegepersonen in Österreich besteht, ist die Tatsache, dass Arbeitslosigkeit bei diplomierten Pflegebediensteten nur selten anzutreffen ist. Diese niedrige Arbeitslosigkeit hat mehrere Ursachen. Einerseits bedeutet das, dass die in Österreich ausgebildeten Pflegepersonen prinzipiell keine großen Schwierigkeiten haben, im Pflegebereich auch einen Arbeitsplatz zu finden, da genügend freie Arbeitsplätze im Pflegebereich zur Verfügung stünden. Trotzdem werden ausländische Pflegepersonen benötigt. Deshalb ist davon auszugehen, dass Österreich über nicht genügend viele Pflegepersonen verfügt bzw. nicht genügend Menschen die Möglichkeit, eine Ausbildung in Österreich zu machen, wahrnehmen (vgl. Mosberger, 2007, 2).

Damit ist auch gleichzeitig der Vorwurf, ausländische Pflegepersonen würden österreichischem Pflegepersonal Arbeitsplätze wegnehmen, zurückzuweisen. Weitere Untersuchungen weisen auf, dass es generell keine Korrelation zwischen Einwanderung oder Anwerbung von Personal und Arbeitslosigkeit der heimischen Bevölkerung gibt, da Menschen mit Migrati-

onhintergrund laut Erhebungen meist einfache Tätigkeiten verrichten oder Schlüsselkräfte für hoch spezialisierte Arbeiten sind (vgl. Buchan, Parkin, et al., 2003, 10-11).

Der Bedarf ausländischer Pflegepersonen hängt noch dazu auch stark von anderen Faktoren ab, die nicht direkt mit dem Gesundheitswesen zu tun haben, wie z.B. Geburtenraten oder Wirtschaftslage (vgl. Vujicic, Zurn, et al., 2004, 2).

Zahlen verdeutlichen, dass eben auch in Österreich ein hoher Anteil ausländischer Pflegepersonen tätig ist und dadurch der „Brain-Gain“-Effekt zum Tragen kommt, da Österreich ein Zielland darstellt. Zusätzlich stieg auch die Zahl der im Pflegebereich beschäftigten Menschen in den letzten Jahren um ca. 20%, dennoch ist ein Personalmangel zu verbuchen. Da auch die Anzahl junger Menschen in Pflegeausbildung stetig sinkt, ist die logische Schlussfolgerung, dass Österreich zunehmend auf die Rekrutierung von Pflegepersonen aus dem Ausland angewiesen ist. Der Pflegekräftemangel ist ein allgemeines Phänomen und betrifft den Großteil der OECD-Länder. Die USA hatte beispielsweise im Jahr 2000 einen Mangel von 110.700 Pflegepersonen, die Niederlande um 7000 Pflegepersonen zu wenig. Die Arbeitslosigkeit von Pflegepersonen in den meisten OECD-Ländern, ausgenommen Slowakei und Spanien, ist hingegen sehr gering (vgl. Wittmann, 2005; Simoens, 2005, 20).

Ein ausreichendes Pflegeangebot basierend auf qualitativ hochwertiger Pflege kann nur gewährleistet werden, wenn es auch genügend qualifizierte Pflegepersonen gibt. Dass über Personalknappheit in der Pflege schon länger diskutiert wird, dafür soll dieses Statement von Wittmann als Beleg dienen: *„Aufgrund von Prognosen schätzen ExpertInnen, dass bis zum Jahr 2010 knapp 20.000 zusätzliche Beschäftigte in Pflegeberufen benötigt werden.“* (Wittmann, 2005)

Zusätzlich wirkt sich die Tatsache, dass zu wenig junge Menschen eine Pflegeausbildung aus diversen Gründen, auf die noch genauer eingegangen wird, machen wollen, negativ auf die Ressourcen aus und erfordert die Integration ausländischer Pflegepersonen. Das Interesse junger Leute, einen Pflegeberuf anzustreben, nimmt laut ExpertInnen des Gesundheitswesens zusätzlich immer mehr ab. Auch aufgrund gesellschaftlicher Trends wie der alternden Gesellschaft basierend auf medizinischem Fortschritt wird der Bedarf an Pflegepersonen auch in Zukunft stetig steigen (vgl. Nowak, 2003, 15ff; Simoens, 2005, 21).

Da sich die Anzahl der Ausbildungsplätze nach dem Bedarf an Personal in den jeweils angeschlossenen Pflegeeinrichtungen und den aktuellen Landesförderungen richtet, werden in Wahrheit weniger Ausbildungsplätze vergeben als theoretisch zur Verfügung stünden. Das ist angesichts des hohen Bedarfs an qualifiziertem Pflegepersonal unverständlich.

All diese Faktoren deuten darauf hin, dass die Situation kaum besser wird und der heimische Pflegesektor immer mehr von ausländischen Pflegepersonen abhängig wird. Die Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, die Öffnung der Arbeitsmärkte und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind Faktoren, die den Trend, also Wanderungsbewegungen von Pflegepersonen, weiter verstärken werden (vgl. Buchan, 2008; Gerlinger, Schmucker, 2007).

Laut Buchan, Parking und Sochalski werden Personen aus einem entwickelten in ein industrialisiertes Land wandern, solange es entwicklungsbedingte Unterschiede zwischen beiden gibt. Oder anders gesagt: Die Migration von Pflegepersonen ist dann wünschenswert und erfolgsversprechend, wenn die Balance gehalten wird. Denn solange ein Mangel an Pflegepersonen in Zielländern und ein Überangebot an Pflegepersonen in Herkunftsländern be-

steht, ist Migration ein positiver Faktor um dem Ungleichgewicht entgegen zu wirken (vgl. Buchan, Parking, et al., 2003, 8ff; Buchan, 2006, 56ff).

Das Resultat ist „Brain-Drain“ auf der einen Seite und „Brain-Gain“ auf der anderen Seite. Der erhöhte Bedarf an Pflegepersonal und die erweiterte Arbeitsmarkttöffnung innerhalb der EU 2011 können die Entwicklung noch drastisch vorantreiben. Mangels Evaluation gibt es zwar noch keine eindeutigen Zahlen, dennoch lässt sich ein Trend zu einer weiteren Migration von der Slowakei nach Österreich beobachten, wie eine slowakische Studie belegt. Nur die wenigsten verlegen dieser Studie zufolge ihren Wohnsitz. Die sogenannte Transmigration oder Pendelmigration kann aber laut einer amerikanischen Untersuchung Mehrsprachigkeit, psychische Flexibilität und Multiperspektivität begünstigen. Vorteile, die mit der klassischen Migration eher nicht assoziiert werden. (vgl. Schiller, Basch, et al., 1992; Homfeldt, Schröder, 2008, 26; Bryndová, 2009, 69f.; Winkler, Rottenhofer, et al., 2006, vii; Lenhart, 2010).

Die Alterung der Bevölkerung, also die hohe Lebenserwartung der Menschen in westlichen Industriestaaten, erfordert einerseits mehr Ressourcen im Gesundheitswesen, um den Menschen qualitative Versorgung gewährleisten zu können und das bedeutet einen Anstieg des Bedarfes an Gesundheitsleistungen. Andererseits kommt hinzu, dass die Erwerbsbevölkerung aufgrund rückläufiger Geburtsraten kontinuierlich schrumpft. Zu berücksichtigen ist, dass demographische Trends auch vor einem Pflegepersonal nicht Halt machen und somit deren Zusammensetzung beeinflussen. Pflegepersonen werden einerseits ebenfalls älter und andererseits schrumpft der Nachwuchs. Diese Faktoren stellt die europäischen Länder vor große wirtschaftliche, finanzielle und soziale Herausforderungen (vgl. Fischer, 2009, 3-4).

9. Pfllegeteams

Aufgrund der Umstände im Pflegebereich und des hohen Anteils ausländischer Pfllegeteams entsteht in Pfllegeteams eine gewisse kulturell bedingte Heterogenität. Die Internationalität innerhalb eines Pfllegeteams und dessen Potential kann auf positive Weise genutzt und gefördert werden, birgt aber genauso auch Probleme. Es liegt daher an den einzelnen ProtagonistInnen, wie Chancen ergriffen werden, Stärken gefördert und Schwächen sowie Gefahren reduziert werden. Ein Aspekt mit dem wohl größten Konfliktpotential ist die Kommunikation innerhalb von Pfllegeteams und die damit verbundenen und erforderlichen Sprachkenntnisse.

9.1. Problemfeld: Kommunikation

Gemäß Paul Watzlawick ist es unmöglich nicht zu kommunizieren, da Kommunikation nicht nur verbal, sondern vor allem nonverbal passiert. Die verbale Kommunikation ist naturgemäß stark von Sprache abhängig. Deshalb ist es besonders wichtig, diesbezüglich eine Gemeinsamkeit zu haben. Sprachliche Kenntnisse sind in der Pflegepraxis unverzichtbar. Aber auch Verhaltensgesten und Mimik spielen eine zentrale Rolle, die gelegentlich zu Missverständnissen führen kann, aber nicht unbedingt führen muss. Sprache und Pflege sind eben stark kulturspezifisch (vgl. Watzlawick, Beavin, et al., 1969, 53; Habermann, 2002, 3ff).

Das ist anhand der Berufsauffassung, des Pflegeverständnisses, der Rollenerwartung und der Pflegetechniken bemerkbar. Rituale, Symbole oder Mythen sind weitere Indikatoren dafür. Deshalb ist Sprache zur Verständigung ein Schlüssel für den Eintritt in eine neue Gesellschaft und ein Erfolgskriterium für funktionierende Kommunikation. Sprache verbindet und schafft so Gemeinsamkeit und Zusammengehörigkeit. Wenn die Sprache hingegen nicht beherrscht wird, führt das unweigerlich zu Sprachbarrieren und bewirkt meist Ausgrenzung und Belastung. Gut funktionierende Verständigung muss also Selbstverständlichkeit sein, da ansonsten nicht nur Beratungs- und Informationsgespräche mit den PatientInnen, sondern auch Assessment, die Basis für Planung, Durchführung und Auswertung der Pflege, und teaminterne Kommunikation erheblich schwerer fällt. Das hat auch zur Folge, dass die Pflegequalität in Mitleidenschaft gezogen wird (vgl. Leggat, 2007, 1-10; Loughry, 2007; Seidl, Walter, 2010, 13-85; Gassner, 2008, 26-40).

Kommunikation ist an sich ein sehr problematischer Bereich, indem es oft zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen kommt. Wenn dann noch hinzukommt, dass die Interaktionspartner kulturell unterschiedlich geprägt sind, wirkt sich das erschwerend aus. Bei interkultureller Kommunikation kommt es darauf an, Signale zu verstehen und richtig zu interpretieren, sonst sind Probleme vorprogrammiert. Eine gelungene Kommunikation zwischen Personen unterschiedlicher Herkunft und anderer Kultur setzt voraus, dass beide Seiten, sowohl Sender als auch Empfänger der Nachricht, aktiv Verantwortung übernehmen müssen, damit ohne zusätzliche Interpretationen eine fehlerfreie Kommunikation ablaufen kann (vgl. Dachs, 1999, 13).

Interkulturelle Kommunikation ist somit die Basis für eine transkulturelle Kommunikation. Damit diese überhaupt zustande kommt, wird von beiden Akteuren einer Interaktion ein

Wissen über die jeweils andere Kultur, Wertschätzung dieser und ausreichend Einfühlungsvermögen abverlangt. Man kennt die Grenzen, respektiert und berücksichtigt diese. Transkulturelle Kommunikation ist also viel mehr als nur das gute Auskommen oder das gesprochene Wort. Sie erfordert Gleichstellung, eine offene Grundeinstellung und Menschlichkeit, sorgt aber auch für mehr Geschlossenheit und Teamgeist (vgl. Dachs, 1999, 8f).

Die grundlegendsten Probleme zwischen ausländischen Pflegepersonen und PatientInnen betreffen die Kommunikation aufgrund von Defiziten der sprachlichen Kenntnisse oder von nonverbalen Missverständnissen. Sprache und Kommunikation sind nun mal die wichtigsten Mitteln der Interaktion. Diesbezüglich ist zu sagen, dass ausländische Pflegepersonen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen dazu verpflichtet sind, die neue Sprache zu erlernen, um überhaupt die Erlaubnis zur Berufsausübung zu erhalten. Aber abgesehen von der gesetzlichen Verpflichtung, genügt sowohl die eigene Auffassung und das Verständnis von qualitativ hochwertiger Pflege als auch der Druck innerhalb von Institutionen, um das Erlernen der neuen Sprache als selbstverständlich zu erachten. Die Sprache vermittelt Handlungen und verbindet, indem Gemeinsamkeiten gefunden werden. Prioritäten können nur durch die Sprache festgelegt werden und damit ist sie für den pflegerischen Alltag ein wichtiges und unumgängliches Instrument. Zwar ist die Meinung der breiten Bevölkerung, dass Zweisprachigkeit MigrantInnen eher überfordere, das Gegenteil ist jedoch der Fall. Gerade in der Pflege gibt es viele Gründe Mehrsprachigkeit als Ressource zu betrachten. Wichtig ist nur, dass die Kenntnisse beider Sprachen gepflegt werden (vgl. Bartholomeyczik, 2005; Zegelein-Abt, 1997, 3; Gogolin, 2005, 5; Friebe, 2006, 7,20-32).

Meist gehen die kommunikativen Probleme auf einen Akzent und eine schlechte Aussprache der Pflegeperson, oder auf schwer verständliche Umgangssprache des Patienten zurück. Hier ist Toleranz und Akzeptanz zu erwarten. Weitere Probleme können auf institutionellen Rahmenbedingungen oder kulturell bedingten Vorurteilen. Kultur und Religion haben Einfluss auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, auf Normen und Werte oder Alter und Familienvorstellungen, was ebenfalls zu Konflikten in der Interaktion führen kann (vgl. Habermann, 1998; Friebe, 2006, 20-32; Fischer, 2009, 33-34).

Die gemeinsame Sprache und ein interkulturelles oder transkulturelles Verständnis sind also die häufigsten Barrieren, sobald ausländische Pflegepersonen Teil eines Teams darstellen. Laut Friebe wirken sich Verständigungsprobleme, mangelnde Teamfähigkeit oder geringes Pflegeverständnis auch negativ auf die Arbeitsleistung und Moral innerhalb eines Teams aus. Das führt oft dazu, dass Konflikte dann „kulturalisiert“ werden, was durch hierarchische Machtverhältnisse noch zusätzlich gefördert wird. Damit werden stets die „AusländerInnen“ als die Ursache des Problems dargestellt, was eine sehr einseitige Sichtweise ist (vgl. Friebe, 2006, 17; Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, 63,77).

Entstehende Teamkonflikte zentrieren sich dann vielfach um jene MitarbeiterInnen, die Verständigungs- und Verständnisprobleme haben. Ein Team, in dem die Kommunikation und die darauf basierende Arbeit funktionieren soll, muss aber auch seitens der MitarbeiterInnen, die über die nötigen sprachlichen Kenntnisse verfügen, die notwendige Akzeptanz und Toleranz gegenüber fremdsprachiger MitarbeiterInnen aufbringen. Nur in einem guten Arbeitsklima innerhalb eines Teams ist die Motivation hoch, die Sprache neu zu erlernen. Oder wie es Rehbein 1985 beschrieben hat:

„Aus fehlgeschlagener Kommunikation und Missverständnissen erwachsen Unsicherheit, offene und geheime Diskriminierung auf Sei-

ten der Angehörigen der sprachlichen Mehrheit, Resignation und Handlungsverzicht auf Seiten der Angehörigen der sprachlichen Minderheit. Diese gehen als Voraussetzung wieder in die Kommunikation ein.“ (Rehbein, 1985, 9)

Kommunikation kann somit die Lösung sein, ist aber oft auch die zentrale Schwachstelle, worauf viele Probleme zurückgeführt werden.

Eine erfolgreiche Teamarbeit und gelungene interne Aktionen benötigen aber auch eine Konflikt- und Kommunikationskultur. Jeder Mensch macht Fehler und hat das Recht diese wieder gut zu machen, ohne dass man ihm einen „Strick draus dreht“. Eine offene Diskussion im Sinne einer Fehlerkultur darüber, wäre also auch eine Chance, Probleme zu enttabuisieren. Es hat sich schon oft bewahrheitet, dass sich eine respektvolle Offenheit gegenüber dem Anderen besser auf ein Arbeitsverhältnis auswirkt, als Verslossenheit und Ignoranz, die sich mittel- oder langfristig in Intrigen entwickeln können (vgl. Reader, 2006; Gassner, 2008, 26-38).

9.2. Weitere Problemfelder

Die Ergebnisse des 2-jährigen Modellprojektes „Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege“ der Heimvolkshochschule Haus Neuland in Kooperation mit dem AWO Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe ergab neben möglicher Kommunikationsprobleme noch folgende Konfliktpotentiale, die vermehrt in interkulturellen Pflegeteams auftraten: Diskriminierung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund, interkulturelle Konflikte und Phänomene kultureller Differenz (vgl. Buchmann, 2003, 5-8; Jana, 2004, 69ff).

In Pflegeteams mit Mehrheit einheimischer Pflegepersonen kann es dazu kommen, dass sich ein „Wir-Gefühl“ stark macht. Damit wird die eigene Identität hervorgehoben und höher gestellt, ausländische Pflegepersonen hingegen ins Abseits gestellt und diskriminiert. Dieses Abhängigkeitsverhältnis von ausländischen Pflegepersonen zu einheimischen wird oft missbraucht (vgl. Ertl, 2003, 63ff; Jana, 2004, 61-69).

Laut Spencer hat sich Kultur aus Evolutionssicht tendenziell vom Primitiven zum Höheren entwickelt. Das erklärt auch, warum viele Mensch in dem Glauben sind, sie seien kulturell überlegen, was zu einem Überlegenheits- und Unterlegenheitsdenken führt. Aber auch in Pflegeteam, in denen Einheimische in der Minderheit sind, kann es zu solch einem Phänomen kommen. In diesem Fall sehen die Betroffenen ihre eigene Identität bedroht und als Reflex schweißt das jene zusammen, die gleich fühlen (vgl. Spencer, 1867; Girtler, 2006, 27,42ff; Hollander, 1946; Heintz, 1957).

Diskriminierung liegt vor, wenn *„Menschen aufgrund ihres Geschlechts, ihrer Ethnie, ihrer Hautfarbe, einer Behinderung, ihres Glaubens, der sozialen Herkunft oder ihres Alters willkürlich benachteiligt oder (oft in bester Absicht) genauso wie Angehörige der Mehrheitskultur behandelt werden.“* (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, 60)

Genau auf dieser Ungleichbehandlung oder Schlechterstellung basiert auch Rassismus. Fredrickson beschreibt Rassismus als Denkweise, *„wodurch „sie“ sich von „uns“ dauerhaft unterscheiden, ohne dass es die Möglichkeit gäbe, die Unterschiede zu überbrücken. Dieses*

Gefühl der Differenz liefert ein Motiv beziehungsweise eine Rechtfertigung dafür, dass „wir“ unseren Machtvorteil einsetzen, um den ethnorrassisch Anderen auf eine Weise zu behandeln, die wir als grausam oder ungerecht ansehen würden, wenn Mitglieder unserer eigenen Gruppe davon betroffen wären.“ (Fredrickson, 2004, 16)

Der Leitsatz, jeden Menschen, egal welcher Herkunft, so zu behandeln, wie man selbst von anderen behandelt werden möchte, ist für viele Menschen aus unterschiedlichen Gründen, die auf einen Überlegenheitsgedanken zurückgeführt werden können, in der realen Welt praktisch nicht umsetzbar.

Allport meint, dass Vorurteile auf gewissen Kategorien basieren: *“The human mind must think with the aid of categories. Once formed, categories are the basis for normal prejudgment. We cannot possibly avoid this process. Orderly living depends upon it”* (Allport, 1954, 20).

Die Umwelt und das soziale Umfeld prägen Individuen und auch die Kategorien, in denen sie denken. Selbst aufgeschlossene und liberale Menschen sind nicht gänzlich frei von Vorurteilen aufgrund dieses Kategoriendenkens, können aber mittels Selbstreflexion und ständiger Kontrolle diese umgehen oder gar korrigieren. Ihre Devise bzw. Schlussfolgerungen lauten oft, dass in größeren „Samples“, die die Bevölkerung repräsentieren sollen, immer auch Ausnahmen und Abweichungen von der Norm auftreten, egal woher Menschen kommen.

Vorurteile stehen im engen Zusammenhang zum Klischee und Stereotyp. Die Allport-Skala basiert auf den Komponenten Einstellung und Überzeugung und äußert sich in den Stufen Verleumdung, Kontaktvermeidung, Diskriminierung und körperliche Gewalt in permanent wachsender Stärke (vgl. Allport, 1971).

Diskriminierung, Rassismus und Vorurteil sind stark miteinander verbunden, stellen einerseits die Faktoren für Ursache und Wirkung dar und haben andererseits viele Facetten und Ausprägungen. Sie treten in allen Lebensbereichen und Gesellschaftsformen auf und sind auch trotz der Widersprüchlichkeit in sozialen Arbeitswelten wie im Pflegebereich stark beobachtbar. Das Berufsethos verpflichtet Pflegepersonen zwar, jeden Menschen unabhängig von Rasse, Geschlecht, Herkunft oder Sprache gleich zu behandeln, dennoch sind Pflegepersonen auch nur Menschen und somit ebenso nicht frei von patriotischen Gefühlen. Darunter können sich auch noch andere Gefühle mischen, die mit den Leistungen, die sie erfüllen müssen, schwer zu vereinbaren sind. Falls eine Grundeinstellung, die Fremdes ablehnt, bemerkbar ist, muss diese bewältigt werden, ansonsten drohen schwerwiegende Konflikte.

Durch die im Laufe der letzten Jahrzehnte aufgrund der Globalisierung immer stetig angestiegene Migration von Menschen, die Multikulturalität und Wertepluralismus mit sich brachte, haben sich gewisse Vorurteile, deren Ursprung teilweise Jahrhunderte zurück liegen, verfestigt und zu einer Irrationalität geführt. Jene Vorurteile können nur schwerlich abgebaut werden. Allport weist darauf hin, dass es für die Korrektur von Vorurteilen Grenzen gibt. Für das Individuum mag die These somit stimmen oder auch nicht, für das Kollektiv hat die Aussage jedoch uneingeschränkte Gültigkeit, da Vorurteile immer einen harten und kaum zu verändernden Kern haben, der auch durch Klischees und Stereotypen gestützt wird. Laut Allport können diesbezüglich aber langfristige Migrationsbewegungen viel bewirken, indem Vorurteile in einem langen Prozess ausgeräumt werden (vgl. Allport, 1971).

Die Menschen sehen ihr gesamtes Leben durch eine „Kulturbrille“ und bewerten damit All-

tagssituationen nach Maßstäben, die kulturell beeinflusst sind. Sie ist einerseits lebensnotwendig, stellt andererseits aber auch in manchen multikulturellen Interaktionen aufgrund unterschiedlicher Gepflogenheiten ein Hindernis dar. Das Trennende wird durch die einfache und unreflektierte Sicht mit der Kulturbrille schnell falsch ausgelegt und kann zu Vorurteilen und folglich Rassismen führen. Das hat wiederum viel damit zu tun, dass Menschen ihre eigene Identität und kulturelle Zugehörigkeit gegenüber anderen Kulturen höher bewerten. Durch diese Höherwertung der eigenen kulturellen Normen und Werte, wie etwa Sauberkeit, Körperhygiene oder Essgewohnheiten, kommt es auch zu einer Denkweise der Über- und Unterlegenheit von Kulturen (vgl. von den Steinen, 1890; Achelis, 1897; Ducks, 2003, 81; Ganser, 2010, 3-6).

Auch in der Pflege, insbesondere in multikulturellen Pflgeteams, haben beteiligte Personen oft mit Vorurteilen, Ressentiments und Klischees zu kämpfen. Das liegt vor allem daran, dass Pflegepersonen aus anderen Nationen viel mehr dem nationalen Kollektiv zugeordnet werden, oft wird gar nur zwischen In- und Ausländern unterschieden. Die persönliche Identität wird dabei meist gänzlich ausgeklammert. Diese mangelnde Differenzierung, beispielsweise motiviert durch eine naive, desinteressierte oder konservative Grundhaltung, ist ein wesentlicher Faktor, der den Nährboden für negative Entwicklungen legt. Für eine adäquate und hinsichtlich der Bedürfnisse des Einzelnen genau abgestimmte Pflege, müssen Pflegepersonen die Identität und die Individualität des Einzelnen erfassen und Typisierungen ausblenden. Das gilt sowohl für Patienten als auch für KollegInnen (vgl. Pavkovic (o.A.), 11-14; Bachinger, 2009 (1), 47).

Schubladisierungen und Pauschalierungen sind bekanntlich niemandem recht und im Arbeitsalltag allzu kontraproduktiv. Jeder Mensch möchte eigenständig sein und individuell bewertet werden, indem auf persönliche Charakteristika Rücksicht genommen wird. Habermas meint, dass kulturelle Fremdzuschreibung auch immer mit der eigenen Selbstzuschreibung einhergeht, also der Umgang mit Fremden eng mit der eigenen Lebensgeschichte und den daraus resultierenden Werten verbunden ist. Ein prägendes Ereignis mit Ausländern in der Biographie eines Menschen kann etwas auslösen, das zu einer Grundeinstellung führt, die kaum mehr zu korrigieren ist. Solche Menschen sind deutlich empfänglicher für Generalisierungen von Ethnien, die auf Vorurteilen beruhen. Fawcett hat 1996 darauf hingewiesen, dass die theoretischen Konzepte über Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege stark von den Weltbildern und Werten derjenigen Person geprägt und beeinflusst werden. Die eigene kulturelle Identität und die daraus entwickelten Werte delegieren also nicht nur unser moralisches Handeln, sondern zeigen auch kulturelle Auffassungsunterschiede auf. Obwohl der Umgang mit Kultur im pflegerischen Alltag für viele zwar selbstverständlich ist, wird er jedoch genauso unbewusst wahrgenommen. Aufgrund einer Art „Betriebsblindheit“ keimen Gefühle und Phänomene wie Misstrauen, Angst, Hass oder der Wunsch sich abzugrenzen auf, die kulturübergreifend auftreten (vgl. Habermas, 1996; Fawcett, 1996).

Um einerseits Vorurteile abzubauen und andererseits gegenseitiges Verständnis aufzubauen, wird die gemeinsame Reflexion und Auseinandersetzung mit Problemen, die aufgrund unterschiedlicher Betrachtungsweisen auftreten, benötigt. Das Phänomen „Schmerz“ könnte diesbezüglich ein Diskussionsauslöser sein, der sowohl die Normalität als auch die Notwendigkeit von verschiedenen Betrachtungsweisen nachvollziehbar offenlegt. In der Pflege allseits bekannt, gibt es einen kulturellen Einfluss von Schmerz und dessen Empfinden, was bei Pflegepersonen unterschiedlich wahrgenommen wird („Mamma-Mia Syndrom“). Unterschiedliche Interpretationen von alltäglichen Situationen sind normale Gruppenphänomene (vgl. Habermann, 1992).

Kulturelle Normen und Werte haben einen großen Einfluss auf zwischenmenschliche Beziehungen und auf die Gestaltung des sozialen Miteinanders. Hier können im Pflegealltag sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten gefunden werden. Die Wissenschaft macht den Fehler, meist das Trennende zu benennen und anhand von Untersuchungen zu verdeutlichen. Dabei wäre das Hervorheben des Gemeinsamen viel wichtiger, um unter der Oberfläche zu graben. Für Pflgeteams macht es das wahrscheinlich auch deshalb umso wichtiger, da es sich dabei ohnehin um Arbeitsorganisationsformen, die hoch anfällig für Störungen aufgrund der komplexen Interaktions- und Kommunikationssituationen sind, handelt. Pflegepersonen müssen notgedrungen interdisziplinär agieren und dafür braucht es echte Kooperation und ein Zusammengehörigkeitsgefühl, damit Kommunikation gelingt (vgl. Madler Mucciolo, 1993; Habermann, 2002).

Es ist auch wichtig, dass die Gemeinsamkeiten aller Beteiligten im Team gestärkt werden und das Trennende beseitigt wird. So kann ein Kollektiv entstehen, das gemeinsam denkt und handelt, ohne in „Wir“ und „Ihr“ zu trennen. Gerade in einem Arbeitsumfeld wie der Pflege, wo viele Kulturen zusammentreffen, ist ein fremdenfeindliches Denken höchst kontraproduktiv. Das „Wir-Gefühl“ ist aber eine sehr starke und unbewusste Emotion, die selbst Menschen betreffen kann, die fern von jeglichem Patriotismus sind. Denn im Zuge der Bildung von Nationalstaaten kam es dazu, dass Menschen auch im Alltag die nationale Identität hervorgehoben haben, da Grenzen auch gleichzeitig Abgrenzungsmerkmale sind. Daran hat sich bis heute nicht viel geändert (vgl. Weiss, 2000; Schulz, Weiss, 2005; Wicker, 2007, 51ff).

10. Die „Unattraktivität“ des Arbeitsumfeldes

Von der Attraktivität eines Berufes hängt vieles ab, aber auch die Attraktivität hängt von vielen Faktoren ab. Ein attraktives Arbeitsfeld zeichnet sich u.a. durch gute Arbeitsbedingungen, gute Aufstiegsmöglichkeiten, gute Entlohnung oder aber auch durch gute Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten aus und ist ein wesentlicher „Pull-Faktor“ für MigrantInnen. Es kommt weiters auch darauf an, aus welcher Perspektive man die Situation betrachtet und welche Ansprüche man stellt. Da gibt es oft große Unterschiede zwischen Einheimischen und MigrantInnen. Deshalb muss dieses Thema von zwei Seiten betrachtet werden. Auch Belastungen (physisch, zeitlich und psychisch) können auf unterschiedliche Art und Weise aufgenommen werden. All diese Faktoren haben Auswirkungen auf das Image eines Berufes. Die kurze Verweildauer und die hohe Fluktuation von Pflegepersonen in Österreich sind u.a. jedoch Hinweise darauf, dass im Pflegeberuf schlechte Arbeitsverhältnisse vorherrschen und viele verbesserungswürdige Mängel bestehen, auf die nun etwas näher eingegangen werden.

10.1. Belastungen und Arbeitszufriedenheit im Pflegebereich

Der Pflegebetrieb wird aufgrund der Arbeitsbedingungen und des Berufsumfeldes als weniger attraktiv bezeichnet. Pflegepersonen bestreiten zweifelsohne einen sehr anspruchsvollen Job, der in nicht allzu seltenen Fällen so belastend sein kann, dass Krankheitsbeschwerden wie „Burnout-Syndrom“ auftreten. Ein wiederum anderes Phänomen worunter viele Pflegepersonen leiden, ist das „Helfer-Syndrom“, das ebenfalls in Burnout oder Depressionen enden kann. Darüber hinaus gibt es im Pflegebereich auffallend viele Fälle von Mobbing, das als weitere Belastung empfunden wird. Ein Scheffé-Test belegte, dass die Altenpflege von Pflegepersonen aus Osteuropa als belastender empfunden wurde als von österreichischen oder asiatischen Pflegepersonen. Das dürfte damit zu tun haben, dass viele der StudienteilnehmerInnen PendlermigrantInnen sind und so ihre Arbeitszeit in Österreich verbringen, danach in ihr Heimatland zu deren Familien reisen. Dieses Pendeln zwischen zwei Kulturen wird als zusätzliche Belastung angesehen. Österreichische und asiatische Pflegepersonen sind mit diesem Problem weniger vertraut, da sie ihren Wohnort permanent in Österreich haben oder hierher verlegt haben (vgl. Jenull-Schiefer, Brunner, et al., 2007, 78-82; Chun, Moos, et al., 2006).

Eine empirische Studie von Ruth Simsa, Christian Schober und Doris Schober von 2002, indem rund 1.200 von Pflegepersonen, die in der mobilen Pflege oder in Alten- und Pflegeheimen tätig sind, ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden, ergab, dass die Arbeitszeiten überraschenderweise für über 60% der Befragten ein Grund in der Pflege zu arbeiten sind. Das mag damit zu tun haben, dass trotz der hohen beruflichen Belastung die flexible Arbeitszeit in der heutigen Gesellschaft einen immer wichtigeren Stellenwert innehat. Denn zwischen 40 und 50% der befragten Pflegepersonen, die in einem Heim tätig sind, meinten, dass der zeitliche und psychische Druck eine enorme Belastung wären. Darüber hinaus werden in der Pflege, vor allem in der mobilen aufgrund der 1:1 Betreuungsbeziehung, viele unbezahlte Überstunden gemacht und stellen eine sogenannte freiwillige soziale Leistung für die PatientInnen dar. Ein negatives Signal, das auch die gesellschaftliche Akzeptanz von professioneller Pflegearbeit widerspiegelt. Auch eine Untersuchung von Bronneberg im extramuralen Bereich zeigte auf, dass zeitliche und psychische Belastungen am häufigsten vorkam. Hinzu kommt der Umgang mit schwierigen PatientInnen, der für rund 40% belastend ist. Mit zunehmendem Alter wächst auch aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen

gen oder beruflicher Abläufe die Belastung. Die überwiegende Mehrheit ist mit der Arbeit und dem Betriebsklima jedoch zufrieden. Auffällig ist, dass in der mobilen Pflege viele Faktoren von mehr Menschen als gut oder besser befunden wurden als in Pflegeheimen. Dennoch meinten 65,8% der befragten Pflegepersonen in Alten- und Pflegeheimen, dass das Betriebsklima gut sei und die Hälfte war mit dem Informationsfluss zufrieden. Rund ein Viertel stellte dem Informationsfluss hingegen ein schlechtes Zeugnis aus. 77% der Befragten bezeichneten sich als motiviert in der Altenpflege tätig zu sein und 8 von 10 waren mit ihrem Job zufrieden. Der Anreiz in der Pflege zu arbeiten kommt für 80% der Befragten von der Tätigkeit selbst, für 70% von den PatientInnen, die ihre Hilfe brauchen und von 75% wurde angegeben, dass KollegInnen den Anreiz ausmachen. Das Gefühl, eine für die Gesellschaft sinnvolle Tätigkeit zu machen, ist für 90% der Befragten ein Grund im Pflegebereich zu arbeiten und hat auch einen Einfluss darauf, dass 80% der befragten Personen Freude an der Arbeit haben. Es wird jedoch kritisiert, dass der Erfolg von Pflegepersonen kaum gemessen wird bzw. messbar ist. Dafür fehlen die nötigen Kriterien, die definiert werden müssten (vgl. Simsa, Schober et al. 2004, 503ff; Bronneberg, 1997; Boes, 2003, 349-356; Krenn, Papouschek, 2003; Wolf, 2003/2004).

10.2. Aufstiegsmöglichkeiten

Der Karriereaufstieg in der Pflege ist ein zweiseitiges Schwert. Eine Arbeit in der Pflege setzt nämlich voraus, dass Pflegepersonen auch gerne mit anderen Menschen in Kontakt treten. Das Arbeiten an der Basis ist für die meisten Menschen, die eine Ausbildung in der Pflege machen, damit auch ein wichtiges Motiv. Durch einen Karriereaufstieg verändert sich aber auch der Arbeitsalltag und die damit verbundenen Verantwortungen. Die Arbeit an der Basis wird durch andere wichtige Arbeiten ersetzt. Das bedeutet, Menschen, die eine Karriere in der Pflege anstreben, müssen sich entscheiden, wo die Prioritäten liegen.

Es gibt die Möglichkeit, eine Sonderausbildung nach Absolvierung der Grundausbildung zu machen, um den Tätigkeitsbereich auszuweiten. Dazu gehören Lehraufgaben (in der Gesundheits- und Krankenpflege, Leitung in Pflegeschulen etc.), Führungsaufgaben (z.B. Leitung des Pflegedienstes) oder Spezialaufgaben (z.B. Intensivpflege oder Krankenhaushygiene). Das AMS streicht folgende Aufstiegsmöglichkeiten für diplomierte Pflegepersonen heraus: Funktionen im Gesundheitsmanagement, in Lehrfunktionen sowie in Positionen des leitenden Gesundheits- und Pflegepersonals. Es gibt Schulungen, die aber ausschließlich für diplomiertes Personal angeboten werden und damit viele in der Pflege Tätige ausschließen. Ein Indiz dafür, die Ausbildungsmöglichkeiten zu überdenken (vgl. AMS (o. A.), 1-4).

Eine Untersuchung der frey Akademie Dornbirn/Wien auf Basis der GesPro-Analyse mit 1500 Pflegepersonen in mehr als 50 Pflegeeinrichtungen in Österreich zeigte, dass mehr als 50% der befragten Pflegepersonen wenig Aufstiegchancen im Pflegeberufsfeld sehen. Gerade Frauen, die den überwiegenden Teil der Pflegepersonen darstellen, sehen darin ein Problem und fühlen sich gegenüber Männern benachteiligt, die zwar in der Minderheit sind, jedoch verhältnismäßig oft leitende Funktionen überhaben. Dazu gibt es unterschiedliche Meinungen. Manche meinen, das wäre deshalb so, weil Männer stärkeren Willen zur Karriere haben, Frauen hingegen kaum größere Verantwortung übernehmen möchten und deswegen auch an der Basis arbeiten wollen. Hinzu kommt, dass sich Arbeit und Familie oft nicht vereinbaren lassen und viele aufgrund von Schwangerschaften und Kindern benachteiligt werden (vgl. Reidl, Schaffer, Woitech, 2006).

Andere meinen hingegen, das hätte einen historischen Hintergrund und führe allgemein auf die weibliche Charakteristika des Pflegeberufes zurück. Es wird darüber hinaus berichtet, dass Frauen des Öfteren diskriminiert werden, wenn es darum geht, Stellen zu besetzen. Männer werden oft bevorzugt und Frauen mangelt es an Informationen um sich dagegen zu stemmen. Auch hier könnte eine bessere Ausbildung Abhilfe verschaffen, indem Karriereplanung, Gender Mainstreaming oder Möglichkeiten, sich gegen Diskriminierungen zu wehren, in den Lehrplan aufgenommen werden (vgl. Reidl, Schaffer, Woitech, 2006).

Die empirische Studie von Simsa, Schober und Schober zeigte auch deutlich, dass die Befragten mehrheitlich nicht einverstanden mit der derzeitigen Situation sind, da nur knapp 40% angaben, dass sie mit den Aufstiegsmöglichkeiten zufrieden seien. Jede dritte Pflegeperson gab an, dass Aufstiegsmöglichkeiten kein Anreiz sind in der Pflege tätig zu sein (vgl. Simsa, Schober et al. 2004, 504).

Eine empirische Untersuchung von SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege ergab, dass Langzeitpflege als Karrieresackgasse empfunden wird und es kaum zu Erfolgserlebnissen kommt. Eine empirische Studie von Fürstler, Kemetmüller und Kozon aus dem Jahr 2001 kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Es wird von wenig Aufstiegschancen berichtet, obwohl Karrierechancen für viele Berufsangehörige immens wichtig sind, da auch die Entlohnung automatisch besser wird (vgl. Fürstler, Kemetmüller, Kozon 2001, 25).

10.3. Gehaltsunterschiede

Auch wenn es schwierig ist, Gehälter von Pflegepersonen innerhalb des Pflegebereiches oder länderübergreifend zu vergleichen, da es Lohnunterschiede schon alleine aufgrund verschiedener Ausbildungsmöglichkeiten und Institutionen bzw. Kollektivverträge gibt, muss dennoch aufgezeigt werden, wie viel Pflege „wert“ ist. Wie schon erwähnt wurde, gelten neben den Arbeitsbedingungen auch die bessere Entlohnung als Pull-Faktoren. Ein Paradoxon, da viele junge Einheimische das Lohnverhältnis im Pflegebereich als unattraktiv empfinden. Die empirische Untersuchung von Simsa, Schober und Schober ergab, dass 30% der Befragten wenig oder gar nicht zufrieden sind. Nur 37% haben an ihrem Gehalt nichts auszusetzen (vgl. Simsa, Schober et al. 2004, 504; Haug, 2000, 3).

Es gibt also immer noch immense Lohnunterschiede im europäischen Raum, selbst im EU-Raum. Ursula Fohner, Präsidentin des ÖGKV, beschreibt die derzeitige Situation als „skandalös“. Zwar gäbe es seit 2003 einen Kollektivvertrag für Gesundheits- und Sozialberufe, der laut Wolfgang Gruber (Berufsvereinigung der Arbeitgeber) eine Art Mindestabsicherung für MitarbeiterInnen ist, müsse laut Fohner aber unbedingt angepasst werden. *„Wenn hier keine sichtbaren Zahlen auf den Tisch gelegt werden, wird diese Leistung nach wie vor keine Wertigkeit in der Gesellschaft haben.“* (Ö1, 24.02.2011)

Die nächsten beiden Abbildungen zeigen das Gehaltsschema für Krankenpflegepersonal in Privatkrankeanstalten in Wien (ist nur ein Richtwert, kann aufgrund verschiedener Kollektivverträge nicht für die Allgemeinheit gelten) und der Bruttolohn von diplomierten Pflegepersonen im Vergleich mit der Slowakei, der Tschechischen Republik, Ungarn und Rumänien (jene Länder, die auch einen erheblichen Anteil an ausländischen Pflegepersonen in Österreich ausmachen).

Abb. 8: Gehaltsschema für das Krankenpflegepersonal, 2009

ANHANG IV
Gehaltsschema für das Krankenpflegepersonal
Mindestgehälter, gültig ab 1. Jänner 2009
Verwendungsgruppen

Endschema gemäß § 27 Abs 4, gültig ab 1.1.2009

DJ	A	B	C	D	E	F
1	2.219,34	2.146,34	1.854,18	1.732,30	1.459,75	1.417,30
3	2.260,76	2.187,76	1.895,60	1.773,72	1.492,89	1.450,44
5	2.302,18	2.229,18	1.937,02	1.815,14	1.526,03	1.483,58
7	2.343,60	2.270,60	1.978,44	1.856,56	1.559,16	1.516,71
9	2.385,02	2.312,02	2.019,86	1.897,98	1.592,30	1.549,85
11	2.426,44	2.353,44	2.061,28	1.939,40	1.625,43	1.582,98
13	2.467,86	2.394,86	2.102,70	1.980,82	1.658,57	1.616,12
15	2.509,28	2.436,28	2.144,12	2.022,24	1.691,71	1.649,26
17	2.550,70	2.477,70	2.185,54	2.063,66	1.724,84	1.682,39
19	2.592,12	2.519,12	2.226,96	2.105,08	1.757,98	1.715,53
21	2.633,54	2.560,54	2.268,38	2.146,50	1.791,11	1.748,66
23	2.674,96	2.601,96	2.309,80	2.187,92	1.824,25	1.781,80
25	2.716,38	2.643,38	2.351,22	2.229,34	1.857,39	1.814,94
27	2.757,80	2.684,80	2.392,64	2.270,76	1.890,52	1.848,07
29	2.799,22	2.726,22	2.434,06	2.312,18	1.923,66	1.881,21
31	2.840,64	2.767,64	2.475,48	2.353,60	1.956,79	1.914,34
33	2.882,06	2.809,06	2.516,90	2.395,02	1.989,93	1.947,48
35	2.923,48	2.850,48	2.558,32	2.436,44	2.023,07	1.980,62

(WKO, 2009, 30; Kollektivvertrag für die Arbeitnehmer der Privatkrankenanstalten Österreichs (Gruppe D: DGKS/P; Gruppe E: Pflegehilfe)

Abb. 9: Durchschnittlicher monatlicher Bruttolohn für Pflegepersonen im Ländervergleich (in Euro)

	2005	2006	2007	2008
Tschechien	1.111	1.181	1.267	1.353
Ungarn	1.031	1.090	1.141	1.185
Slowakei	849	915	979	1.030
Bulgarien	453	485	545	596
Österreich	2.494	1.575	2.637	2.655

(Bauer 2010, 18; BMASK, 2009)

Es ist klar erkennbar, dass in Österreich die Löhne gegenüber denen der anderen Ländern deutlich höher sind. Beispielsweise war der Lohn in der tschechischen Republik im Jahr 2008 knapp die Hälfte weniger, oder in Bulgarien mehr als 2000 Euro weniger. Was anhand der Zahlen jedoch auch abzulesen ist, dass in allen anderen Ländern die Löhne im Jahr 2008 gegenüber denen im Jahr 2005 spürbar gestiegen sind. In der Tschechischen Republik um 21,8%, in Ungarn um 14,9%, in der Slowakei um 21,3% und in Bulgarien sogar um 31,6%. In Österreich fällt der Lohnanstieg mit 6,5% deutlich geringer aus.

Einerseits sind die Löhne verglichen mit anderen Ländern noch immer hoch, jedoch die Lohnerhöhung, die regelmäßig aufgrund von Inflation und höheren Lebenskosten passieren müsste, ist im Vergleich deutlich geringer. Je größer der Unterschied der Gehälter im Zielland und Herkunftsland sind, desto größer ist auch der Anreiz für Migration (vgl. Schneider, 2004, 12-17).

Laut Han ist es wichtig, die Balance zwischen Angebot und Nachfrage zu halten, um die Löhne, aber auch die Migrationsbewegungen unter Kontrolle zu haben. Ist die Nachfrage nämlich groß, aber das Angebot an Pflegepersonen gering, steigen auch die Löhne. Im Falle, dass die Situation genau umgekehrt ist, sind die Löhne gering. Massenmigration von Pflegepersonen nach Österreich würde laut Han bewirken, dass sich Angebot und Nachfrage ausgleichen und die Löhne sinken (vgl. Han, 2006, 174; Hofer, 2002, 164).

Für österreichische Verhältnisse sind die Löhne im Pflegebereich, das ein hartes Arbeitsumfeld mit enormer Belastung und hohem Leistungspensum darstellt, zu niedrig. Da der Lohn aber offenkundig einen bedeutsamen Faktor für die Aus- und Zuwanderung von ArbeitsmigrantInnen darstellt, wurde eine Formel entwickelt, die besagt, dass Menschen dann bereit sind auszuwandern wenn W_f abzüglich W_d und C größer ist als Z . W_f (foreign wage) ist der Lohn im Ausland, W_d (domestic wage) ist der Lohn im Inland, C sind die direkten Kosten, die mit der Migration verbunden sind, und Z ist die Lohndifferenz, die ein Verbleiben im Herkunftsland vergünstigt und alle anderen Faktoren, die für die Migration wichtig sind, miteinschließt. Es scheint also, dass ein höherer Lohn überraschenderweise nicht unmittelbar Arbeitsmigration ankurbelt, da viele andere wichtige Faktoren diesbezüglich Einfluss haben. Die meisten bevorzugen ohnedies im Heimatland zu bleiben, der Großteil bleibt auch nach genauem Abwägen oben genannter Faktoren im Herkunftsland. Etwas genauer ist die Formel $U(W_f, J_f) - U(W_d, J_d) - C > Z$, indem die Arbeitsbedingungen (J) im Ziel- und Herkunftsland einbezogen werden (vgl. Vujicic, 2004, 3ff).

Die Lohnunterschiede zwischen Herkunftsland und Zielland sind derzeit so hoch, dass es unwahrscheinlich ist den Migrationsstrom durch Reduzierung dieses Unterschiedes zu beeinträchtigen. Die Schlussfolgerung deckt sich auch mit den obigen Resultaten, da hinzu kommt, dass andere Faktoren wie Arbeitsbedingungen, die im Zielland meist besser sind als im Herkunftsland, ebenso eine entscheidende und signifikante Rolle für die Aus- bzw. Zuwanderung haben (vgl. Vujicic, Zurn, et al., 2004, 2).

„Note that the demand for migrant health care professionals is independent of the wage premium. This reflects that although the demand for health care professionals in destination countries might be sensitive to health care wages, the demand for *foreign* health care professionals, per se, is not expected to be.“ (Vujicic, 2004, S. 2)

Das bedeutet also, dass österreichische Pflegepersonen dem Lohnfaktor viel mehr Bedeutung schenken, als das Pflegepersonen aus dem Ausland tun. Das begründet auch die Ambivalenz diesbezüglich.

10.4. Wertschätzung

Eine empirische Studie unter PflegeschülerInnen hat ergeben, dass sowohl das gute Arbeitsumfeld (besonders wichtig erschien den Befragten das gute Arbeitsklima im Team und gute Entlohnung), als auch die Umsetzung von Gelerntem und Wissen für die Befragten eine große Bedeutung hatte. Beides wird mit der Langzeitpflege weniger assoziiert, da auch die Ausbildung eher anders gerichtet ist. Weiters werden Weiterbildung, Aufstieg, Übernehmen von Verantwortung und Geld eher mit der Akutpflege verbunden. Die Bedeutung des Geldes als Karrieremerkmal und der Wunsch nach Autonomie nimmt im Laufe der Ausbildung zu, die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen sinkt hingegen. Obwohl Langzeitpflege unter bestimmten Voraussetzungen als Herausforderung angesehen wird, ist das Interesse dafür sehr gering. Um junge Leute für die Langzeitpflege begeistern zu können, muss die Anerkennung durch die Gesellschaft erhöht werden. Das alleine wird nicht reichen, sondern auch die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsumgebung müssen verbessert werden, damit Langzeitpflege als Herausforderung und attraktives Berufsfeld gilt. All diese Maßnahmen sind eng miteinander verwoben und können nur zusammen einen Verbesserungsprozess einleiten (vgl. Kozon, Schlick, et al., 2007, 59-67; Fürstler, Kemetmüller, et al., 2001, 25ff).

Die kritische Auseinandersetzung mit der Arbeitszufriedenheit im Pflegebereich und der Attraktivität dieser Branche ist nichts Neues, sondern wird seit vielen Jahrzehnten geführt. Bereits Elisabeth Seidl hat sich diesem Thema im Jahr 1993 gewidmet und kommt u.a. zu dem Ergebnis, dass Pflegepersonen mit vielen Klischees hinsichtlich der Geschlechterrolle konfrontiert und gering geschätzt werden, Belastungen auch von berufsfremden Tätigkeiten und einem Pflegepersonendefizit ausgehen, neben einem angemessenen Gehalt auch ein eigenständiger Berufsstand fehlt, die zu mehr Attraktivität führen würde (vgl. Seidl, 1993, 307-308).

Ein Thema, das zu unterschiedlichen Innen- und Außensichten führt und in engem Zusammenhang mit Arbeitsmöglichkeiten steht, ist die Pflegeausbildung. Diesbezüglich ist interessant zu wissen, welche Möglichkeiten es dazu in Österreich gibt, wie diese im Vergleich zu Ausbildungsmöglichkeiten im Ausland abschneidet und wo Verbesserungen dringend nötig wären.

11. Österreichische Pflegeausbildungsmöglichkeiten im Vergleich

Auch hier soll ein geschichtlicher Rückblick den derzeitigen Stand der Pflege ergänzen und ein klein wenig zur Aufklärung beitragen. Pflegeberufe waren lange Zeit unterschätzt und den medizinischen Berufen unterstellt. Das Verhältnis zwischen Krieg und Pflege ist ein enges, wenn auch ambivalentes. In Kriegszeiten wurde von den Pflegepersonen viel abverlangt, was ihnen viel Respekt seitens der Soldaten entgegenbrachte. Die rasche Wiederherstellung der Kampffähigkeit verwundeter Soldaten und der Bedarf an öffentlich organisierter Krankenversorgung waren der Beginn der Krankenpflege in ganz Europa (vgl. Walter, 2003, 22ff).

11.1. Geschichtlicher Exkurs

Die Erkenntnisse aus Feldzügen und Kriegen veränderte die Lage der Pflege. Theodor Billroth aus dem Norden Deutschland erkannte das Potential der Pflegepersonen und sah auch deren Bedeutung für den zivilen Bereich in Friedenszeiten. Daher gründete er 1882 das Rudolfinerhaus, das dazu dienen sollte, Pflegepersonen sowohl praktisch als auch theoretisch auszubilden. Er orientierte sich an ausländischen Vorbildern, vor allem in Großbritannien, in den Niederlanden, in Deutschland, in Russland und in Ungarn, die diesbezüglich bereits weit voraus waren (vgl. Hähner-Rombach, 2011, 23ff; Walter, 2003, 25ff).

1906 wurde in der Österreichisch-Ungarischen Monarchie erstmals eine staatliche Prüfung zur Krankenpflege erreicht. Ein weiterer Fortschritt, der der Pflege eine hohe Bedeutung zuerkannte. 1914 wurden in Mitteleuropa staatliche Pflegeschulen gegründet, um eine professionelle Pflegeausbildung anbieten zu können. Rund zehn Jahre später gab es auch in der ersten Republik Österreich bereits sieben Krankenpflegeschulen, fünf davon in Wien, jeweils eine in Graz und in Innsbruck. Die Entwicklung der Pflege schritt voran, indem man sich zunehmend an Vorreitern im Ausland orientierte. So kam es auch, dass 1933 der „Verband der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs“, der Vorläufer des ÖGKV, gegründet wurde. Es folgte die Aufnahme Österreichs in die ICN (International Council of Nursing), womit vielen österreichischen Pflegepersonen Studienreisen ins Ausland oder zu internationalen Kongressen, um sich zu vernetzen und fortzubilden, ermöglicht wurde (vgl. Hähner-Rombach, 2011, 23ff; Walter, 2003, 27; Sailer, 2003).

Mit der Errichtung des Ständestaates und dem damit verbundenen Austrofaschismus sowie der schwierigen Lage aufgrund der Wirtschaftskrise zu Beginn der 1930iger-Jahre sollten die positiven Entwicklungen ins Stocken geraten. Die Folgen waren eine hohe Arbeitslosigkeit und weniger Ausbildungsplätze. Das totalitäre System prägte auch das Berufsbild der Pflege und die damit einhergehende „Vermütterlichung“ sorgte für einen erneuten Rückschritt. 1938 wurde ein Krankenpflegegesetz, das auch Unterrichtsinhalte enthielt, beschlossen (vgl. Hähner-Rombach, 2011, 23ff; Walter, 2003, 27).

Während des zweiten Weltkrieges waren zwar die Fähigkeiten der Pflegepersonen erneut gefragt, für Weiterentwicklungen war jedoch keine Zeit. Pflegepersonen wurden auch Teil der nationalsozialistischen Verbrechen, dessen Aufarbeitung auch heute noch nicht gänzlich geschehen ist. Auch in der Nachkriegszeit war ein Wiederaufbau dringlicher, was zu einem

Stillstand in der Entwicklung der Pflege führte. Erst in den 1960ern im Zuge des Aufschwunges war auch wieder in der Pflege ein Prozess und Fortschritte zu verzeichnen. In Deutschland wurde beispielsweise die Ausbildung in Altenpflege integriert. Auch in Österreich bemühte man sich in der Ausbildung voranzukommen. So wurden 1966 die theoretischen Ausbildungsstunden auf 1200 erhöht und 1974 wurde Pflege eine eigene Fachdisziplin, indem pflegerische Unterrichtsgegenstände verankert wurden (vgl. Walter, 2003, 27; Kruse, 1995; Fürstler, Malina, 2004; Seidl, 1993).

11.1.1. Akademisierung der Pflege

Langsam verbreitete sich auch der Gedanke einer Akademisierung der Pflege, wie sie in vielen Ländern Europas bereits Anwendung fand. Der österreichische Krankenpflegeverband formulierte 1979 Grundsätze und Zielvorstellungen, deren Grundsatzpositionen sich auf die Ausübung der Pflege, die Aus- und Fortbildung, die Forschung der Pflege, sowie soziale und wirtschaftliche Belange des Pflegepersonals bezogen. Demnach sollten diplomierte Pflegepersonen in der Forschung, die sich auf alle pflegerelevanten Gebiete ausstreckt, mitwirken können. In den 80ern integrierten Krankenpflegeschulen erstmals kleinere Forschungsprojekte, um den Auszubildenden auch kritisches Denken hinsichtlich pflegerischer Tätigkeiten zu ermöglichen. In Graz wurde Studenten im Wintersemester 1985/86 an der geisteswissenschaftlichen Fakultät der Uni ein pflegewissenschaftliches Lehrveranstaltungsprogramm als Kombinationsfach im Hauptfach Pädagogik ermöglicht. In etwa 60 Personen nutzten dieses Angebot und erhielten einen akademischen Grad. Eine weiterer Versuch die Pflege zu akademisieren, scheiterte aufgrund revidierter Zielsetzungen an der Donauuniversität Krems (vgl. Hähner-Rombach, 2011, 23ff; Gruber, 2005, 28ff).

Bis 1992 waren im Krankenpflegegesetz sowohl Ausbildung als auch Berufsrecht von 22 verschiedenen Gesundheitsberufen geregelt. Der Arbeitskreis „Eigenständigkeit in der Krankenpflege“ wurde 1993 mit dem Ziel, der Pflege eine zentrale Stellung im Rahmen des Gesundheitswesens zukommen zu lassen, eingesetzt. Der Arbeitskreis bewirkte auch, dass die Pflegehilfe im Gesetz, das am 1.9.1997 in Kraft trat, integriert wurde (vgl. Gruber, 2005, 28ff.; Walter, 2003, 28).

Durch das GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) wurde erstmals ein eigenständiges Gesetz für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe geschaffen, indem beispielsweise die Berufsrechte und Pflichten festgelegt wurden, Berufsbilder neu formuliert wurden, Berufsberechtigung, Berufsausübung, Ausbildungsbedingungen und Nostrifikationsbestimmungen genau definiert oder die Berufe neu bezeichnet wurden. Auch die Tätigkeitsbereiche erhielten hinsichtlich der Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Pflegeplanung, Pflegedurchführung und Pflegeevaluation eine detailliertere Beschreibung. Mit dem neuem GuKG wurde zwar auch das Unterrichtsfach „Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung“ in den Rahmenlehrplan aufgenommen, aber auf die akademische Ausbildung keine Rücksicht genommen. Margarete Landenberger lobt das Gesetz, führt aber diesbezüglich Kritikpunkte an: „Das Gesetz von 1997 mit seinen Ausbildungsverordnungen kann durchwegs als zukunftsorientierend gesehen werden, jedoch liegt klar auf der Hand, dass richtungsweisende Neuerungen (wie beispielsweise die Implementierung von pflegewissenschaftlichen Studiengängen, die Lehrkräfteausbildung auf Hochschulebene festzulegen, EU-konforme Zugangsvoraussetzung zu den Pflegeausbildungen. u.a.) unberücksichtigt blieben.“ (vgl. Landenberger, 2005, 174; Walter 2003, 28; Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem, 19.08.1997, 1285,1286,1295).

Zwei Jahre nachdem das Gesetz in Kraft getreten ist, im Wintersemester 1999/2000, war es dann so weit. An der Uni Wien wird erstmals das individuelle Diplomstudium (IDS) Pflegewissenschaft angeboten. Die Studiendauer beträgt 110 Semesterwochenstunden, aufgeteilt auf 8 Semester (62 Stunden im ersten Abschnitt, 48 Stunden im zweiten Abschnitt). StudentInnen schließen mit dem Grad „Magistra oder Magister der Philosophie“ ab. Damit ist die Pflege laut Gesetzgeber eine eigenständige Disziplin, die Erforschung bedarf. Außerdem wird die theoretische und praktische Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in Pflegeschulen auf 4.600 Stunden ausgeweitet (Dauer: 3 Jahre). Abgeschlossen wird die Ausbildung mit einer mündlichen und schriftlichen Diplomprüfung vor einer Diplomprüfungskommission. Der österreichische Lehrplan für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sieht gewisse Mindestanforderungen vor. Dazu zählen u.a., dass den SchülerInnen klinische und wissenschaftlich fundierte Kenntnisse und Grundsätze über Pflege, Ethik, Gesundheit, Krankheit, Organismus und Körper gelehrt werden, wie das theoretisch Gelernte in der Praxis umzusetzen ist, indem Erfahrungen mit anderen im Gesundheitswesen beruflich Tätigen im Zuge einer Zusammenarbeit ausgetauscht werden (vgl. Landenberger, 2005, 146ff; Walter, 2003, 28).

Laut Kozon, Mayer und Seidl dient ein Studium wie das individuelle Diplomstudium „Pflegewissenschaft“ unter anderem dazu, StudentInnen neben allen pflegerelevanten Themen eben auch die für die Pflege so notwendige Wissenschaft und Forschung nahe zu bringen, aber auch alles rund um den Betrieb und die Organisation eines Akutkrankenhauses zu überliefern (vgl. Kozon, Mayer, et al., 2000, 29-36).

11.2. Ausbildungsmöglichkeiten in Wien

In Wien werden zurzeit folgende Ausbildungsanstalten angeboten (vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, 12.11.2011):

- Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Wien, Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege,
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Vinzentinum am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien,
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Allgemeinen Krankenhaus (AKH) der Stadt Wien,
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum Süd,
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum,
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe,
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Kaiserin-Elisabeth-Spital,
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital,
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum Ost,
- Fachhochschule Campus Wien, Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege

11.3. Voraussetzungen und Lehrinhalt

Es gelten folgende Voraussetzungen für Personen, die eine Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege anstreben (vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, 12.11.2011):

- erfolgreiche Absolvierung von 10 Schulstufen oder vollendetes 18. Lebensjahr und Nachweis einer dem Ausbildungsniveau entsprechenden Allgemeinbildung; die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung; die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche Vertrauenswürdigkeit; Ausbildungszeit beträgt 3 Jahre

Die Voraussetzungen für PflegehelferInnen:

- erfolgreiche Absolvierung der allgemeinen Schulpflicht (pos. 9. Schulstufe); vollendetes 17. Lebensjahr; die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung; die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche Vertrauenswürdigkeit; Ausbildungszeit beträgt 1-2 Jahre

Da in dieser Arbeit der Fokus auf das diplomierte Pflegepersonal gerichtet ist, wird nun näher auf deren Ausbildung bezüglich Lehrinhalt, Praxis und Theorie eingegangen. Dabei bezieht sich die Arbeit auf die Vorgaben des Wiener Krankenanstaltenverbunds, der natürlich viel Wert darauf legt, dass die ausgebildeten Pflegepersonen nach Abschluss der Ausbildung in einer seiner Institutionen arbeiten. Daher wird auch im Lehrplan der Fokus weniger auf mobile als auf stationäre Pflege gerichtet. Dennoch ist dieses Defizit symptomatisch und wird kritisch angemerkt (vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, 12.11.2011).

Die Absolvierung einer Pflegeausbildung in Österreich bedarf eines Aufnahmeverfahrens, das positiv abgelegt werden muss. Zunächst werden die BewerberInnen zu diesem Aufnahmeverfahren, welches aus einem schriftlichen Aufnahmetest und/oder einem Aufnahmegespräch und einem kommissionellen Aufnahmegespräch besteht, eingeladen. Die Aufnahmekommission, die sich u.a. aus der Schuldirektion, einem medizinischen wissenschaftlichen Leiter und der Landessanitätsdirektion zusammensetzt, entscheidet daraufhin über die Aufnahme des/der BewerberIn, der/die schriftlich davon in Kenntnis gesetzt wird. Ablehnungen werden zumeist ohne Begründung mitgeteilt. Nach der Zusage wird empfohlen, bereits geleistete Praktika nachzuweisen (vgl. Landenberger, 2005, 156ff; Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem, 19.08.1997).

Die Ausbildung wird grundsätzlich in einen theoretischen und einen praktischen Block aufgeteilt. Die theoretische Ausbildung beträgt 2000 Stunden (aufgeteilt auf drei Jahre). Den größten Teil dabei macht mit 500 Stunden die „Gesundheits- und Krankenpflege“ aus, gefolgt von „allgemeiner und spezieller Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinischer Methoden“ (360 Stunden). Nur 50 Stunden in den ersten zwei Ausbildungsjahren widmen sich der Pflege alter Menschen. Auch der Gesundheitsförderung wird zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Lediglich 40 Stunden werden dafür aufgewendet. Es ist zwar positiv anzurechnen, dass „Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung“ auch in Pflegeschulen gelehrt werden, dennoch sind 80 Stunden auf die gesamte Ausbildungszeit gemessen zu wenig. Auch auf die Hauskrankenpflege wird gemäß Unterrichtslehrinhalt mit nur 40 Stunden etwas zu kurz eingegangen. Demzufolge ist es auch nur logisch, dass das Interesse von diplomiertem Pflegepersonal in der mobilen Pflege zu arbei-

ten sehr gering ist. Auch wenn Deutsch als Grundvoraussetzung gilt, um in Österreich arbeiten zu können, ist fachspezifisches Englisch für einen wissenschaftlichen Diskurs, für eine Öffnung aufgrund der wachsenden Globalisierung und für eine Interaktion mit ausländischen KollegInnen und PatientInnen dringend nötig. Angesichts der Tatsache, dass wichtige pflegerelevante Studien und Theorien meist auf englisch verfasst werden, scheinen auch hier insgesamt 80 Stunden zu wenig zu sein. Ansonsten ist der theoretische Lehrinhalt sehr interdisziplinär gestaltet. Es finden sowohl Lehrfächer in Bezug auf Ernährung, Kranken- und Diätetik, Berufsethik, Biologie, Anatomie und Physiologie, Soziologie, Psychologie und Pädagogik, Kommunikation (auch wichtig für transkulturelle Pflege) und Rechtsgrundlagen statt (vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, 12.11.2011).

Die praktische Ausbildung beträgt 2480 Stunden. Auch hier gibt es einige Auffälligkeiten. 400 Stunden davon finden in Einrichtungen statt, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen. Nur 160 Stunden stehen zur Verfügung, um in einer Einrichtung, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten, ein Praktikum auszuüben. Das deckt sich auch mit der geringen theoretischen Ausbildungszeit bezüglich mobiler Pflege. Abhängig von der Wahl der Schule werden 360 Stunden in der Langzeitpflege, der Akutpflege oder der extramuralen Pflege praktiziert. In Österreich wird viel Wert auf Praxis gelegt, schließlich wird ihr mehr als die Hälfte der zur Verfügung stehenden Ausbildungszeit gewidmet (vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, 12.11.2011).

Das ist positiv und wird nicht überall in Europa so angewendet. Im Wechselspiel zwischen Theorie und Praxis ist es wichtig anhand praktischer Tätigkeiten wichtige theoretische Ansätze auszuforschen, die folglich aber auch gelehrt werden müssen. Theorie und Praxis schließen sich nicht aus, sondern müssen sich ergänzen, um Fortschritte zu erzielen. Wie schwierig es dennoch ist, in Österreich die wichtige Bedeutung des theoretischen und wissenschaftlichen Aspekts der Pflege aufzuzeigen, ist anhand der Geschichte der Akademisierung der Pflege und der derzeitigen Situation rund um die Pflegewissenschaft in Österreich zu sehen.

11.4. Qualifikations- und Ausbildungsniveau im Vergleich

Das Qualifikations- und Ausbildungsniveau österreichischer Pflegepersonen verglichen mit anderen EU-Mitgliedsstaaten ist niedrig. Österreich zählt zu den wenigen Ländern, die keinen akademischen Abschluss für diplomierte Pflegepersonen anbietet. Die Mehrheit der Qualifikationsabschlüsse in anderen Ländern führt zum „Bachelor of Nursing“. Zudem belegt eine internationale Studie, dass es einen Zusammenhang zwischen Personalqualifikation und Pflegequalität gibt. Gertrud Stöcker interpretiert das so, dass die Gewährleistung von Qualität der Pflege und der Sicherheit der PatientInnen über die Migration läuft. Das bedeutet in weiterer Folge auch, dass ein Pflegestandard nur dann garantiert werden kann, wenn die Qualität des Lehrinhaltes und das Niveau der Pflegeausbildung in Österreich im europäischen Vergleich zumindest gleichwertig ist (vgl. Stöcker, 2004; Janig, 2000; Needleman, 2002; Cho, 2003; www.oegkv.at).

Außerdem verfügt die Altenpflege über kein eigenes Diplom. Der Abschluss der diplomierten Pflegepersonen hat zudem auch nicht das Niveau einer Reifeprüfung, was dazu führt, dass nach Absolvierung der dreijährigen Ausbildung ein Zugang zu Hochschulen verschlossen bleibt. Auch Defizite bezüglich Fortbildungs- und Karrieremöglichkeiten sind zu beanstanden, denn die wenigen Leitungspositionen oder Pflegedienstleitungen werden verhält-

nismäßig oft von Männern besetzt, obwohl diese im Berufsfeld unterrepräsentiert sind (vgl. Bachinger 2009, (2), 96).

Auffällig ist, dass weder im Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geändert wird (GuKG-Novelle 2009), noch in der „179. Verordnung: Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung“ aus dem Jahr 1999 die Begriffe „Fachhochschule“, „Universität“ oder „Akademie“ zu finden sind. Dennoch war mit der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im Jahr 2008 eine Anhebung der Ausbildungsabschlüsse vorgesehen. Bereits 1997 verpflichtete sich Österreich, die Grundausbildung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege auf Hochschulniveau zu heben (vgl. Europäische Kommission, 1997; ÖGKV, GuKG-Novelle 2009, 179. Verordnung des GuKG, 17.11.2011).

Lediglich in zwei Ausbildungsstätten (u.a. Uni Innsbruck) österreichweit gibt es die Ausbildung auf Hochschulniveau. Anstatt das Qualifikationsniveau zu erhöhen, gibt es immer wieder Vorschläge, den Beruf in einen Lehrberuf umzuwandeln oder Arbeitslose und MigrantInnen für den Einsatz in der Pflege umzuschulen. Das wäre die genaue konträre „Rückwärtsentwicklung“ im Vergleich zu anderen europäischen Ländern (vgl. Bachinger, 2009 (2), 96ff).

Gemäß des Fachhochschul-Studiengesetzes aus dem Jahr 1993 ist das Ziel, Studiengänge auf Hochschulniveau zu bringen, die einer wissenschaftlich fundierten Berufsausbildung dienen. Dazu gehören die Förderung der Flexibilität der AbsolventInnen und eine praxisbezogene Ausbildung genauso, wie die Vermittlung von Fähigkeiten, Aufgaben des jeweiligen Berufsfeldes dem Stand der Wissenschaft und den Anforderungen der Praxis entsprechend lösen zu können (vgl. Hauser, 2004, 37; Regierungsvorlage für Fachhochschul-Studiengesetzes (o. A.), 13.04.2012).

Die Definition universitärer Ausbildung entspricht genauso gut auch den Anforderungen an die Ausbildung diplomierter Pflegepersonen. Universitäten dienen somit u.a. der Forschung, der Wissenschaft und der Selbstständigkeit, die für wissenschaftliches Arbeiten nicht unwesentlich ist. Damit sollen Menschen für berufliche Tätigkeiten qualifiziert werden, die eine Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden erfordern (vgl. Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem, 14.03.2012; Universitätsgesetz, 2002).

Die Schule hat hingegen die Aufgaben, SchülerInnen allgemeine und fachliche Bildung zu vermitteln und sie dazu befähigen den beruflichen Anforderungen gerecht zu werden. Der Unterschied zwischen den beiden Ebenen ist klar erkennbar. Laut Elke Gruber und Monika Kastner ist die Forcierung von akademischen Ausbildungen im Bereich Gesundheit und Pflege aus mehreren Gründen gegeben. Dazu zählen die soziodemographischen Entwicklungen, die Veränderungen im Berufsfeld in Richtung Professionalisierung und Verwissenschaftlichung, die Notwendigkeit zur erhöhten beruflichen Flexibilität, die Angleichung an internationale Ausbildungsstandards (gehen eindeutig in Richtung Höherqualifizierung und Akademisierung), die Verpflichtung Österreichs zur Umsetzung des Bologna-Prozesses und die Notwendigkeit einer Attraktivitätssteigerung des Berufsfeldes (vgl. Schulorganisationsgesetz, 1962; Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2006; Gruber, Kastner, 2005).

Es mag vielleicht auch daran liegen, dass Reformen zu wenig und zu langsam vorankommen, da die Ausbildungen der Pflegepersonen immer noch in den Zuständigkeitsbereich der

Länder liegen. Wie fast alles andere im Pflegebereich sind auch die Ausbildungssituation, deren Anerkennung und Qualifikation im ganzen Land verteilt, was darüber hinaus auch den Schülern hohe Mobilität abverlangt. Es ist bis heute nicht gelungen, in einem kleinen Land wie Österreich bundesweit die gleichen Maßstäbe einzuführen, da offensichtlich jedes Bundesland Entscheidungsmacht beansprucht (vgl. Bachinger, 2009 (2), 95).

Die folgende Abbildung ist schon etwas älter, gibt aber einen Überblick über die Situation der Ausbildung und die dafür notwendigen Voraussetzungen in den anderen EU-Mitgliedsstaaten und stellt eine gute Vergleichsbasis zu Österreich dar. Auch hier kann man wieder erkennen, dass Österreich im europäischen Vergleich schon seit längerer Zeit hinterherhinkt.

Abb. 10: Pflegeausbildungen in der europäischen Union

Tabelle 1

Pflegeausbildungen in der Europäischen Union										
Land	Zugangsvoraussetzungen		Status der Lernenden	Struktur der Ausbildung				System der Ausbildung		
	Alter	Allgemeiner Schulabschluss		Krankenpflege	Kinderkrankenpflege	Psych. Pflege	Altenpflege	Dauer/Jahre	Verortung	Abschluss
Belgien	18	12 Jahre	Student	+				4	Fachhochschule	Fachhochschuldiplom
			Angestellter + Schüler					3	Berufsschule	Berufsdiplom
Dänemark	–	12 Jahre	Student	+				4	Fachhochschule	Fachhochschuldiplom
Deutschland	–	10 Jahre	Angestellter + Schüler	+	Differenzierung in der Ausbildung		+	3	Krankenpflegeschule oder Berufsfachschule (BFS)	Staatliche Prüfung / Zeugnis als Diplombäquivalent
Estland	–	12 Jahre	Student	+				3,5	Universität	Bachelor of Nursing
Finnland	–	–	Student	+				3,5	Universität	Bachelor of Nursing
Frankreich	–	12 Jahre	Student	+				3	Akademie	Berufsdiplom
Griechenland	–	12 Jahre	Student	+				4	Universität	Bachelor of Nursing
Großbritannien: England	17,5	12 Jahre	Student	+	Differenzierung in der Ausbildung	Differenzierung in der Ausbildung		3	Universität/College	Diploma in Higher Education
Nord-Irland Schottland Wales								4		Bachelor of Nursing
Irland (Republik)	–	13 Jahre	Student	+	+			3	Universität/College	Bachelor of Nursing
Italien	–	13 Jahre	Student	+				3	Universität	Bachelor of Nursing
Lettland	–	12 Jahre	Student	+				3	Universität	Bachelor of Nursing
Litauen	–	12 Jahre	Student	+				3	Universität	Bachelor of Nursing
Luxemburg	–	11 Jahre	Schüler	+				3	Technisches Lyzeum	Berufsdiplom u. Abitur
Malta	–	12 Jahre	Student	+				4	Universität/College	Universitätsdiplom
Niederlande	17	12 Jahre	Student	+				4	Fachhochschule	Bachelor of Nursing
			Angestellter + Schüler					4	Berufsschule	Berufsdiplom
Österreich	17	10 Jahre	Schüler	+	+	+		3	Gesundheits- u. Krankenpflegeschule als berufsbildende mittlere Schule (BMS)	Berufsdiplom und Berufsreifeprüfung möglich
Polen	–	12 Jahre	Student	+				4	Universität	Bachelor of Nursing
Portugal	–	12 Jahre	Student	+				4	Universität	Bachelor of Nursing
Schweden	–	12 Jahre	Student	+				3	Universität/College	Universitätsdiplom Berufsdiplom
Slowakien	–	12 Jahre	Student	+				3	Universität	Bachelor of Nursing
Slowenien	–	12 Jahre	Student	+				3	Universität	Bachelor of Nursing
Spanien	–	12 Jahre	Student	+				3	Universität/College	Universitätsdiplom
Tschechien	–	12 Jahre	Student	+				4	Universität	Bachelor of Nursing
Ungarn	18	12 Jahre	Student	+				3 o. 4	Universität	Bachelor of Nursing o. Berufsdiplom
Zypern	–	12 Jahre	Student	+				3,25	Universität	Bachelor of Nursing

Stöckel, G. (2004), eigene Darstellung
Quellen: Renzen-Altmeppen-Tyacke, 2000; Country Reports: www.werc.org 2004

+ = Nur dieser Ausbildungsweg wird im jeweiligen Land angeboten.

Heftberufe 5.2004

(Kriegl, 2004, 2006, 297; Stöcker, 2004; Rennen-Allhoff, Bergmann-Tyacke, 2000; WENR, 2004)

Wenn man alleine nur den „Status der Lernenden“ beachtet, wird ersichtlich, dass Österreich auf einsamen Posten steht. In keinem anderen Land (selbst in Deutschland gilt der Lernende zumindest auch als Angestellter) außer Österreich gibt es die Bezeichnung „Schüler“. Das hat natürlich auch mit dem Ausbildungsniveau zu tun, das im überwiegenden Großteil der EU auf universitärer Ebene stattfindet. In Österreich hingegen ist die Ausbildung ein Lehrberuf auf Berufsschulbasis. Ein weiterer Beleg dafür ist das monatliche Taschengeld, das an die PflegeschülerInnen ausbezahlt wird, welches stark an eine Lehrlingsentschädigung erinnert, jedoch nur rund halb so viel. Die Auszubildenden sind während der Ausbildung kranken-, unfall- und pensionsversichert und bekommen im 1. Jahr ca. 275 Euro netto, im 2. Jahr ca. 335 Euro netto und im 3. Jahr ca. 510 Euro netto (vgl. Lehrlingsentschädigungen in Österreich, 2012; Arbeiterkammer, 2012).

Dadurch ist auch die Voraussetzung eine andere, da in den meisten Ländern eine 12-jährige (in Österreich genügen 10 Jahre) allgemeine Schulausbildung und somit eine Reifeprüfung benötigt wird. Pflegekräfte aus dem asiatischen und osteuropäischen Raum schließen ihre Ausbildung ebenfalls auf einem höheren Bildungsniveau als österreichische Pflegepersonen ab. Der Europarat hat im Jahr 1997 bereits empfohlen als Eingangsniveau eine Hochschulreife anzustreben. Auch das entspricht der allgemeinen europäischen Tendenz und wäre zumindest ein mittelfristiges Ziel (vgl. Jenull-Schiefer, Brunner, et al. 2007; Kriegl, 2006, 295).

Wandeler bemerkte, dass die Mehrzahl gut ausgebildeter MigrantInnen, die keine Anstellung in ihrem ursprünglichen Berufen finden, in der Langzeitpflege als PflegehelferInnen eingesetzt werden. Sogar Arbeitsämter raten BewerberInnen aus verschiedenen Branchen dazu an, sich umschulen zu lassen, um im Pflegebereich tätig sein zu können. Qualifikationen und Arbeitserfahrungen haben für diese Vermittlungen weniger Bedeutung (vgl. Wandeler, Hansen, 2008, 5; Bauder, Foertsch, 2002, 13; Oldenburger, 2010, 19-20).

Ein weiterer Beleg dafür, dass viele MigrantInnen entweder aufgrund ihrer Schlüsselkraftrolle gut dotierte Jobs erhalten oder unter ihrem Ausbildungsniveau arbeiten müssen. Wandeler meint zudem, dass manche MigrantInnen wenig beliebte Arbeit nur der Anerkennung wegen machen, um später in anderen Bereichen des Gesundheitssektors eine Stelle zu bekommen. Laut OECD hatten in Österreich im Jahr 2007 lediglich 11,3% der ausländischen Arbeitskräfte einen Hochschulabschluss. Im Vergleich zu anderen Ländern wie z.B. Irland (41,1%) oder Großbritannien (34,8%) ist der Anteil sehr gering (vgl. Wandeler, Hansen, 2008, 5ff; Oldenburger, 2010, 19-20; OECD, 2008, 82; Moser, 2010, 1-2).

Die kulturellen Unterschiede und Erfahrungen ausländischer Pflegepersonen müssen aber auch als Ressource angesehen und beispielsweise im Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund genützt werden. Die Migration weist auf einen Bildungsbedarf hin, weshalb pflegerische Bildungsangebote für interkulturelles Lernen entwickelt werden müssen (vgl. Buchan, 2006; Kingma, 2006; Friebe, 2003)

Ein wichtiger, aber laut mehrerer Experten ein längst überfälliger Schritt war die Einführung der Pflegewissenschaften und die damit verbundene Öffnung der akademischen Schiene für Pflegeberufe. Aufgrund der breiten Skepsis gegenüber Wissenschaft, Theorie und Forschung in einem praxisorientierten Beruf wie der Pflege, ist es notwendig, vor allem die Verant-

wortlichen im Gesundheitswesen davon zu überzeugen, dass der Einsatz von Pflegepersonen mit akademischen Qualifikationen ein positiver Einfluss ist, das Niveau dadurch steigt und in weiterer Folge Auswirkungen auf die Attraktivität des Berufsumfeldes hat. Abgesehen davon, wäre eine Pflegeausbildung auf tertiärer Ebene ohnehin dringend nötig. Aber ein Blick in die Praxis zeigt, dass es akademisch qualifizierte Pflegepersonen sehr schwer haben im intramuralen und extramuralen Bereich Fuß zu fassen, da nur wenige Aufgaben und Tätigkeiten dafür zur Verfügung stehen. Es ist positiv anzuführen, dass sich das Bildungsangebot im Pflegebereich am quantitativen und qualitativen Pflegebedarf orientiert und Praxis einen großen Stellenwert einnimmt. Aber es gibt zu wenige Möglichkeiten, Theorie in der Praxis anzuwenden. Dringenden Handlungsbedarf gibt es in der Pflegehilfeausbildung, da Fächer wie Gesundheitsförderung oder Prävention fehlen (vgl. Landenberger, 2003, 174ff).

11.4.1. Kompetenzen und versteckte Potentiale ausländischer Pflegepersonen

In vielen Fällen ist die Ausbildung ausländischer Pflegepersonen zwar auf höherem Niveau und dadurch besser, aber aufgrund österreichischer Reglements wird sie (teilweise) nicht anerkannt. Jedoch verfügen ausländische Pflegepersonen abgesehen von der beruflichen Qualifikation noch über andere Potentiale, die nach wie vor unterschätzt, aber immer wichtiger werden. Da sie von ihrer Herkunftskultur geprägt sind, kennen sie somit auch andere gesellschaftliche Verhältnisse, Normen, Wertvorstellungen, Religionen und politische Situationen (vgl. Friebe, 2006, 51; Oldenburger, 2010, 22).

Wichtige Erfahrungen, die sie von vielen einheimischen Pflegepersonen unterscheidet und die im Arbeitsalltag von Nutzen sein können. Ihre Sozialisation haben sie in einem anderen kulturellen Kontext erworben, damit fällt ihnen beispielsweise interkulturell kompetentes Handeln oft leichter. Durch ihre Mehrsprachigkeit kennen sie auch gleichzeitig Strategien, sich in einer fremden Sprache auszudrücken, was auch in Pflegebeziehungen mit älteren ausländischen Pflegebedürftigen bedeutungsvoll und hilfreich sein kann (vgl. Papadopoulos, 2003, 89; Ertl, 2005, 22; Friebe, 2006, 51; Oldenburger, 2010, 19-23).

Da Menschen mit Migrationshintergrund, beispielsweise jene der ersten Generation, vermehrt das pflegerische Angebot benötigen, können diesbezüglich Pflegepersonen aus dem Ausland eine wichtige Rolle spielen. Zudem haben sie laut Hansel neben Sprachkenntnissen auch noch eigene Erfahrungen mit Trennung, Abschied, Trauer und Verlust. Damit weist ihre Biographie zu deren ausländischen Patienten viele Parallelen auf. Infolgedessen haben sie vermutlich mehr Einfühlungsvermögen zur Lebenswelt älterer MigrantInnen. Das dürfte auch einer der Gründe sein, warum eine große Nachfrage nach Pflegepersonen mit Migrationshintergrund besteht (vgl. Hansel, 2005, 44; Domenig, 2003, 100; Friebe, 2008; Oldenburger, 2010, 22-23).

Ihnen kommt somit eine Vermittlerrolle zwischen Kulturen zu. Sie können bei kulturellen Missverständnissen oder kommunikativen Interaktionsproblemen als eine Art „DolmetscherIn“ zwischen fremdsprachiger Pflegebedürftigen und Arbeitskollegen dienen. Das wird auch immer mehr von einheimischen Pflegepersonen so erwünscht, um eine Verbesserung der Kommunikation mit den Pflegebedürftigen zu erreichen. Diese Kompetenzen und Potentiale dürfen aber nicht als selbstverständlich gelten, sondern müssen trotzdem ausgebildet werden. Denn es ist nicht gesagt, dass auch Menschen mit Migrationshintergrund nicht genauso intolerant sein können. Selbst jene, von denen man es absurderweise am wenigsten annehmen würde, da es einem Widerspruch in sich gleicht, können Vorurteile haben oder im Zuge multikultureller Zusammenarbeit zu Diskriminierungen tendieren (vgl. Domenig,

2003, 100; Voigt, Praez-Johnsen, 2001, 46-50; Bolten, 2007, 109; Friebe, 2006, 52, Oldenburger, 2010, 22-23).

11.5. Modell für die Pflegeausbildung

Es gibt unzählig viele Modelle, die eine Sanierung der Ausbildungsmöglichkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege vorsehen. Jedes einzelne davon näher zu beleuchten, würde den Umfang dieser Arbeit überstrapazieren. Daher wird eines davon, das einen vernünftigen Ansatz auf drei verschiedenen Ebenen darstellt, herangezogen und näher vorgestellt. Es ist ein dreistufiges Bildungsmodell von Danzer, das auch eine Ausbildung auf tertiärem Niveau vorsieht, was dringend benötigt wird (vgl. Danzer, 2003, 39ff):

- **Erste Stufe: Ausbildung zum Pflege- oder Altenhelfer mit Abschlussprüfung**
Kann erreicht werden durch: den Besuch von 3 Jahren der 5-jährigen Ausbildungszeit in der höheren Lehranstalt für Gesundheits- und Krankenpflege, den Besuch der ersten 2 Jahre im Rahmen einer 4-jährigen Fachausbildung zur diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegeIn, den Besuch der Fachschule Altenhelfer/Altenfachbetreuer und Pflegehelfer oder, den Erwerb des Zeugnisses für Pflege- und Altenhelfer wird dem Schüler der Einstieg in die letzten 2 Jahre der Fachausbildung zur diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn ermöglicht.
- **Zweite Stufe: Diplomausbildung**
Kann erreicht werden durch: die Absolvierung der 5-jährigen HLA (Höheren Lehranstalt) für Gesundheits- und Krankenpflege (der Einstieg erfolgt nach der 8. Schulstufe und endet mit Diplom und Matura; nach 3 Jahren ist man PflegehelferIn und hat die Möglichkeit auf eine Fachausbildung umzusteigen); die Absolvierung der 4-jährigen Fachausbildung (endet mit allgemeinem Diplom); die Absolvierung des 3-jährigen Maturantenlehrganges (endet mit fachspezifischem oder allgemeinem Diplom).
- **Dritte Stufe: regelt die Spezialisierung im tertiären Bereich, also auf Hochschulniveau.**
Das erste Modul ist eine Weiterbildung gemäß §64 GuKG und wird als Universitätslehrgang (ULG) geführt (30 ECTS zur Abrechnung von Studienleistungen). Das zweite Modul zielt darauf ab, dass AbsolventInnen mit dem „Akademischen Experten in ...“ abschließen (für beide Module ist ein Diplom vorausgesetzt). Für die weiteren Stufen wird ein Reifeprüfungsniveau (z.B. Matura) benötigt. Das betrifft die Pflegewissenschaft und wird an Fachhochschulen und Universitäten angeboten. Das Doktoratsstudium kann hingegen ausschließlich an einer Universität abgeschlossen werden (vgl. Danzer, 2003, 39ff).

Laut Hable dürfen darüber hinaus auch andere wichtige Schwerpunkte in der Ausbildung nicht übersehen werden. Deshalb ist es genauso wichtig, den Fokus auf die Patientenorientierung, die Partnerschaft zwischen Patient und Pflegepersonal und auch die Gesundheitsförderung zu richten. Es muss die Kooperation zwischen einzelnen Fachabteilungen, Krankenhäusern und mobilen Diensten verstärkt werden und die Schnittstellen noch mehr komprimiert werden. Angesichts der hohen Belastung, der kulturellen Herausforderung und Mobbingfällen innerhalb von Pflegeteams muss auch die Teamfähigkeit und Zusammenarbeit bereits während der Ausbildung verstärkt und gefördert werden (vgl. Hable, 2003, 14).

Wichtig ist außerdem, dass der Bund die Kompetenzen hinsichtlich der Ausbildung erhält und stufenweise einheitliche Ausbildungsprogramme (mit stufenweise einheitlichen Abschlüssen) geschaffen werden. Die Pflegekompetenzen hängen natürlich von der Ausbildungsstufe ab. Damit die künftigen AbsolventInnen von österreichischer Diplompflegeausbildungen in Zukunft am europäischen Arbeitsmarkt wettbewerbsfähig werden, muss die Diplompflegeausbildung schrittweise auf Fachhochschul- bzw. Universitätsniveau gehoben werden (vgl. Landenberger, 2003, 175).

12. Die Negativspirale: „Pflegenotstand“ als Endprodukt

Der Begriff „Pflegenotstand“ wird gerne von Politik und Interessensvertretern verwendet, um reißerisch und alarmierend auf ein Problem hinzuweisen, das sowohl die Öffentlichkeit wie auch die EntscheidungsträgerInnen aufrütteln soll. Das Wort „Notstand“ bringt man mit Katastrophen oder ähnlichen extremen Bedingungen in Verbindung, was wiederum Angst und Besorgnis bei den Menschen auslöst. Die vielseitige und oft wiederholende Verwendung des Begriffes birgt aber auch die Gefahr, dass eine Bedeutungslosigkeit einsetzt. Das ist angesichts der Tatsache, dass von einem Notstand in der Pflege gesprochen werden kann, eine durchaus kontraproduktive Entwicklung, die den Fortschritt in der Pflege negativ beeinflusst. Pflegenotstand ist aber keineswegs bloß ein Synonym für Personalmangel. Der Begriff umfasst viel mehr und setzt sich aus verschiedenen Faktoren zusammen. Es wird von einer Negativspirale gesprochen, die von drei Grundfaktoren angetrieben wird: Personalmangel, erlebbare Qualitätsmängel und Unzufriedenheit, Demoralisierung bzw. Überlastung des Personals. Personalmangel hat negative Auswirkungen auf Qualität und auf die Zufriedenheit der Pflegepersonen, wodurch auch die Fluktuationsrate höher bzw. die Verweildauer geringer wird. Das kann zu innerer Kündigung oder Burnout führen, was in weiter Folge einen Effekt auf den Personalstand hat (vgl. Krajic, Vysloulzil, et al., 2003).

Es sind im Falle eines Nichthandelns in Zukunft noch gravierendere Folgen zu erwarten, da der Bedarf an Pflegepersonen steigen wird, das Angebot an Pflegepersonen jedoch verhältnismäßig stetig sinkt. Alle Faktoren sind miteinander verzahnt und entwickeln so eine Eigendynamik, die die Pflegesituation in immer schwierigere Dimensionen katapultiert. Deshalb muss im Idealfall an allen Problemzonen angefasst werden oder für den Anfang zumindest eine Aufgabe gelöst werden, damit die Negativspirale gedrosselt wird.

12.1. Hohe Fluktuationsrate und ihre Gründe als Indikatoren

Die deutlichen Hinweise auf die kurze Verweildauer von Pflegepersonen im Berufsfeld nach abgeschlossener Ausbildung sind Grund genug, um über Verbesserungen nicht nur nachzudenken, sondern diese auch einzuleiten. Eine hohe Fluktuation ist immer ein Zeichen für Unzufriedenheit und ist angesichts der zukünftigen Entwicklungen mehr als kontraproduktiv. Es besteht also hohes Verbesserungspotential. Die Unzufriedenheit ist auch nachvollziehbar, schließlich ist der Pflegeberuf durch belastende Arbeitsbedingungen, ungünstige gesellschaftliche Rahmenbedingungen, schlechtes Image, mangelnde Autonomie, Wertschätzungs- und Anerkennungsdefizite, unregelmäßige Dienstzeiten, schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie, schwere körperliche Belastungen, hohe psychische Belastungen, schlechte Bezahlung, mangelnde Aufstiegschancen, Sexismus und Rassismus gekennzeichnet. Diesen negativen Eigenschaften steht ein wachsender Bedarf an Pflegekräften gegenüber (vgl. Carrington, Cepek-Neuhauser, et al., 2005, 31-32; Gugler, 2005, 19-22).

Laut einem Bericht des ÖBIG aus dem Jahr 2003 ergab eine Untersuchung, dass im Langzeitpflegebereich (Alten- und Pflegeheime, Mobile Dienste) 1350 diplomierte GuKP, 3420 PflegehelferInnen und 420 Personen der Hilfsdienste fehlen. Man muss sogar davon ausgehen, dass zu der Zeit, als die Erhebung stattfand, die Zahl der fehlenden Pflegepersonen noch höher war, da aus heutiger Sicht eindeutig ein höherer Personalmangel vorliegt. Ein Ungleichgewicht, das die zukünftigen Probleme klar erkennbar und eine immer weiter auseinander klaffende Schere, die ein Handeln nötig macht (vgl. Krajic, Nowak, et al., 2003, 20-22; ÖBIG, 2003).

In Wien haben Pflegeheime maximal 350 Betten. Ein Personalschlüssel, der sich an den Pflegestufen orientiert, regelt das Verhältnis von Betreuungspersonal zu den PflegeheimbewohnerInnen. Da der Schlüssel in Wien vor allem in höheren Pflegestufen verhältnismäßig niedrig ist, stehen in stationären Einrichtungen in Wien überraschend viele Betreuungspersonen zur Verfügung. In Wiener Pflegeheimen sollen mindestens 30% der Pflegepersonen diplomiertes Personal und maximal 20% Betreuungs- und Hilfspersonen ausmachen. Aufgrund der begrenzten freien Kapazitäten werden zunehmend Menschen mit hohem Pflegebedarf, also mit hoher Pflegestufe, in Pflegeheime aufgenommen (vgl. Krajic, Nowak, et al., 2005).

Das Problem im mobilen Sektor der Pflege ist meist und vorwiegend nicht quantitativ, sondern qualitativ. Ein Beleg dafür ist beispielsweise die hohe Fluktuationsrate im mobilen Bereich, insbesondere in Ostösterreich, wo auch noch zusätzlich Konkurrenz aus Nachbarstaaten hinzukommt. Es gibt einen Personalmangel an hoch qualifizierten Pflegepersonen in der mobilen Pflege, weil eben das Arbeitsfeld und die Bedingungen als unattraktiv empfunden werden. Das heißt, dass zwar zahlenmäßig ausreichend Pflegepersonen zur Verfügung stünden, deren Ausbildungsniveau aber nicht den Anforderungen entspricht (vgl. Krajic, Nowak, et al., 2003, 21).

Qualitativer Mangel ist aber generell ein Problem, das auch auf die hohe Drop-Out-Quote zurückzuführen ist. Es gibt 7200 Ausbildungsplätze, was bedeutet, dass im Idealfall jährlich 2400 neue diplomierte Pflegepersonen hinzukommen, was angesichts des Bedarfes noch immer viel zu wenig ist (schließlich ist auch ein hoher Abgang zu verzeichnen). Das schlechte Image und die verbesserungswürdige Entlohnung der Hauskrankenpflege führt zu geringem Interesse an der Ausbildung. So wird berichtet, dass ausgeschriebene Stellen kaum adäquat besetzt werden können, da sich in der Regel keine diplomierten Pflegepersonen oder nur ungeeignete BewerberInnen, u.a. aber auch diplomierte Pflegepersonen mit geringer Berufserfahrung oder Defizite in der speziellen Pflege, melden. Das hat auch rückwirkend negative Auswirkungen auf Stellenausschreibungen. Es gibt wesentliche Symptome, die auf quantitativen Mangel an Pflegepersonen hinweisen. Die Anzahl an offenen Stellen ist ein wichtiger Indikator für ein Defizit an Pflegepersonal (vgl. Simsa, Schober, 2003, 21ff).

Wild meint, dass Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege besondere Kenntnisse, spezielles Wissen und Qualifikationen u.a. im Bereich der allgemeinen und psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, der Biographiearbeit, der Kinder- und Jugendlichenpflege, der Validation, der Palliativpflege, der basalen Stimulation, der Familienpflege (Family Health Nurse) und des Case Managements anwenden können müssen (vgl. Wild, 2002, 23).

Interessant ist, dass oft auch Qualifikationsdefizite bei besser qualifizierten Pflegepersonen, wie diplomierte Pflegepersonen oder PflegehelferInnen, festgestellt werden. Im Bezug auf Edukativ-kommunikative Aufgaben mit PatientInnen und Angehörigen, Case und Care Management, Primary Nursing oder aktuelles Wissen auf letztem Stand der Forschung in Bezug auf mitverantwortliche Tätigkeiten wie z.B. Wundversorgung gäbe es großen Nachholbedarf auch seitens hoch qualifizierter Pflegepersonen, daher sollte der „Skill-Mix“ aus den Fähigkeiten von PflegeakademikerInnen und diplomierten Pflegepersonen intensiviert und erhöht werden (vgl. Krajic, Nowak, et al., 2005, 25).

Aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen entsteht eben auch ein Mehrbedarf an professioneller Pflege im mobilen Bereich, was auch zu einem quantitativen Mangel führen kann. Im

internationalen Vergleich (vor allem mit skandinavischen Ländern) ist Österreich ohnehin sowohl qualitativ als auch quantitativ unterentwickelt, wobei Vorarlberg in Österreich eine Ausnahme darstellt, da es dort einigermaßen gut funktioniert. Einerseits sind die Entlohnung und die Sozialleistungen deutlich schlechter als im stationären Bereich, andererseits ist auch das Image der mobilen Pflege verbesserungswürdig. Hinzu kommt eben auch noch, dass spezielle Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die diplomierte Pflegepersonen für die Berufsausübung in der mobilen Pflege benötigen, völlig unzureichend sind. Das hat auch damit zu tun, dass die Ausbildung meist von Krankenhausbetreibern angeboten werden und damit auch zentrale Inhalte der Hauskrankenpflege fehlen, da offenkundig andere Prioritäten gesetzt werden (vgl. Krajic, Nowak, et al., 2005, 25).

Das AMS vermeldete 2005, dass nicht alle Dienststellen besetzt werden konnten. Das heißt, am Markt ist der Bedarf bzw. die Nachfrage höher als das Angebot an Pflegepersonen. Die Höhe der Fluktuationsrate ist ein Indiz für einen Fehlbestand. Wie gesagt, im mobilen Bereich ist die Fluktuationsrate höher als im stationären, also auch höher als in Alten- und Pflegeheimen (vgl. Schneider, Trukeschitz, 2005).

Eine Fallstudie besagt, dass es öffentlichen Anbietern besser gelingt, Pflegepersonen länger zu binden, als Anbietern im Nonprofit-Bereich. Auch im Bereich der Pflege ist die Miteinbeziehung von Leasingfirmen im Falle von Engpässen keine Seltenheit mehr (vgl. Schneider, Trukeschitz, 2005, 4; Simsa, 2003).

Eine Lösung, die weder Pflegepersonen noch KlientInnen erfreut, da die Pflege qualitativ als auch quantitativ darunter leidet und die Anerkennung bzw. Attraktivität des Pflegeberufes dadurch nicht gehoben werden kann. Pflegepersonen sind zudem vielerorts überlastet, was sich auch auf deren Zufriedenheit und Arbeitsmoral auswirkt. Es gibt viele Hinweise darauf, dass Pflegepersonen aufgrund des Mangels Mehrarbeiten zu leisten haben. Pressemeldungen des ÖGKV aus den Jahren 2003 und 2004 vermeldeten bereits, dass 3000 bis 10000 zusätzlich Stellen im Pflegebereich erforderlich sind. Das zeigt, dass das Problem nicht erst seit gestern präsent ist, sondern bereits seit vielen Jahren bekannt ist. Die hohe Schwankungsbreite ist auch auf die dürftige Datenlage zurückzuführen (vgl. Landenberger, 2005, 141).

Aktueller nimmt das AMS auf die Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich Stellung: „Die Arbeitsmarktsituation für diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger ist derzeit gut. So fehlen z.B. in Wien vielfach Fachkräfte und Planstellen können nicht besetzt werden. Die Berufsaussichten sind sehr gut. Vor allem im Bereich der Altenpflege, in der Langzeitpflege und im ambulanten Bereich wird der Bedarf nach ausgebildeten Fachkräften noch weiter ansteigen.“ (vgl. AMS, 2012, 65)

Stark bedroht vom Pflegemangel sind Pflegeheime, u.a deshalb, weil die Pflege älterer Menschen in der Ausbildung zu kurz kommt und noch immer als unattraktiv für viele wirkt. Aber auch der extramurale Bereich und zunehmend auch der Akutbereich sind von dem Problem nicht ausgenommen, da die Zahl an nachkommenden jungen Pflegepersonen immer mehr abnimmt. Verschärft wird die Situation durch die hohe Fluktuation aufgrund der hohen Belastung und des damit verbundenen „Burnout-Syndroms“. Ein weiterer Grund für den frühzeitigen Ausstieg aus dem Berufsfeld ist das geringe Ansehen trotz enormer Leistungen, die mangelnde Anerkennung und Entlohnung. Die Krankenpflegeschulen beklagen einen deutlichen Bewerberrückgang, auch weil viele Berufe durch Modernisierungsprozesse hinsichtlich der Ausbildung ein besseres Image erlangten und viele Jugendliche und Erwachsene dadurch in andere Berufe wechseln. Da dem Bildungssystem seit Längerem die Durch-

lässigkeit fehlt, scheint eine zeitgemäße und attraktive Form der Berufsausbildung mehr als überfällig zu sein. Österreich, Deutschland und Luxemburg stellen hier in der EU eine Ausnahme dar. Die Pflegeausbildung soll laut Landenberger auf verschiedenen Ebenen (mit unterschiedlichen Handlungskonzepten) erfolgen, die abhängig vom jeweiligen Bildungsniveau des an der Pflege interessierten Menschen sind (vgl. Landenberger, 2005, 175-176; Riess, Rottenhofer, et al., 2007, 8; Krajic, Nowak, et al., 2005, 8-16).

Diplomierte Pflegepersonen werden im Zuge ihrer Ausbildung oft an Einrichtungen gebunden. Auch ein Grund für die Entwicklung eines jahrelangen Trends, dass diplomierte Pflegepersonen zunehmend auch Arbeit im Krankenhausbereich bevorzugen. Dennoch werden Pflegepersonen mit hoher Qualifikation auch außerhalb des Krankenhausbetriebes gebraucht. Deshalb ist eine breite Öffnung des Zuganges zum Pflegeberuf unbedingt notwendig. Hinzu kommt, dass Langzeitpflege aufgrund mehrerer Aspekte als unattraktiv gilt.

13. Diskussion: MigrantInnen in der Rolle als Pflegepersonen in der Pflege – S.W.O.T.-Analyse als Diskussionsschwerpunkt

Der Anteil von Pflegepersonen aus dem Ausland in der österreichischen Pflege, somit auch in der Altenpflege, ist vergleichsweise hoch und aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklungen und des mangelhaften Zustandes des Pflegebereiches nicht mehr wegzudenken. Ohne ausländische Pflegepersonen wäre der Mangel an Personal bzw. das Angebot an Pflegeleistung bei steigender Nachfrage und der damit verbundenen Herausforderungen noch größer und schwieriger zu meistern.

Österreich hat sich aufgrund von „Pullfaktoren“ bereits vor Jahrzehnten als Zielland für ausländische Pflegepersonen entwickelt. Die Auswirkungen, die im Zuge dieser Eingliederung entstehen, sind überwiegend positiv. Für die immer älter werdende Bevölkerung stellt diese „Humankapitalsverstärkung“ durch ArbeitsmigrantInnen aus dem Ausland einen leistungsstärkenden Zuwachs am Pflegesektor und damit auch eine enorm wichtige Rolle für die Gesellschaft dar. Damit ist nicht nur die soziale Dienstleistung gemeint, sondern auch die Funktion als Gegengewicht zur sinkenden Geburtenrate und die wirtschaftlichen Komponenten in diesem Zusammenhang. Ökonomisch weiter betrachtet, gibt es zurzeit keine Anzeichen und Bedenken, dass durch den Zulauf ausländischer Pflegepersonen am österreichischen Arbeitsmarkt die Gehälter und Arbeitslosenzahlen von einheimischen Pflegepersonen negativ beeinflusst werden könnten. Auch die Sorge, dass die Qualität der Pflege wegen mangelnder Fähigkeiten und unzureichender Ausbildung seitens der Pflegepersonen aus dem Ausland abnehmen könnte, ist unbegründet, da die überwiegende Mehrheit jener Pflegepersonen aus den benachbarten EU-Mitgliedsstaaten oder aus Ländern, wie den Philippinen, stammen, die eine vorbildhafte Pflegeausbildung auf hohem Niveau integriert haben und damit einen „Brain-Gain“ bewirken.

Schwierigkeiten und Probleme gibt es hingegen in der teaminternen bzw. PatientIn-Pflegeperson-Kommunikation und bei kulturell bedingten unterschiedlichen Handlungsauffassungen. Pflegepersonen aus dem Ausland haben zwar den Vorteil der Mehrsprachigkeit, was hilfreich in der Interaktion mit migrantischen PatientInnen sein kann, weisen aber oft auch Defizite in der Anwendung der deutschen Sprache auf. Das führt zu Missverständnissen und Koordinierungsproblemen, stellt damit auch das zentrale Spannungsfeld innerhalb von Pflgeteams, aber auch im Verhältnis zu PatientInnen, dar, was in weiterer Folge Ressentiments schürt und Integration erschwert. Auch das Nostrifikationsverfahren und der Aufnahmeprozess für die Rot-Weiß-Rot - Karte für Drittstaatsangehörige weist viele Lücken auf, weswegen Potentiale und Fähigkeiten nicht vollständig ausgeschöpft werden können und viele Pflegepersonen aus dem Ausland unter ihrem eigentlichen Qualifikationsniveau arbeiten müssen, was sich negativ auf die Arbeitsmotivation auswirkt.

Bevor ich zur S.W.O.T.-Analyse übergehe, möchte ich die wichtigsten Erkenntnisse und Ergebnisse noch einmal, auch auf Makro-, Meso- und Mikroebene, zusammenfassen. Da sich einige der erkannten Phänomene und Ergebnisse auf mehr als nur einer Ebene überschneiden oder auftreten, ist die Trennung oft schwierig, weshalb sich im Zuge des Zusammenfassens und Schlussfolgerns manche Aspekte wiederholen werden.

13.1. Das Daten- und Definitionsproblem

Die wenigen Daten, die es über Migration von Pflegepersonen, die ihre Ausbildung im Ausland abgeschlossen haben, gibt, sind teilweise unzureichend erfasst, zu wenig stark eingegrenzt und daher oft unbrauchbar. Das mag auch damit zu tun haben, dass Migration ein sehr vielschichtiger Begriff ist und demnach Definitionen diesbezüglich teilweise stark, teilweise leicht variieren. Das führt dazu, dass in vielen Fällen alle Personen, die direkt oder indirekt mit Migration in Verbindung stehen, noch immer „in einen Topf geschmissen“ werden, egal ob MigrantInnen der ersten oder zweiten Generation, oft ist sogar die Rede von MigrantInnen dritten Grades. Obwohl ich mich zunächst gar nicht so sehr auf Menschen mit Migrationshintergrund konzentrieren wollte, ist der meiner Meinung nach irreführende Begriff deshalb wichtig näher zu erläutern, da schließlich jede ausländische Pflegeperson Migrationshintergrund hat. Da aber Migrationshintergrund immer einhergeht mit „fremd sein“ und „Ausländer sein“, stellt sich die Frage, ab wann dieser Begriff keine Berechtigung mehr hat. So hätte doch beinahe jede/r österreichische/r StaatsbürgerIn Migrationshintergrund, wenn man den individuellen Stammbaum näher betrachtet und mehrere Generationen weit zurückgeht. Entweder man verzichtet auf diesen Begriff gänzlich und ersetzt ihn durch andere Paradigmen oder dehnt ihn auf die gesamte österreichische Population aus, damit alle und nicht nur Zuwanderer der letzten 50 Jahre erfasst werden (würde meiner Meinung nach der Bedeutung des Begriffes eher entsprechen). Denn an dieser simplen Begriffsdefinition fängt das Wir-Gefühl an, das alle anderen, alles Fremde abgrenzt und viele diskriminiert, die sich als österreichische StaatsbürgerInnen fühlen wollen, aber deren Zugehörigkeit aufgrund des Migrationshintergrundes von der Allgemeinheit immer angezweifelt und ausgegrenzt wird.

Ein weiterer Grund, weshalb Statistiken oft ein falsches Bild erzeugen oder nicht die Zahlen, die man benötigt, aufweisen, ist das breite Spektrum an Motiven für Migration. Für meine Arbeit ist die Außenwanderung und in weiterer Folge ArbeitsmigrantInnen, also jene MigrantInnen, die im Ausland eine Ausbildung gemacht haben und nach Österreich auswandern, um hier in der Pflege zu arbeiten, von Bedeutung. Da aber viele aus anderen Gründen nach Österreich kommen und erst später in der Pflege eine Arbeit finden, sind auch diesbezüglich Abgrenzungsdefizite festzustellen. Außerdem ist Arbeitsmigration auch ein heikles Thema, da die Motive dahinter nicht immer auf Freiwilligkeit zurück zu führen sind. Zu guter Letzt ist auch das Niveau der Ausbildung der Pflegepersonen ein Kriterium, das in den Statistiken kaum als Differenzierungsmerkmal herangezogen wird. Recht deutlich hingegen bescheinigen die Statistiken die Herkunft der ausländischen Pflegepersonen, aber aufgrund der anderen Abgrenzungsmängel sind deren Zahlen ebenfalls mit Sorgfalt zu betrachten. Soviel zur Datenlage und der damit verbundenen Schwierigkeit, brauchbare Zahlen zu erhalten.

Im Zuge meiner Literaturrecherche bin ich auf viele Daten, von denen wie gesagt nicht alle unreflektiert verwendet werden können, und eine große Anzahl an ExpertInnenmeinungen gestoßen, deren Aussagen sich decken. Die einhellige Meinung ist, dass Österreich schon seit vielen Jahrzehnten als Zielland für Pflegepersonen aus dem Ausland gilt, obwohl skurriler Weise Österreich nach wie vor Schwierigkeiten hat, sich als Einwanderungsland zu definieren. Dabei ist die Tatsache, dass Österreich Pflegepersonen aus dem Ausland anzieht, hausgemacht. Zu den Faktoren, die für den hohen Bedarf an Pflegepersonen, für das sinkende Interesse junger ÖsterreicherInnen in der Pflege zu arbeiten und für die Zuwanderung ausländischer Pflegepersonen verantwortlich sind, komme ich noch zu sprechen.

Da das Thema sehr komplex ist, möchte ich die Ergebnisse auf verschiedenen Ebenen diskutieren. Ich habe zwar in meiner Arbeit auch Bezug auf andere Arbeitsmöglichkeiten und Angebote in der Pflege Bezug genommen, dennoch konzentriere ich mich auf ausländische Pflegepersonen, die eine Ausbildung im Ausland absolviert haben und in österreichischen Pflegeeinrichtungen wie Altenheimen tätig sind. Das liegt auch daran, dass der Staat die gesetzlichen Regelungen insoweit installiert hat, dass vorwiegend „qualifizierte Schlüsselkräfte“ Zutritt zum österreichischen Arbeitsmarkt erhalten. Umgelegt auf die Pflege bedeutet das, dass ausländische Pflegepersonen, die durch eine Ausbildung qualifiziert sind, gesucht werden, um dem Pflegepersonenmangel entgegen zu wirken. Das führt dazu, dass sich zunehmend kulturelle Vielfalt in Pflegeteams ausbreitet. Außerdem ist der Bedarf an Pflege und demnach auch an Pflegepersonen hoch und wird immer höher, kann mit eigenem Angebot nicht gedeckt werden, wozu Hilfe von außen benötigt wird. Die Gründe, weshalb der Bedarf mit eigenen Kräften nicht gedeckt werden kann, sollte ebenfalls ausgearbeitet werden. Alle Ebenen greifen ineinander und alle Faktoren sind miteinander verbunden und haben aufeinander Einfluss.

13.2. Makroebene

Im Laufe der Recherche musste festgestellt werden, dass viele Phänomene, Faktoren und Entwicklungen eng miteinander verbunden sind und so ein komplexes Themengerüst ergeben, das sich in viele einzelne Kapitel ausdehnt. Deshalb wurde auch der Umfang der Arbeit so umfassend. Um nicht Gefahr zu laufen, den Überblick zu verlieren, ist es wichtig, jede Erkenntnis in Verbindung zum ursprünglichen Forschungsgebiet zu bringen. Das heißt am Beispiel der Bevölkerungsanalyse, dass Migration nicht nur eine numerische und statische Größenordnung, sondern auch für die zukünftige Entwicklung enormen Einfluss oder kompensatorische Wirkung hat.

13.2.1. Gesellschaftlicher Wandel und Migration haben Auswirkungen auf Altenpflege: Bedarf und Angebot im Ungleichgewicht

Es wird vielerorts von der schrumpfenden Gesellschaft gesprochen, die auf den ersten Blick nicht zu erkennen ist. Manche sehen das auch gar nicht als Gefahr und meinen, dass sich eine Gesellschaft ohnehin gesundschrumpfen müsste, da entgegen der Meinung anderer Wirtschaftswachstum nicht unbedingt mit Bevölkerungswachstum zu tun haben muss. Im letzten Jahr ist die Bevölkerung gegenüber dem Jahr zuvor sogar wieder leicht gestiegen und beträgt derzeit (laut Statistik Austria, Stand: 31.10.2011) 8,43 Millionen StaatsbürgerInnen, in Wien zählt man 1.714.000 EinwohnerInnen, was bedeutet, dass die Wiener Bevölkerung seit 2001 um rund 11% gewachsen ist. Diese Zahl täuscht darüber hinweg, dass trotz allem die österreichische Geburtenrate seit fast drei Jahrzehnten kontinuierlich sinkt. Bis 2030, so wird prognostiziert, soll sich der Geburtenrückgang so weit negativ ausgewirkt haben, indem ein Drittel der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein wird. Eine doppelbelastende Entwicklung, da neben der steigenden Pflegebedürftigkeit auf der anderen Seite das Erwerbspotential dadurch zurückgeht.

Gründe, warum die Bevölkerungszahl dennoch steigt, ist einerseits die positive Differenz aus Zuwanderung und Auswanderung, andererseits die immer steigende Lebenserwartung aufgrund des medizinischen Fortschrittes. Speziell in Wien sorgen sowohl Binnenwanderung als auch Außenwanderung für Bevölkerungszuwachs. Im Vergleich zu 2001 ist auch das Durchschnittsalter um 2,2 Jahre gestiegen, in den letzten 40 Jahren sogar um 10 Jahre,

was kurzum bedeutet, dass die heimische Bevölkerung älter wird, da der Nachwuchs nicht für den nötigen Altersausgleich sorgt. Als zukünftige Zusatzbelastung für das allgemeine Sozialsystem wird die Generation der Baby-Boomer-Jahre, die in naher Zukunft ins Pensionsalter eintreten, sorgen. Die sogenannte Alterspyramide gleicht immer mehr einer „Altersurne“. Dieser demographische Wandel stellt das Gesundheitswesen und insbesondere die Pflege vor große Herausforderungen, was „präventive“ Maßnahmen notwendig macht. Mit der steigenden Lebenserwartung und den rückläufigen Geburtenzahlen steigt die Altersstruktur der Bevölkerung. Es kann davon ausgegangen werden, dass damit auch die Pflegebedürftigkeit bzw. die Anzahl der Fälle von Pflegebedürftigkeit oder Dauer der Pflegebedürftigkeit steigen wird. Die Menschen haben auch den Anspruch gut und altersgerecht versorgt zu werden. Auf der anderen Seite gibt es einen Engpass oder besser gesagt, einen Bedarf, je nachdem aus welcher Perspektive man das Problem betrachtet. Durch die sinkende Geburtenrate gibt es zukünftig auch immer weniger potentielle Pflegepersonen, dadurch wird die ohnehin schon prekäre Lage noch zusätzlich verschärft. Die Anzahl der Pflegepersonen im Verhältnis zur gesamten Bevölkerung ist verglichen mit anderen europäischen Ländern zurzeit schon sehr niedrig, negative Trends würden diese Situation weiter belasten.

13.2.2. Österreichs ambivalente Rolle als Zielland und „(K)Einwanderungsland“ für EWR-BürgerInnen und Drittstaatsangehörige

Österreichs Geschichte in Bezug auf den Umgang mit Migration zeigt, dass Zuwanderung von politischer Seite lange Zeit als erwünscht galt, sogar angetrieben wurde. Die Geschichte Österreichs und insbesondere Wiens („melting pot“) legt auch dar, dass kulturelle Vielfalt, gerade zu Zeiten der habsburgischen Monarchie, immer schon eine gesellschaftliche Gegebenheit darstellte und sich im Zuge der Globalisierung verfestigt hat. Österreich stellt seit mehreren Jahrzehnten ein Zielland für MigrantInnen dar, auch im Pflegebereich. Damit steht Österreich nicht alleine da, auch andere westliche Industriestaaten rekrutieren Pflegepersonen von außen. Dennoch hat Österreich nach wie vor Schwierigkeiten sich als Einwanderungsland zu definieren. Ein Anzeichen dafür ist auch das von Österreich praktizierte Abstammungsprinzip, wonach nur Menschen von Geburt an die Staatsbürgerschaft erhalten, sofern die Eltern diese auch haben.

Migration polarisiert und steht in engem Zusammenhang mit Fremdenfeindlichkeit. So wie es sie heute gibt, gab es auch damals schon politisch motivierte Bewegungen, die gegen „Überfremdung“ wetterten, Ängste schürten und großen Zuspruch erhielten. Auch die Medien können, sofern gewisse Umfeld-Faktoren gegeben sind, Einfluss auf die individuelle Einstellung und Meinung haben. Angesichts dessen, ist die Positionierung, die publizistische Verpflichtung und Verantwortung im Sinne von Objektivität mancher Medien oft sehr bedenklich. Auf der anderen Seite gibt es viele Bürgerbewegungen, die sich für sozial Schwache oder gegen Diskriminierung stark machen und ein multikulturelles Zusammenleben einfordern.

Die jüngste Geschichte zeigt auch, inwiefern sich die Einstellung innerhalb der letzten 50 Jahre verändert hat. Damals stand im Fokus die von der Politik gezielte und von der breiten Bevölkerung gewollte Anwerbung von GastarbeiterInnen aus dem Ausland. Heute steht man der aktuellen Einwanderungspolitik eher skeptisch entgegen. Das Ergebnis ist u.a. die Entwicklung von mehr oder weniger liberalen hin zu restriktiven Einwanderungsgesetzen, die es zunehmend nur mehr Leuten erlaubt nach Österreich zu immigrieren, die als sogenannte Schlüsselkräfte bezeichnet werden. Jenen Menschen, die StaatsbürgerInnen eines Landes sind, das außerhalb des EWR-Raumes liegt, wird die Zuwanderung erheblich erschwert,

während es für EU-BürgerInnen zunehmend leichter wird.

Ausländische Pflegepersonen aus Drittstaaten haben zudem das Problem, dass sie für eine Gleichstellung der Ausbildung eine Nostrifikation benötigen. Insbesondere in Wien ist dieses Verfahren durch einen langen behördlichen Instanzenweg und viel Bürokratie gekennzeichnet. AntragstellerInnen warten oft Jahre lang auf ein Ergebnis. Außerdem ist das Verfahren höchst umstritten, da als „Vergleichsbasis“ die im europäischen Vergleich als defizitär geltende österreichische Ausbildung dient, worauf es des Öfteren zu Benachteiligungen kommt und dazu führt, dass viele ausländische, oft diplomierte, Pflegepersonen unter ihrer eigentlichen Qualifikation arbeiten müssen. Ausländische Pflegepersonen mit akademischem Werdegang haben das Problem, dass deren Abschluss in Österreich mangels tertiärer Ausbildungsmöglichkeiten nicht Rechnung getragen wird. Die Rot-Weiß-Rot – Karte, die ab 2012 auch für Mangelberufe wie den Pflegeberuf gelten soll, ist eine Einwanderungsmaßnahme für Drittstaatsangehörige, wonach primär Schlüsselkräfte Zugang zum österreichischen Arbeitsmarkt erhalten. Dafür werden zwar u.a. Deutschkenntnisse vorausgesetzt und mittels Punktesystem eruiert, was ausreichend ist, ist hingegen nicht festgelegt. Damit ist den Behörden viel Interpretationsspielraum überlassen, was dem Pflegebereich nicht dienlich ist. EU-Regelungen wie die Niederlassungsfreiheit oder ArbeitnehmerInnenfreizügigkeit, die EU-StaatsbürgerInnen gleichstellen und die selben Rechte wie InländerInnen einräumen, fördern diesen Trend zusätzlich.

Die Zuwanderung ausländischer Pflegepersonen ist nicht nur reine Bedarfsdeckung oder Maßnahme gegen den Personalmangel, sondern hat auch andere positive Effekte auf Österreich. Es kommt durch den Zuzug von Fachkräften mit Know-How zu einem „Brain-Gain“ bzw. „Care-Gain“.

13.2.3. Österreichs „Pullfaktoren“ für MigrantInnen bzw. Pflegepersonen aus dem Ausland und die ökonomischen Auswirkungen auf Österreichs Pflegesektor

Für Zuwanderung gibt es soziale, ökonomische und politische Motive, die jedoch alle unterschiedlich gewichtet sind. Sogenannte „Pullfaktoren“ wie höhere Entlohnung oder niedrige Arbeitslosigkeit sorgen dafür, dass viele ausländische Pflegepersonen nach Österreich kommen, um hier zu arbeiten. Aber Arbeitsmigration, wie beispielsweise im Pflegebereich, muss nicht unbedingt immer freiwillig, sondern kann auch unfreiwillig sein. Die Minimierung des finanziellen Risikos und eine Kosten-Nutzen-Analyse zur Erhebung, ob der Nutzen höher ist als die Kosten im Falle einer Migration, sind wesentliche Vorkehrungen. Aber ein höheres Gehalt ist kein automatischer Migrationsgrund, da auch soziale Faktoren wie Sicherheit oder Familie und das Erlernen einer neuen Sprache enormen Einfluss auf die Entscheidung haben, ob ausgewandert werden soll oder nicht. Außerdem wird darauf geachtet, ob bereits Landsleute im jeweiligen Zielort leben. Da soziale Aspekte wie das „Sicherheitsgefühl“ gewichtigere Faktoren als das „Einkommen“ darstellen, müsste das Gehalt im Zielland deutlich höher sein als im Herkunftsland, da andernfalls die anderen Faktoren den Einkommensfaktor neutralisieren würden. Migration hängt darüber hinaus auch von der Arbeitssituation im Zielland ab. Eine niedrige Arbeitslosigkeit und viele offene Arbeitsstellen wirken sich positiv auf die Migrationsentscheidung aus.

Die höheren Löhne in Österreich gegenüber anderen Herkunftsländern vieler MigrantInnen ist laut makroökonomischer Theorie ein Indiz für den Personalmangel in der Pflege, da dieser Gehaltsunterschiede begünstigt. Solange es „Pflegepersonenmangel“ auf der einen Seite und „Pflegepersonenüberschuss“ auf der anderen Seite gibt, wird es auch Migration von

Pflegepersonen geben. Diese Differenz kann nur ausgeglichen werden, wenn auch ein Gleichgewicht zwischen Zielländern und Herkunftsländern hergestellt wird. Das würde einerseits zu einer Art „Stillstand“ der Migrationsbewegung führen, andererseits würden sich dadurch Nachfrage und Angebot, und in weiterer Folge auch Gehälter, flächendeckend etwas angleichen. Die Kompensierung der Einkommensunterschiede müsste aber zumindest auf EU-Basis stattfinden, damit solch eine Maßnahme erfolgsversprechend wäre. Aber aufgrund der unterschiedlichen Lohnentwicklungen, Lebenserhaltungskosten und wirtschaftlichen Situationen in den EU-Mitgliedsstaaten, insbesondere im Vergleich zu östlichen EU-Staaten, ist dieses Vorhaben zurzeit unrealisierbar und als langfristig anzusehen.

Da kaum Fälle von arbeitslosen österreichischen Pflegepersonen bekannt sind, was auf eine niedrige Arbeitslosigkeit im Pflegebereich zurück zu führen ist, ist das einerseits ein weiteres Indiz für einen Pflegepersonenmangel und andererseits eine Bestätigung, dass ausländische Pflegepersonen keine Konkurrenz für ÖsterreicherInnen am Arbeitsmarkt darstellen. Auch Lohndumping in der stationären Pflege ist anhand dieser Tatsachen kein weitläufiges Problem.

In den USA führte Zuwanderung sogar zu positiven Lohneffekten. 90% der einheimischen Bevölkerung konnte im Zuge der Zuwanderung von Fachkräften einen Lohnanstieg verzeichnen, da dadurch einerseits die Nachfrage nach geringer qualifizierter Arbeit und andererseits das damit verbundene Lohnniveau steigen (vgl. Ottaviano, Peri, 2006, 9-44).

13.2.4. Die „Unattraktivität“ des Pflegeberufsfeldes: Österreichs „Pushfaktoren“ für einheimische Pflegepersonen

Der Bedarf ausländischer Pflegepersonen ist auch deshalb so hoch, weil Einheimische wenig Interesse haben, in der Pflege zu arbeiten. Zu wenig Nachwuchs auf der Sollseite und wachsender Abgang aufgrund von Fluktuation oder Pensionierung auf der Habenseite. Die Literaturrecherche ergab, dass dieses geringe Interesse junger Menschen oder auch Quereinsteiger auf die „Unattraktivität“ des Arbeitsfeldes zurückzuführen ist. Man kann von sogenannten „Pushfaktoren“, die im für Einheimische als unattraktiv gelten und somit einerseits für die hohe Fluktuation der Pflegepersonen, und andererseits für das geringe Interesse der jungen ÖsterreicherInnen verantwortlich gemacht werden können. Zu diesen Faktoren zählen die niedrige Entlohnung, die schlechten Arbeitsbedingungen, die sowohl psychisch als auch physisch belastend sind, der Umgang mit schwierigen PatientInnen, die ungünstigen Arbeitszeiten (flexible Arbeitszeiten werden als positiv betrachtet), teilweise unbezahlte Überstunden und die geringen Aufstiegschancen. Aber auch die mangelhafte Anerkennung hat Einfluss auf die sinkende Bereitschaft, in der Pflege tätig zu werden. Für viele Pflegepersonen sind dennoch die Sinnhaftigkeit und die gesellschaftliche Bedeutung ihrer Tätigkeiten sowie die Freude am Beruf Gründe genug, um in der Pflege zu arbeiten. Es gibt in Bezug auf die Zufriedenheit mit Einkommen oder Arbeitsbedingungen große Unterschiede zwischen ausländischen und einheimischen Pflegepersonen.

Man kann durchaus von einer Negativspirale sprechen, da alle Faktoren direkt oder indirekt miteinander verbunden sind. Damit kann das eigene Potential nicht ausgeschöpft werden, was aber in Zukunft unbedingt notwendig sein wird. Deshalb müssen attraktive Bedingungen geschaffen werden, damit junge Leute wieder Interesse am Pflegeberuf bekommen. Außerdem ist eine breite Öffnung des Zuganges zum Pflegebereich dringend erforderlich, weil damit auch qualifizierte Pflegepersonen abseits der Krankenanstalten angesprochen werden.

13.3. Mesoebene

13.3.1. Langzeitpflege stößt auf geringes Interesse diplomierter Pflegepersonen

Auffällig ist, dass diplomierte Pflegepersonen wenig Interesse haben, in der Altenpflege, insbesondere im mobilen Sektor zu arbeiten, was einerseits mit mangelnder Anerkennung, weniger Karrierechancen, schlechter Bezahlung und dem schlechten Image zu tun hat, andererseits mit der Ausbildung, die meist eng an Pflegeinstitutionen gekoppelt ist und demzufolge Schülern aufgrund des Lehrinhaltes eine sehr einseitige und auf stationäre Pflege in Krankenanstalten konzentrierte Perspektive verschafft. Obwohl die häusliche Pflege mit all den pflegerischen und unterstützenden Angeboten ein wichtiges Segment darstellt, arbeiten im mobilen Sektor häufig Pflegepersonen mit niedriger Qualifikation. Da Wissen auf letztem Stand der Forschung und ein Skill-Mix für die Pflege immanently wichtig ist, haben aber auch hochqualifizierte Pflegepersonen oft Nachholbedarf.

13.3.2. Pflegeausbildung im europäischen Vergleich auf niedrigem Niveau

Die Ausbildung in der Pflege hat zwar eine Entwicklung hinter sich, insbesondere die Einführung des individuellen Diplomstudiums „Pflegewissenschaft“ war ein wichtiger Fortschritt, hinkt aber im europäischen Vergleich hinterher. Es sollte neben der Ausbildung auf professionelle Pflege auch vielmehr die für die Pflege notwendige Fürsorge in den Vordergrund treten. Auch über wissenschaftliche und selbständige „Bildung“, die auch eine Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit anderen Disziplinen fördert, und die Etablierung neuer Lernstrategien muss intensiver gesprochen werden. Dadurch entsteht Sensibilisierung und Offenheit auf allen Feldern, die Gefahr eines eingeschränkten Horizontes wird damit vermieden.

Für die Ausbildung ist zurzeit eine 10-jährige Schulerfahrung ausreichend, damit stellt Österreich eine Ausnahme dar, da in fast allen anderen EU-Mitgliedsstaaten Maturaniveau als Voraussetzung gilt. Das hat auch zur Folge, dass in Klassen SchülerInnen mit unterschiedlichem Reifegrad sitzen, was wiederum auch die Qualität des Unterrichts beeinträchtigt. Außerdem findet die Ausbildung auf „Lehrberufsniveau“ statt. Auch hinsichtlich der Lehrinhalte gibt es Nachholbedarf. So wird beispielsweise auf die mobile Pflege, interkulturelle Zusammenarbeit oder die Auseinandersetzung mit Forschung und Wissenschaft wenig eingegangen. Für Altenpflege wäre es an der Zeit ein eigenes Diplom einzuführen.

Pflegeausbildung auf tertiärem Niveau ist fast ausschließlich europäischer Standard, auch hier besteht dringender Handlungsbedarf, alleine deshalb, um konkurrenzfähig zu bleiben. Eine höhere Ausbildung auf Hochschuleniveau mit modularem durchlässigen System würde aber viel mehr bewirken, als nur die bloße Bewahrung der Konkurrenzfähigkeit. Auch die Professionalisierung der Pflege durch den Einsatz der Wissenschaft würde vorangetrieben werden. In weiterer Folge würde auch die Wertschätzung für den Beruf und die Attraktivität steigen, denn dadurch wird der Pflegeberuf nicht mehr als bloßer „Lehrberuf“ (entspricht dem Image, das er zurzeit hat) angesehen, sondern würde als vollwertiger und eigenständiger Beruf und Profession behandelt werden. Die Pflege erhält dadurch ein fachliches Ansehen und Schlüsselqualifikationen entstehen. Die Ausbildung ist bereits sehr praxisbezogen, intensiv und umfassend, sodass einer Einführung der Ausbildung auf höherem Niveau nichts entgegensteht. Die Auszubildenden erhielten dadurch einen anderen Status, statt „SchülerInnen“ bzw. „Lehrlinge“ wären sie damit „StudentInnen“, was die Pflege auf eine höhere, ihr gerecht werdende Niveauebene hieven würde. Das hätte in Folge auch positive Auswir-

kungen auf andere Attraktivitätskriterien, wie etwa Entlohnung oder Aufstiegschancen (vgl. Schmitt, 1992, 147; Spicker, 2001, 8-9).

Zumindest eine bundeseinheitliche Regelung in Bezug auf Ausbildung ist dringend nötig, was bedeuten würde, dass österreichweit ein Eintritt nur mit Maturaniveau möglich ist und es eine tertiäre Ausbildung (auf Universität oder Fachhochschule) mit akademischem Abschluss gibt. Das hätte zur Folge, dass auch QuereinsteigerInnen für die Pflege gewonnen werden können, da mit steigendem Niveau auch die Anerkennung steigt. Noch besser wären Vereinheitlichungen der Pflegeausbildung und deren Standards auf EU-Ebene mit mehr Kompetenzen und genauen Abgrenzungen diesbezüglich. Angesichts dessen, dass der Großteil der ausländischen Pflegepersonen aus EU-Staaten kommt, würde man damit einen großen Schritt zur Sicherung der Qualität und Effizienzsteigerung der Pflege machen. Englisch sollte in der Ausbildung ohnehin eine viel wichtigere Rolle spielen. In diesem Kontext könnte man junge ÖsterreicherInnen mittels Förderungen auch dazu animieren, Wissen und Erfahrungen im Ausland zu sammeln und dadurch den Horizont zu erweitern, wie es bereits Anfang des letzten Jahrhunderts von vielen praktiziert wurde. Entweder während der Ausbildung oder danach im Zuge von Auslandsjahren, wie es Länder wie die Philippinen oder Finnland vorgemacht haben. Dafür braucht es Anreize und neue innovative Ansätze. Denn durch die Remigration von gutausgebildeten Pflegepersonen würde auch Österreichs Pflege profitieren. Österreich soll sich dadurch nicht von einem Zielland zu einem Herkunftsland entwickeln, aber durchaus auch für „Brain-Gain“ aus den eigenen zur Verfügung stehenden Ressourcen sorgen.

13.3.3. Das Pflegepersonenmangel-Paradoxon

Das paradoxe an der Situation im Pflegebereich in Österreich ist, dass trotz des hohen Anteils ausländischer Pflegepersonen ein Pflegepersonenmangel herrscht und dieser unter Einbeziehung der äußeren Umstände und Effekte weiter Zuwanderung qualifizierter ausländischer Pflegepersonen erfordert. Hierfür müssen die Push- und Pullfaktoren berücksichtigt werden. Begegnet man dem Thema auf einer rein pragmatischen Ebene, gleicht die Schlussfolgerung, man benötige ausländische Pflegepersonen, weil aus eigener Kraft der Bedarf nicht gedeckt werden kann, einer Milchmädchenrechnung, denn Migration von Pflegepersonen kann sowohl positive als auch negative Effekte auf Ziel- und Herkunftsland haben. Wahr ist, dass die Zuwanderung von Pflegepersonen im Zielland das Problem des Pflegepersonenmangels etwas eindämmt, aber nicht die Lösung sein kann. Es müssen vielmehr noch andere Aspekte betrachtet werden.

Der gesamte Berufsstand profitiert von dieser Zuwanderung qualifizierter Schlüsselkräfte, da einerseits kulturelle Vielfalt die Kreativität ankurbelt und andererseits berufliche Erfahrungen bzw. die hohe Ausbildung ein Know-How-Gewinn, somit einen Brain-Gain, darstellt. Das führt aber auch dazu, dass jene Pflegepersonen wie beispielsweise jene aus den Philippinen, die ein höheres Ausbildungsniveau haben, verhältnismäßig häufiger in Krankenanstalten tätig sind, da deren Arbeitsfeld verglichen dem der Pflegeheime attraktiver ist. Aufgrund der offenen Stellen, der geringen Arbeitslosigkeit und der Tatsache, dass auch aktuell ein Pflegepersonendefizit vorherrscht, kann man daraus schlussfolgern, dass zurzeit ausländische Pflegepersonen ÖsterreicherInnen keine Arbeitsplätze wegnehmen. Auch ein negativer Einfluss auf Löhne ist nicht nachweisbar. Denn ein Ungleichgewicht zwischen „Pflegepersonalmangel“ und „Pflegepersonalüberschuss“ hat auch negative Folgen. Zurzeit sind diese in Österreich wenig spürbar, aber langfristig gesehen, kann die Situation kippen, sobald der Bedarf an Pflegepersonen gedeckt ist.

Die ausländischen Pflegepersonen selbst profitieren ebenfalls von der Migration, weil in den meisten Fällen auch eine Verbesserung des Lebensstandards eintritt. Im Herkunftsland kann die Abwanderung jedoch dazu führen, dass der Personalengpass sich zu einem enormen Personalmangel verschärft. Im urbanen Bereich wird der in Zukunft anfallende Bedarf an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund auch höher eingeschätzt als im ruralen Gebiet. Der Pflegebereich ist somit auch in gewisser Weise ein Spiegelbild der Gesellschaft.

Daher sollte man die Einwanderung ausländischer Pflegepersonen nicht scheuen, sondern für mehr Attraktivität im Pflegebereich sorgen, damit Migration forciert wird und das eigene Potential so gut wie möglich genutzt wird. Das gilt insbesondere für die Altenpflege, damit die Motivation und das Interesse für Langzeitpflege steigt. Hier ist vor allem die Politik gefordert, Reformen durchzuführen. Auch ein anregendes Ausbildungssystem, das nicht an Krankenanstalten gekoppelt ist, sondern anderweitig finanziert wird, wäre diesbezüglich ein guter Ansatz.

13.3.4. Die Doppelrolle der MigrantInnen in der Pflege

Zuwanderung ist nicht nur für den positiven Geburtensaldo und damit für die Gesellschaft wichtig, sondern abseits des Pflegebereiches auch für die soziale Sicherheit und für die Wirtschaft. Aber auch für den Pflegebetrieb, insbesondere für PatientInnen und den Pflegepersonalstand, stellt Migration einen bedeutenden Faktor dar. In Wien leben rund 22% MigrantInnen und sogar 35,8% der Wiener Bevölkerung hat Migrationshintergrund. Das bedeutet, dass auch ein erheblicher Anteil der PatientInnen in Wien MigrantInnen sind. Viele GastarbeiterInnen aus der ersten Generation, die in den späten 60er-Jahren und frühen 70er-Jahren nach Österreich kamen, erreichen außerdem zunehmend ein hohes Alter, was mit Pflegebedürftigkeit einhergeht. Auch das stellt eine Mehrbelastung für die Pflege dar. Um den Pflegebedarf sowohl qualitativ als auch quantitativ decken zu können, erfordert dies eine gewisse Anzahl von Pflegepersonen, weshalb auf „Hilfe von außen“ zurückgegriffen wird. Auch wenn manche meinen, dass sich eine Gesellschaft gesund schrumpfen kann bzw. soll, hat eine niedrige Geburtenrate negativen Nebeneffekt auf die zukünftige Relation zwischen pflegebedürftigen hochbetagten Menschen und potenziellen Pflegepersonen im Erwerbsalter. Trotz der Tatsache, dass in Österreich derzeit relativ viele ausländische Pflegepersonen arbeiten, gibt es dennoch hohen Bedarf an Pflegepersonen und somit einen Personalmangel. Auch wenn zurzeit rund 75-80% der altersbedingten pflegebedürftigen Menschen noch zu Hause in der Familie und nur 17,5% stationär oder teilstationär gepflegt werden, geht der Trend dahin, dass die Nachfrage an professioneller Pflege, sei es mobil, stationär oder teilstationär, steigen wird. Man geht davon aus, dass in 20 Jahren gar nur mehr jeder zweite pflegebedürftige Mensch von Angehörigen zu Hause gepflegt wird. Das hat auch damit zu tun, dass die familieninterne Pflege damals wie heute hauptsächlich von Frauen geleistet wird, aber aufgrund der Frauenerwerbstätigkeit ein kontinuierlicher Rückgang des familiären Pflegepotentials prognostiziert wird. Dadurch steigt ebenfalls die Nachfrage, folgender Weise muss auch das Angebot steigen (vgl. Mühlberger, Knittler, et al., 2008, 1,22; Osl, 2010, 224).

13.4. Mikroebene

13.4.1. Trends zur Herkunft ausländischer Pflegepersonen und Arbeitspräferenzen

Meiner Forschungsfrage liegt eine persönliche Annahme zu Grunde, die durch Studien und Literatur Bestätigung findet. In österreichischen Pflegeinstitutionen arbeiten verhältnismäßig viele ausländische Pflegepersonen. Im stationären Bereich kann gesagt werden, dass der Anteil ausländischer Pflegepersonen in Krankenanstalten wesentlich höher ist als in Pflege- oder Altersheimen. In der mobilen, insbesondere der 24-Stunden-Pflege und im teilstationären Bereich ist der Anteil ausländischer Pflegepersonen noch höher. Wie oben bereits erwähnt, ist die Datenlage diesbezüglich sehr unvollständig, aber man geht davon aus, dass in etwa 9-15% der in der Pflege tätigen Personen aus dem Ausland kommen und auch dort ihre Ausbildung abgeschlossen haben. Damit steht Österreich nicht alleine da, viele andere Industriestaaten rekrutieren Pflegepersonen von außen. Da die Migration innerhalb der EU-Mitgliedsstaaten immer mehr an Bedeutung gewinnt, fällt auch in der Pflege auf, dass die überwiegende Mehrheit der ausländischen Pflegepersonen aus EU-Mitgliedsstaaten und im Verhältnis dazu weit weniger als in der Vergangenheit aus Drittstaaten kommen. Ein Trend, der besagt, dass Pflegepersonen aus EU-Staaten immer mehr Drittstaatsangehörige verdrängen.

Das hat einerseits damit zu tun, dass MigrationsforscherInnen davon ausgehen, dass Wanderungen häufiger über kurze Distanzen vollzogen werden und andererseits die EU Arbeitsmigration für ArbeitnehmerInnen innerhalb der EU aufgrund diverser Unionsrechte leichter macht. Hinzu kommt die vor Jahren eingeführte EU-Osterweiterung, die dieses Phänomen noch zusätzlich antreibt. Damit lässt sich auch erklären, warum die meisten ausländischen Pflegepersonen aus Nachbarländern bzw. anderen EU-Mitgliedsstaaten kommen, wie beispielsweise aus Deutschland, der Slowakei, Tschechien oder Polen. Die wichtigsten Drittstaaten für ausländische Pflegepersonen stellen hingegen die Philippinen, Indien und Bosnien-Herzegowina dar. Dennoch gibt es auch unter ausländischen Pflegepersonen klare Präferenzen, in welchem Bereich der Pflege gearbeitet wird. So arbeiten slowakische Pflegepersonen häufiger in österreichischen Pflegeheimen, Deutsche oder philippinische StaatsbürgerInnen hingegen verhältnismäßig öfter in Krankenanstalten.

13.4.2. Der Faktor „Kultur“ im Pflegeteam

Auch für kulturelle Vielfalt braucht es keine großen Distanzen. Kultur ist ein komplexes Ganzes und hat nicht ausschließlich mit fremder Sprache oder Nationenzugehörigkeit zu tun. Kultur spielt demnach in der Pflege eine wichtige Rolle. Es ist trügerisch zu glauben, kulturelle Differenzen gäbe es nur zwischen In- und Ausländern, wobei ferne und exotische Länder (z.B. Philippinen und Indien) meist eine noch gewichtigere Rolle spielen. Kulturelle Differenzen gibt es auch innerhalb von nationalen Grenzen. Zwischen einem Wiener und einem Vorarlberger gibt es genauso kulturelle Differenzen, wenn wir nur alleine die Sprache berücksichtigen und alle anderen Faktoren wie Bräuche und Sitten, die die beiden Bundesländer ebenso trennen, unbeachtet lassen. Diese kulturellen Differenzen gibt es sowohl im Mikrokosmos, zwischen Bezirken, Gemeinden oder Stadtvierteln, als auch im Makrokosmos zwischen Ländern oder Kontinenten. Unter diesem Aspekt rückt das die interkulturelle Pflege in ein ganz anderes Licht, da auch schon kulturelle Differenzen auftreten, wenn VorarlbergerInnen oder TirolerInnen in Wiener Pflegeheimen tätig sind.

Eine Pflegeperson, gebürtig aus Wien, kann aus geschichtlichen oder anderen Gründen und Umständen auch mehr Gemeinsamkeiten mit einer ausländischen Pflegeperson, beispielsweise aus Bosnien-Herzegowina, als mit einer einheimischen Pflegeperson haben. Andererseits kann es engere Verbindungen zwischen einer BinnenmigrantIn aus Vorarlberg und einer ArbeitsmigrantIn aus den Philippinen aufgrund biografischer Ähnlichkeiten und Erfahrungen mit Verlust geben. Dasselbe Phänomen kann auch zwischen pflegebedürftigen MigrantInnen und ausländischen Pflegepersonen auftreten. Geographische Nähe gibt also keinen Rückschluss auf kulturelle Nähe oder interkulturelles Verständnis, wovon sehr vieles von individuellen Faktoren abhängt.

13.4.3. Kulturelle Vielfalt in Pflegeteams als Abbild der aktuellen gesellschaftlichen Realität

Ausländische Pflegepersonen sind individuelle Bestandteile von Pflegeteams in einer Pflegeeinrichtung. Durch die Migration ausländischer Pflegepersonen entstehen automatisch multikulturelle Pflegeteams. Wichtig dabei ist, dass stets die Devise gilt, kein Teammitglied sei dem anderen, bloß aufgrund kultureller Unterschiede, überlegen oder unterlegen. Das Individuelle des Menschen und nicht dessen Kultur muss im Vordergrund stehen. Mangels ausreichender Kenntnisse der Sprache und kultureller Gepflogenheiten wird eine Eingliederung ausländischer Pflegepersonen in Pflegeteams erschwert. Wichtig dabei ist, dass es sich um Integration handelt. Weder Assimilation noch Segregation würden zielführend sein, da es sich in vielen Fällen auch nicht um eine temporäre Lösung, sondern um langfristige Arbeitsmigration handelt.

Ich vermeide in diesem Kontext das Wort Anpassung, da damit immer auch ein Akt der Verleugnung der eigenen kulturellen Identität verbunden wird, was nicht das Ziel sein darf. Eher handelt es sich um eine Annäherung an die Kultur im Zielland, die angestrebt werden soll. Das bedeutet deshalb auch, dass die Aufnahmegesellschaft, also die übrigen Pflegepersonen im Team, gefordert sind, behilflich und offen zu sein, da Toleranz und Rücksicht im Akkulturationsprozess auf beiden Seiten notwendig sind. Aber auch Toleranz seitens der PatientInnen würde Pflegeinteraktionen positiv beeinflussen. Durch die familiäre Trennung, das Verlassen und Zurücklassen entsteht auf Seiten der MigrantInnen ein Verlustgefühl, das einen Kulturschock entstehen lassen kann.

In Pflegeteams sollte eher ein interkulturelles Konzept verfolgt werden, indem dem Faktor Kultur zwar weniger Wert beigemessen wird als dem jeweiligen Individuum, aber auch keine „Gleichmacherei“ wie bei einem transkulturellem Konzept stattfindet. Durch interkulturelles Lernen, das einerseits fixer Bestandteil einer Pflegeausbildung sein soll und andererseits mittels interaktiver Programme oder gruppendynamischer Seminare in Institutionen angeboten werden muss, entsteht Empathie und Verständnis, werden Stereotypen abgebaut und Diskriminierungen präventiv bekämpft. Multikulturalismus hätte nur zur Folge, dass TeamkollegInnen hauptsächlich aneinander vorbei reden, sich kaum miteinander auseinandersetzen, Austausch nur oberflächlich geführt wird und das natürlich entstehende Konfliktpotential dadurch höher ist. Außerdem bleiben Potentiale ungenutzt und höherqualifizierte Pflegepersonen müssen oft unterqualifiziert arbeiten. Weniger Ignoranz und mehr gegenseitiges Interesse würde durch Interkulturalismus, aber auch durch Transkulturalität gefördert werden. Es ist darauf zu achten, dass kulturspezifische Gesundheits-, Lebens- und Fürsorgegewohnheiten, unter dem Gesichtspunkt, dass Professionalität nicht darunter leidet, akzeptiert und behalten werden. Dies sind wesentliche Bestandteile einer interkulturellen Zusammenarbeit, die sich auch durch gegenseitiges Lernen positiv auf die Pflegeleistung auswirkt.

Charakteristische Eigenschaften von Pflegepersonen in interkulturellen Pflegeteams sind interkulturelle Offenheit, Selbstreflexion und die Bereitschaft, von einander lernen zu wollen. Laut Habermann ist dafür aber nicht jeder geeignet, denn dafür braucht es gewisse Kenntnisse und Fähigkeiten. Außerdem sind gewisse Grundhaltungen wie Toleranz, Respekt vor anderen Kulturen und Unvoreingenommenheit ganz wesentliche Grundzüge (vgl. Habermann, 2002).

Dennoch ist das Arbeiten in einem interkulturellen Pflegeteam auch ein Prozess, in dem immer neue Erkenntnisse hinzukommen. Deshalb ist die nötige Bewusstseinsbildung für die Arbeit in solch einem Team auch im Laufe des Prozesses möglich. Denn laut Pavkovic wird mittels interkultureller Pflegeteams eine „erhöhte Sensibilisierung für kulturelle, gesellschaftliche, migrationsspezifische, soziale und individuell-biografische Zusammenhänge in der Arbeit mit Menschen verschiedener soziokultureller Herkunft“ geschaffen (vgl. Pavkovic, (o. A.), 9).

Interkulturelle Pflegepraxis hat aber nur dann Erfolg, wenn die Anwendung und Evaluierung auch auf allen Ebenen passiert und alle Beteiligten mit einbezieht. Das heißt, interkulturelles Verständnis hört nicht erst bei Pflegepersonen oder PatientInnen auf, sondern muss auch in Pflegeteams, im Leitungspersonal und auch in Angehörigenkreisen entwickelt werden (vgl. Scheibler, 1998, 22-24).

Da gibt es noch immer sehr viel Handlungsbedarf, da sich der interkulturelle Faktor hauptsächlich auf die Interaktion zwischen Pflegeperson und PatientInnen konzentriert und auf allen Ebenen eher vernachlässigt wird. Es müssen durch sachlich fundierte Gespräche und Argumente Angehörige, die im weiteren Verlauf sogar eine Vermittlerrolle einnehmen können, eingebunden und überzeugt werden. Denn nur wenn alle Beteiligten im Umfeld des Pflegebedürftigen zufrieden sind, sich Respekt und Akzeptanz entgegenbringen, hat interkulturelle Pflege, die sehr profitabel für alle sein kann, eine Chance von Pflegefall zu Pflegefall zu bestehen.

Eine weitere Voraussetzung ist die Bewusstseinsbildung in Leitungsebenen. Denn ein Rückhalt von Leitungspersonen gibt den ausländischen Pflegepersonen Sicherheit, das Gefühl integriert zu sein, erweckt den positiven Eindruck, dass die gesamte Einrichtung diese Entwicklung fördert und Störelemente nicht duldet, strahlt Offenheit und einen Schutzwall vor Diskriminierung aus. Diese Einstellung hat auch Einfluss auf Angehörige der Pflegebedürftigen und des Pflegepersonals, da anstatt dem Trennenden das Gemeinsame in den Mittelpunkt gerückt wird. Es hat Signalwirkung, bedeutet aber nicht, dass dadurch etwaige Probleme aus dem Weg geräumt werden.

13.4.4. Ein interkulturelles bzw. transkulturelles Konzept erleichtert Integration

Die einzige alternativlose Option, die ArbeitsmigrantInnen im Pflegebereich haben, ist die Integration im Arbeitsalltag und in der österreichischen Gesellschaft. Auch die Aufnahmegesellschaft bzw. die KollegInnen in Pflegeteams haben diesbezüglich ihre Aufgaben zu erfüllen. Offenheit, Toleranz, Rücksicht, gegenseitiges Interesse und auch Verständnis im Sinne eines interkulturellen oder transkulturellen Zusammenarbeitens sind wichtig, damit Integration erst gelingen kann. In weiterer Folge wäre eine vollständige Inklusion aller aus dem Ausland stammenden und in Österreich arbeitenden Pflegepersonen im jeweiligen Pflegeteam erstrebenswert, da dies bedeutet, dass alle, die sich positiv einbringen, auch ei-

nen elementaren Baustein in der Gruppe darstellen und zusätzlich ein grober Gegensatz zur „Ghettoisierung eines integrierten Teiles“ wäre. Ein persönlicher „Brain-Gain“, den man dadurch erhält, kann als positiver Nebeneffekt und Profit des Miteinanders verstanden werden.

13.4.5. Ausländische Pflegepersonen mit hohem Ausbildungsniveau und Nostrifikation als Hürde

Eine Arbeitskräfteerhebung aus dem Jahr 2007 hat ergeben, dass MigrantInnen tendenziell höher qualifiziert sind als die österreichische Bevölkerung. 14% der ZuwandererInnen hatten demzufolge einen höheren Abschluss, was im Vergleich zu Einheimischen um 5% mehr ist (vgl. Stadler, Wiedenhofer-Galik, 2011; Die Presse, 06.02.2009).

Rund 9% der Pflegepersonen sind im Ausland ausgebildet worden. Ich habe zwar keine verlässlichen Daten für Österreich diesbezüglich gefunden, aber aufgrund dessen, dass beispielsweise in Europa oder auch auf den Philippinen die Pflegeausbildung hauptsächlich auf Hochschulniveau stattfindet, kann angenommen werden, dass auch die im Ausland erworbene Ausbildung der ausländischen Pflegepersonen, die in österreichischen Pflegeinstitutionen tätig sind, eine nicht nur gleichwertige, sondern oft auch höhere Ausbildung als einheimische Pflegepersonen haben. Das nach wie vor dem Arztberuf untergeordnete Rollenverständnis der Pflege in Österreich, der damit einhergehende Mangel an Verwissenschaftlichung, Anerkennung und Vollständigkeit des Berufes führt auch dazu, dass viele hochqualifizierte Pflegepersonen aus dem Ausland in Österreich unterqualifiziert arbeiten müssen und viele Tätigkeiten, für die sie befugt wären, nicht ausüben dürfen. Diese negative Entwicklung wird auch durch das Nostrifikationsverfahren begünstigt, da beispielsweise viele Ausbildungen, die mehrere Jahre zurückliegen, mit den aktuellen Kriterien verglichen werden. Dadurch vorgehobene Defizite oder Unterschiede können zwar durch Berufserfahrung ausgeglichen werden, finden aber im Zuge der Anerkennung keine Berücksichtigung (vgl. Riesenfelder, Schelepa, et al., 2011, 290ff).

Untersuchungsergebnissen aus den USA zufolge verfügen die im Ausland ausgebildeten Pflegepersonen gegenüber in den USA ausgebildeten Pflegepersonen zudem mehrheitlich über einen akademischen Abschluss und neigen eher dazu, in urbanen Regionen und Vollzeit beschäftigt zu arbeiten (vgl. Robinson, 2009, 77-83).

13.5. S.W.O.T.-Analyse: Integration ausländischer Pflegepersonen in der österreichischen Altenpflege, deren Auswirkungen und Umgang

Die folgende Tabelle ist in vier horizontale und drei vertikale Ebenen unterteilt, die als Unterscheidungskategorien dienen. Darin findet die Analyse statt, indem die jeweiligen Aussagen den Kategorien zugeteilt werden. Dafür sind (1) die Ergebnisse komprimiert und vereinfacht noch einmal dargestellt, (2) werden die Gründe für die Migration ausländischer Pflegepersonen ein weiteres Mal prägnant erläutert und (3) darauf basierend aus österreichischer Sichtweise Möglichkeiten thematisiert, wie dieses Potential besser genutzt werden kann, aber auch wie „gefährlich“ diese Abhängigkeit ist und welche Verbesserungen vorgenommen werden können, um dieser etwas zu entgegen.

S.W.O.T-Ebene Analyse-Ebene	Stärken (Strengths)	Schwächen (Weakness)	Chancen (Opportunities)	Gefahren (Threats)
Makro: Gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Ebene	- qualifizierte Schlüsselkräfte mit hohem Ausbildungsniveau - Brain-Gain/Care-Gain - Positiver Effekt auf Pflegepersonenmangel -keine Auswirkung auf Arbeitslosenquote aufgrund des hohen Bedarfs - kaum Auswirkung auf Löhne - zahlen in Sozialtöpfe (Pensionsystem, Gesundheitssystem, etc.) - EWR-BürgerInnen: keine Schlechterstellung aufgrund von EU-Regelungen - Deklarierung als Zielland für Pflegepersonen aus dem Ausland	- arbeiten oft unterqualifiziert - im Falle von PendlerInnenmigration wird weniger konsumiert und wirtschaftlich beigesteuert - EWR-BürgerInnen: keine Bevorzugung von ÖsterreicherInnen aufgrund von EU-Regelungen - Drittstaatsangehörige: Aufenthaltstitel muss immer wieder verlängert werden - Strikte und restriktive Gesetze für Drittstaatsangehörige - Starke Unterscheidung zwischen EWR-BürgerInnen und Drittstaatsangehörige; hohe Hürden für Einbürgerungen - Keine Deklarierung als Einwanderungsland - Instrumentalisierung von populistischer Politik	- Diversity kann Qualität der Pflege positiv beeinflussen - Deklarierung als Einwanderungsland (Ius soli- Modell) - EU-Regelungen erleichtern Arbeitsmigration von EWR-BürgerInnen - interkultureller Ansatz - sich als Einwanderungsland definieren - Anpassung ohne Leugnung kultureller Identität - Brain-Circulation/Care-Circulation	- wenn Bedarf gedeckt ist, könnte Lohnniveau sinken - Arbeitslosigkeit kann bei Bedarfsdeckung und gleichbleibender Migrationsströmung steigen - Brain-Drain - Care-Drain - Multikultureller Ansatz - Vorurteile, Stereotypen - Überlegenheitsgedanken - Kulturschock

	- Attraktive Pullfaktoren - Diversity als Bereicherung - Wirkt der Überalterung der Gesellschaft entgegen - Gegenpol zur sinkenden Geburtenrate - Positiver Geburtensaldo - Positiver Effekt auf soziale Sicherheit - Integration - Toleranz durch Mehrheitsgesellschaft - ArbeitsmigrantInnen sind engagierter und aktiver mit Bewerbungen (angesichts der Benachteiligungen ist deren Arbeitslosenquote nicht so hoch) - freiwillige ArbeitsmigrantInnen sind motivierter zu arbeiten (trotz Multikausalität) - nicht die Ärmsten ihres Herkunftslandes	- Viel Bürokratie - oft Assimilationszwang als Eingliederungskonzept - Rotationsmodell: Arbeitsmigration als temporäre Lösung aufgrund der Verschiebung des Lebensmittelpunktes nicht immer mit Erfolgsgarantie - Keine Gesundsschrumpfung - Steigende Pflegebedürftigkeit auch durch hochbetagte MigrantInnen - Fremdenfeindlichkeit, Diskriminierung, Rassismus - Schlechtes Image - Segregation - Oft wird statt dem Individuum die Kultur im Vordergrund gesehen - Intoleranz und Ignoranz durch Mehrheitsgesellschaft (Abstammungsprinzip) - Fachkräftepotential wird nicht vollständig genutzt - immense Unterschiede zwischen EU-BürgerInnen und DrittstaatsbürgerInnen - Titel „Migrant“ oder „Migrationshintergrund“ wird man sehr schwer los (Stigmatisierung) - zu ungenaue Differenzierung des Begriffes „Ausländer“ oder „Migrant“ - Kulturschock		
--	---	--	--	--

Mikro: MigrantInnen, Pflegepersonen- und PatientInnen-Ebene	- aufgrund Erfahrungen mit Verlust und biografischer Ähnlichkeiten besseres Einfühlungsvermögen (bei ausländischen PatientInnen) - transkulturelle Pflege - gemeinsames Ziel: Genesung oder Hilfe zur Selbsthilfe - Mehrsprachigkeit - Diversity - Offenheit - Flexibilität - Toleranz - Interkulturalität - Transkulturalität - Belastung wird unterschiedlich aufgenommen - Wissensaustausch - Bereicherung - Integrationswille - Viele kulturell unabhängige Gemeinsamkeiten hinsichtlich Nursing und Care - Verschiedene Aktivitäten und Programme zur Stärkung des team-internen Klimas - Interkulturelle Dialoge und Thementage mit PatientInnen	- Schwierigkeiten im Zuge der Pflegeinteraktion aufgrund von Intoleranz, Auffassungsunterschiede, Kommunikationsschwierigkeiten - Missverständnisse - Kommunikationsschwierigkeiten - Multikulturalität - Unsicherheiten und Skepsis - Unter ständiger Kontrolle - Belastung wird unterschiedlich aufgenommen - Kulturschock - Leugnung der kulturellen Identität - Sprachliche Defizite - Know-How-Defizite in Bezug auf modernere Geräte - viele Hochqualifizierte müssen unterqualifiziert arbeiten - Unterschiedliche Prioritäten, Krankenanstalten werden oft präferiert - Konkurrenzdenken	- Berufserfahrungen und Qualifikationen als Potenzial nutzen, Dolmetscher - Konfliktmanagement; Migrationsmanagement - Interkulturelle Dialoge - Persönlichkeitsentwicklung - Skillmix - Beibehaltung von kulturspezifischen Gewohnheiten - Interaktive Programme - Potenziale, Kompetenzen und Fähigkeiten aufgrund guter Ausbildung nutzen - Innovationsstärke - Integration als Akkulturation - S.C.A.N. (Support-Care-Assistance-Nursing-Selektionsverfahren) - Zusammenhalt im Team - Akzeptanz im Team und bei PatientInnen	- Diskriminierung, Ausgrenzung, Schuldeingeständnis - Quantität und Qualität der Pflege negativ beeinflusst - Pflegestandard leidet darunter - Pflegedokumentation leidet darunter - Spannungsfelder teamintern und zwischen PatientInnen
---	--	---	---	---

Meso: Ausbildungs-, In- stituts- und Leitungs- ebene	- viel Praxis - breites Spektrum an theoretischem Wissen - Care-Gain	- zu viele Stunden - kein Maturaniveau als Voraussetzung kein Hochschulniveau der Ausbildung - dadurch kommt es auch zu Benachteiligungen beim Nostrifikationsverfahren - Care-Waste - Durch Nostrifikation arbeiten viele Hochqualifizierte unterqualifiziert - Lange Dauer des Nostrifikationsverfahrens in Wien - EntscheidungsträgerInnen in Nostrifikationsverfahren oft keine FachexpertInnen - Österreichische Ausbildung keine angemessene Vergleichsbasis für Nostrifikation - Manche Ausbildungen und Fähigkeiten bleiben im Nostrifikationsverfahren unberücksichtigt - Nostrifikation und Ausbildung auf Bundeslandebene - Mangel an interkultureller Kompetenz auf Leitungsebene - Personalmangel	- Brain-Gain/Care-Gain - Hochschulniveau durch Integration von Wissenschaft - Sensibilisierung und Selbstständigkeit - kritisches Denken, (Selbst-)Reflexion - Maturaniveau sorgt dafür, dass die Gruppe reifer und homogener wird - Persönlichkeitsentwicklung - Förderung des Interesses durch Imagepflege - Förderung der Anerkennung und Wertschätzung - durch Akademisierung vollwertiger Beruf und bessere Aufstiegschancen - Nostrifikationsverfahren erleichtern und beschleunigen - Integrationsbeauftragter in Institutionen - Care-Circulation fördern; Erfahrungen im Ausland und Wissensaustausch ankurbeln	- keine funktionierende Eingliederung in die Gesellschaft und in das Pfllegeteam - MigrantInnen der ersten Generation kommen allmählich in ein hohes Alter, dadurch steigt die Zahl der Pflegebedürftigen - Gleichmachung aller MigrantInnen (führt auch zu Ausländerfeindlichkeit untereinander) - Migrationskette hat Auswirkungen auf Integration - Care-Waste
---	--	---	---	---

14. Empfehlungen

Potentiale und Skillmix mittels „SCAN“ – „Support“, „Care“, „Assistance“ und „Nursing“ - fördern: Wenn Pflegepersonen aus unterschiedlichen Ländern mit verschiedenem kulturellem und auf Ausbildung bezogenem „Background“ auf Fähigkeiten geSCANnt werden, ergeben sich neben Differenzen auch viele Gemeinsamkeiten und Überschneidungen, die sowohl auf professionelle Pflege als auch auf Fürsorge bzw. Beistand zurückzuführen sind und daher auf Kultur bzw. Land bezogen unabhängig sind. Auch im Hinblick auf die Nostriifikation könnte man sich auf diese vier Kategorien konzentrieren, indem nicht nur Defizite aufgezeigt, sondern auch Vorteile hervorgehoben werden, die auch in Pflegeinteraktionen positiv genutzt werden dürfen. Dadurch entstünde ein Skillmix in Pflegeteams, wovon in erster Linie PatientInnen profitieren würden, da sich die Qualität und der Standard der Pflege verbessern würden. Ziel aller Pflegepersonen ist die Genesung der PatientInnen bzw. die Hilfe zur Selbsthilfe. Die kulturell abhängigen und ausbildungsbezogenen Verschiedenheiten, die innerhalb der Gesetze eingehalten werden, könnten demnach teamintern in einer Art „Case Management“ geprüft, patientInnenbezogen von Einzelfall zu Einzelfall entschieden und in der Pflegedokumentation aufgenommen werden. Zusätzliche Fähigkeiten wie Mehrsprachigkeit könnten mit einer Abgleichung der genauen Skill-Aufzeichnung der Pflegepersonen mit dem PatientInnen-Protokoll effizienter eingesetzt und gefördert werden. Dadurch würden (1) so manche versteckte Potentiale aller Pflegepersonen genutzt, (2) die Qualität der Pflege und (3) die Zufriedenheit der PatientInnen steigen. Ausländische Pflegepersonen können darüber hinaus aufgrund biografischer Ähnlichkeiten auch Gemeinsamkeiten mit pflegebedürftigen MigrantInnen haben. Hauptsächlich haben Pflegepersonen aus dem Ausland mit PatientInnen zu tun, die aus einem anderen kulturellen Umfeld kommen (PatientInnen aus Österreich oder anderem fremden Land), weshalb die interkulturelle Pflege gerade für sie immens wichtig ist. Durch „S.C.A.N.“-en aller individueller Fähigkeiten von Pflegepersonen und mittels Abgleichung mit PatientInnenbiografien wird innerhalb einer Institution die idealste PatientIn-Pflegeperson-Beziehung ermöglicht und durch weniger Rotationen entsteht „Bindung“ und PatientInnen-Zufriedenheit. Für die Kommunikation im Zuge der Pflegeinteraktionen, aber auch für die innerhalb des Teams, ist eben die gemeinsame Sprache äußerst wichtig, weshalb gute Deutschkenntnisse von ausländischen Pflegepersonen vorausgesetzt werden müssen. Dadurch können beispielsweise einerseits Missverständnisse vermieden und andererseits die Pflegeperson-PatientIn-Beziehung intensiviert werden. Diesbezüglich sollte ein Mindeststandard an Sprachkenntnis definiert werden.

Deutsch als gemeinsame Sprache gilt zu Recht als Voraussetzung: denn nur so kann Kommunikation im Zuge von Interaktionen gelingen, sei es im Pflegeteam oder in der Pflegeaktion mit dem Pflegebedürftigen. Deshalb ist es wichtig, dass sich alle Pflegepersonen problemlos in der deutschen Sprache ausdrücken können. Diesbezüglich müssten die Anforderungen an ausländische Pflegepersonen bezüglich der Deutschkenntnisse klar formuliert werden, damit Interpretationen vermieden werden. Missverständnisse oder Probleme wird es aber selbst dann noch geben, auch wenn die sprachlichen Kenntnisse sehr gut sind. Das liegt oft auch an der Umgangssprache. Man kann von ausländischen Pflegepersonen nicht erwarten, dass sie beispielsweise den „Wiener Dialekt“ perfekt beherrschen, deshalb ist wichtig, dass in interkulturellen Pflegeteams darauf geachtet wird, dass überwiegend hochdeutsch gesprochen wird. Das verlangt auch von einheimischen Pflegepersonen eine Umstellung ab, da sonst ein Team in zwei Teile, Personen mit deutscher Muttersprache und erlerntem Deutsch, zerrissen wird. Das soll aber nicht bedeuten, dass auf die Umgangssprache gänzlich verzichtet werden soll. Ganz im Gegenteil, nur sollte auch immer die Bedeutung des

Wortes oder der Floskel zusätzlich erwähnt werden. Das hat den Vorteil, dass auch die ausländischen Pflegepersonen dazu lernen, in Folge des Erwerbes des zusätzlichen Wortschatzes auch einheimische Pflegebedürftige besser verstehen, der Integrationsprozess dadurch gefördert wird und Spass dabei haben, da die Umgangssprache nicht selten lustig sein kann. Das mag zu Beginn etwas mühsamer erscheinen, aber langfristig profitieren alle Beteiligten davon (vgl. Haider, 2010, 27-30).

Die Integration eines „Konfliktmanagements“ und „interkultureller Dialoge“ zur Sensibilisierung, Problemvermeidung, für Angstabbau und Toleranz: Es muss die individuelle Weiterentwicklung der einzelnen Teammitglieder gefördert werden, denn ein Team ist nur so stark wie ihr schwächstes Glied. Dabei sollte zwar auf die Kultur Rücksicht genommen, aber nicht auf die kulturelle Identität reduziert werden. Es gehört vielmehr der Mensch, also das Individuum, in den Vordergrund. Konflikte sind unvermeidbar, aber auch gut für die Teamentwicklung, denn dadurch wird das eigene Potential gefördert, Stillstand vermieden und der Verbesserungsprozess angekurbelt. Es wird also Konflikte geben, sogar geben müssen, diese sind aber nicht automatisch kulturbezogen. Alleine deshalb sollte der Fehler, alles sofort auf die kulturellen Differenzen zu beziehen, nicht gemacht werden. Wichtig ist, ein effizientes und präventives Konfliktmanagement, das wertfrei und fair anzuwenden ist, zu integrieren. Dadurch sollen Probleme erörtert und so schnell wie möglich angesprochen werden, um eventuellen Verschärfungen vorzubeugen und auf den Ergebnissen basierend nach Lösungen suchen. Es sind dafür Räumlichkeiten zu schaffen, wo offen ausgesprochen werden darf, was ausgesprochen werden muss, wo es zwar keine Tabus gibt, aber immer respektvoll miteinander umgegangen werden soll. Es soll jede Partei zu Wort kommen, ein Schriftführer dokumentiert die Anliegen. Nach einer gewissen zeitlichen Distanz wird die Situation neu bewertet und mittels Kennzahlen (im Falle von Problemen beispielsweise bei Dokumentationen) oder Meinungserhebungen darauf geprüft, ob Verbesserungen oder Verschlechterungen eingetreten sind. Idealerweise sollten solche „Runden Tische“ oder „interkulturellen Dialoge“, mindestens ein Mal im Monat stattfinden. Dafür sind auch Grundsätze, die sich auf Respekt, Toleranz und Rücksicht stützen, notwendig. Alle müssen das Ziel haben, Konflikte zu bearbeiten und für einen Dialog bereit sein. Darauf haben sich alle Teammitglieder zu einigen. Es ist gar nicht sinnvoll, bei jeder Problembehandlung unverzüglich die Leitungspersonen einzubinden, da die Eigenständigkeit des Teams und die Leistungsfähigkeit durch Eigeninitiative gestärkt werden soll. Das Leitungspersonal sollte erst dann von Problemfällen in Kenntnis gesetzt werden, wenn eine Lösung nicht in Aussicht ist und eine Stagnation droht. Diesbezüglich muss auch das Thema „Mobbing“ erwähnt werden. Ein regelmäßiger „interkultureller Dialog“ mag zwar das Gefahrenpotential des Mobblings bannen, kann es aber auch nicht zur Gänze verhindern. Schlussendlich kommt es auf jede einzelne Pflegeperson an, inwieweit er anderen Kulturen offen eingestellt ist und Interesse an einem interkulturellen Miteinander hat. Das kann mit bewusstseinsbildenden Maßnahmen noch zusätzlich gefördert werden. Leider wird allzu oft erst dann, wenn überhaupt, eine Diskussionsrunde gestartet, wenn das Problem unabwendbar ist und bereits ein vergiftetes Klima herrscht. Die Gründe für Konflikte sind vielfältig. Oft liegt es daran, dass sich manche im Team benachteiligt fühlen oder größere Belastungen verspüren. Kardorff zufolge provozieren Differenzen Ausgrenzung und Ablehnung (vgl. Kardorff, 1998, 54).

Irrationale und teilweise unberechtigte Gefühle wie Angst vor Fremdem, der höheren Qualifikation des Anderen oder dem Verlust des Arbeitsplatzes spielen eine bedeutende Rolle. Pavkovic bezeichnet diese Ängste und Schwierigkeiten, wie z.B. Angst vor Fremden, vor Überlegenheit der bilingual kompetenten KollegInnen, Schwierigkeiten im Umgang mit kulturellen Vorurteilen und Rassismus, als Hindernisse, die den Pflegealltag, das betriebliche

Klima und diverse Interaktionen stören. Hinzu kommen oft kommunikative Barrieren aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse. Das geht oft mit Neid, Missgunst oder auch Vertrauensverlust einher, dem kann aber die Implementierung von gemeinsamen Aktivitäten und Instrumenten im Arbeitsalltag zur Schärfung des interkulturellen Verständnisses Abhilfe verschaffen. Gelegentlich privat mit anderen KollegInnen etwas unternehmen, ohne jemand auszugrenzen, kann den Zusammenhalt fördern. In interkulturellen Pflegeteams, in denen alle Beteiligten offen und tolerant gegenüber Fremdem sind, bauen sich parallel zum Arbeitsalltag allmählich auch Vorurteile und Ängste ab, die Sicherheit im Umgang mit neuartigen und unvorhergesehenen Situationen wird gesteigert und bald die Erkenntnis gewonnen, dass alle voneinander profitieren können. Dadurch entwickelt sich Humor und eine Gelassenheit im Team, das zur Folge hat, dass auch allfällige Konflikte viel effizienter, effektiver und gruppendynamischer gelöst werden. Von Institutionen geförderte und von Mentoren geleitete Lerngruppen für den Erwerb der Sprache, die sich sowohl aus ausländischen und einheimischen Pflegepersonen zusammensetzen, können neben dem Hauptziel, die interne Kommunikation zu verbessern, den Effekt haben, dass der Teamgeist und das Betriebsklima durch die gemeinsamen Aktivitäten gestärkt wird. Das kann auch im Zuge von regelmäßigen Teamsitzungen geschehen (vgl. Pavkovic, (o. A.), 9ff).

Kompetenzen und Potentiale ausländischer Pflegepersonen und interkultureller Pflegeteams erkennen und positiv nützen: Durch die interkulturelle Zusammenarbeit entsteht die Chance sich durch Vielfalt gegenseitig zu bereichern, indem das subjektive Verständnis von Kultur erweitert oder verändert wird und ein Wissens- und Ideenaustausch stattfindet, der sich aber innerhalb eines festgelegten Rahmens bewegt und auf professionellen Normen stützt. Ausländische Pflegepersonen beherrschen auch noch eine andere Sprache, ihre jeweilige Muttersprache. Mehrsprachigkeit wird von vielen Unternehmen in Stellenausschreibungen für wichtige Positionen verlangt. Im Pflegebereich arbeiten viele Menschen mit Migrationshintergrund und verfügen dadurch oft über das Potential einer weiteren Sprache. Diese sprachlichen Fähigkeiten seitens vieler Pflegepersonen sind positive Nebeneffekte, die jedoch oft unberücksichtigt bleiben, aber umso mehr genützt werden müssten. Vor allem bei Verständnisproblemen mit Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund kann dieses Potential hilfreich sein, da ausländische Pflegepersonen eine Vermittlerrolle zwischen PatientInnen bzw. Angehörigen und ArbeitskollegInnen, also auch zwischen Kulturen, einnehmen könnten (vgl. Rommelspacher, 2005, 189).

Dadurch wird einerseits Kommunikation vereinfacht und andererseits werden Reserven gespart. Ausländische Pflegepersonen sind eine Investition, die sich alleine deshalb schon mehr als amortisiert hat und sogar noch profitabler wäre, wenn gewissen Kompetenzen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden würde. Laut Friebe ist die Mehrsprachigkeit auch bei Verständnisproblemen mit älteren Menschen förderlich, da dem auch ein unterschiedliches Pflege- und Krankheitsverständnis zugrunde liegen kann. Dadurch kann es zu einem innovativen Perspektivenwechsel kommen, womit Pflegeprobleme durch kreative Lösungen erleichtert werden (vgl. Friebe, 2003, 151).

Interkulturelle Teams setzen sich aus einer Vielzahl von Menschen mit unterschiedlichen Biographien, beruflichen wie persönlichen Erfahrungen, Perspektiven und kulturellen Backgrounds zusammen. Diese Vielfältigkeit birgt auch ein hohes Potential an Kreativität, das im Pflegealltag durchaus gefragt ist, da kreative Vorschläge Arbeitsschritte effizienter gestalten können. Auch die Flexibilität wird dadurch gesteigert und führt dazu, dass monotone Arbeiten, Steifheit und Routine, die sich negativ auf den Prozess auswirken, abgebaut werden. Auch für die diversen Problemlösungen sind die verschiedenen Erfahrungswerte durchaus

hilfreich, dadurch können neue Ideen gewonnen werden und sollten somit nicht ignoriert werden. Toleranz als Voraussetzung an alle Beteiligten kann erreichen, dass auch die Zufriedenheit der Pflegepersonen am Arbeitsplatz steigt. Das hat wiederum positive Auswirkungen auf die Kreativität im Team (vgl. Lehmann, van den Bergh, 2004, 28; Domenig, 2007, 345).

Das bedeutet, dass Menschen, die nicht immer mit erhobenem Zeigefinger durch den Alltag gehen, sondern Toleranz verkörpern, immens viel Positives innerhalb eines Teams bewirken können. Natürlich hat auch Toleranz ihre Grenzen. Es macht wenig Sinn über alles hinwegzusehen, denn das Leugnen von Problemen kann sich sehr schnell in eine negative Richtung entwickeln, besonders wenn sich im Team das Gefühl von Benachteiligung und Bevorzugung bemerkbar macht. Deshalb ist es wichtig, neben tolerant zu sein, auch offen über alles zu sprechen.

Die interkulturelle Pflege hat auch den Vorteil, dass aufgrund des Zuwachses an ausländischen Pflegebedürftigen und des Anteils ausländischer Pflegepersonen ein besseres Verständnis für die verschiedenen Bedürfnisse der Patienten entwickelt wird und dadurch kultursensible Pflege besser gewährleistet werden kann (vgl. Löffing, 2007, 100-101; Oldenburger, 2010).

Angesichts des Pflegepersonenmangels müssen zwar in erster Linie die eigenen Ressourcen und Potentiale ausgeschöpft werden, zusätzlich ausländische Pflegepersonen für Mangelbehebung ist nicht nur legitim, sondern aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen besonders wichtig.

Negative Einflüsse im Team erkennen und beseitigen: Natürlich entstehen durch kulturelle Vielfalt auch neue Konfliktpotentiale. PatientInnen lehnen beispielsweise aus unterschiedlichen Gründen die Pflegeinteraktion mit ausländischen Pflegepersonen ab. Auch Pflegepersonen sind nicht immun vor Vorurteilen, die sich mangels Toleranz und Offenheit verfestigen können. In erster Linie sind die unterschiedlichen polarisierenden Reaktionen auf kulturelle Vielfalt und nicht die Vielfalt an sich ausschlaggebend für Konflikte. Angesichts dieser möglichen Problembereiche würde eine Tabuisierung und Ignoranz zu Benachteiligungen führen, weshalb ein funktionierendes Krisen- und Fehlermanagement erforderlich ist.

Neben der höheren Ausbildungsqualifikation deutet auch eine Vielfalt an Weltansichten, Lebenserfahrungen oder des Umganges mit Kommunikation auf höheres Niveau hin. Alle Faktoren sind aber auch miteinander und ineinander verflochten. Die Bildung ist neben räumlich-sozialer Isolation, ökonomisch-psychischer Unsicherheit und autoritärer Sozialisation auch ein wesentlicher Faktor, der für die politische Gesinnung wesentlich ist (vgl. Lipset, 1959, 489-501).

Lipset wird aber auch für seine Schwarz-Weiß-Malerei kritisiert. Denn natürlich kann nicht automatisch angenommen werden, nur wer eine geringe Schulbildung genossen hat, wäre auch anfällig für Fremdenfeindlichkeit und AkademikerInnen würden demnach keine rechte Gesinnung aufweisen. Dafür gibt es genügend Beispiele, die Gegenteiliges beweisen. Dennoch zeigen Wahlergebnisse, dass in Arbeiterschichten verhältnismäßig mehr Menschen fremdenfeindliche Parteien wählen als in bildungshöheren Schichten. Das heißt in weiterer Folge, Sensibilisierung für andere Kulturen, den Umgang damit und Toleranz gegenüber Fremdem hängt signifikant auch von Bildung ab (vgl. Scheuregger, Spier, 2005, 21).

Eine Anhebung der Ausbildung würde demnach auch die Bildung der Pflegepersonen heben. Außerdem kämen die Menschen auf universitärer Ebene automatisch auch mit Menschen aus anderen Ländern und Kulturen zusammen, was sich positiv auf die spätere berufliche Tätigkeit auswirken kann und wodurch Ängste abgebaut werden können. Da kulturelle Ursprünge als Ressourcen betrachtet werden müssen, sind Vielfalt und Reichtum an Berufserfahrungen, Handlungstätigkeiten oder Interaktionsgestaltung auch wichtige Kriterien für eine Qualitätssteigerung der Pflege, die auch richtig gebündelt und angewendet werden müssen. Individuelle Weiterentwicklung der Teammitglieder und interkulturelle Kompetenz funktioniert parallel. Hinz-Rommel (1994) hat basierend auf einer Literaturrecherche „Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale“, „Kenntnisse und Fertigkeiten“, „Fähigkeiten“, „Verhalten“ und „Motivation“ als wesentliche Merkmale der interkulturellen Kompetenz definiert. Das umfasst meiner Meinung nach alle wichtigen Faktoren, auch die erhöhte Sensibilisierung für kulturelle Unterschiede, die ein Individuum der „Mehrheitsgesellschaft“, aber auch der „Minderheitsgesellschaft“, aufweisen muss, damit die Möglichkeit und die Basis für ein Gelingen interkultureller Pflege innerhalb eines Teams gewährleistet ist (vgl. Pavkovic, (o. A.), 9).

Durch Schwäche an Stärke gewinnen: Bisher wurden nur die positiven Effekte von interkulturellen Pflegeteams erläutert und angesichts der aktuellen Pflegesituation berechtigter Weise auch als Ziel definiert. Bei Betrachtung des Ist-Zustandes des Pflegebedarfes und des Angebotes an Pflegepersonen muss Multikulturalität in Pflegeeinrichtungen als Gegebenheit und Interkulturalität als Ziel gelten. Alle gegenteiligen Behauptungen wären schlichtweg falsch, naiv und realitätsfremd. Es ist nun mal ein Faktum, dass ein Pflegepersonenmangel in Österreich vorherrscht. Langjährige berufserfahrende Pflegepersonen sucht man lange. Entweder man greift auf BerufseinsteigerInnen, QuereinsteigerInnen oder Personen mit Migrationshintergrund zurück. Es muss das Ziel sein, die Kompetenzen und Potentiale der hier arbeitenden ausländischen Pflegepersonen mit denen der einheimischen Pflegepersonen so zu kombinieren und zu ergänzen, dass möglichst viele Beteiligte davon profitieren. Dennoch dürfen auch die Schwächen, die in interkulturellen Teams auftreten können, nicht verleugnet werden. Die mangelnden Sprachkenntnisse, auf die schon Bezug genommen wurde, können Missverständnisse auf beiden Lagern auslösen. Weiters können mangelnde Teamfähigkeit und ein geringes Pflegeverständnis die Arbeit und Kommunikation innerhalb eines Teams zusätzlich erschweren (vgl. Pavkovic, (o.A.), 9; Friebe, 2006, 17).

Diese Negativfaktoren können dazu führen, dass Vertrauen unterhalb der KollegInnen verloren wird, es zu gänzlicher Ablehnung einzelner MitarbeiterInnen kommt und vermehrt Konflikte, die teilweise durch Kleinigkeiten ausgelöst werden, entfachen bzw. bewusst gesucht werden. Das erschwert und verzögert die Zusammenarbeit im Pflegeteam immens, das von Beteiligten meist auf Kommunikationsprobleme oder Unterschiede hinsichtlich des Pflegeverständnisses zurückgeführt wird (vgl. van den Bergh, Lehmann, 2004, 53; Oldenburger, 2010).

Konflikte entstehen auch dann, wenn ausländische Pflegepersonen Schwierigkeiten mit der Bedienung moderner Geräte haben, weil die medizinische Technik im Heimatland nicht so weit entwickelt ist. Es kommt häufig zu Fällen von Diskriminierung und Rassismus, die oft auch auf Ängste zurück zu führen sind. Eine Negativspirale, die nicht nur auf das Betriebsklima innerhalb eines Teams Auswirkungen hat, sondern auch langfristig die Qualität der Arbeit beeinträchtigt. Deshalb ist es wichtige, Schwächen frühzeitig zu erkennen, um daraus lernen zu können.

International durchgeführte Studien zeigen auf, dass die Migration von Pflegepersonen oft von psychischen Belastungen begleitet wird. Einem Review von 29 Studien aus Kanada, Island, Großbritannien, USA und Australien zufolge sind die größten Belastungsfaktoren für ausländische Pflegepersonen Kommunikationsprobleme durch Sprachdefizite, mangelnde Gleichbehandlung und Unterstützung seitens der einheimischen Pflegepersonen. Auch das Thema Diskriminierung in Pflegeteams wurde untersucht. Besonders dunkelhäutige Pflegepersonen sind diesem Problem ausgesetzt, ergab eine Studie mit 40 qualitativen Interviews mit ausländischen Pflegepersonen (). Wichtig zu erwähnen ist, dass Diskriminierung nicht nur unter ArbeitskollegInnen passiert, sondern oft auch Vorgesetzte einbezieht. Noch intensiver setzte sich eine qualitative Untersuchung mit Fokus-Gruppen auseinander, um die Belastungen dunkelhäutiger Pflegepersonen aus Asien, Afrika und den karibischen Inseln in Erfahrung zu bringen. Die Erhebungen ergaben, dass in vielen Fällen dunkelhäutige Pflegepersonen dequalifiziert werden und das von den Betroffenen als sehr belastend empfunden wird. Weiters wurden Erlebnisse von Diskriminierung geschildert. Das führte oft dazu, dass bei Problemen mit der Arbeit, Kooperation und Kommunikation die Schuld bei sich selbst gesucht wurde und dies eine große Belastung darstellte (vgl. Kawi, Xu, 2009; Timonen, Doyle, 2010; Alexis, Vydelingum et al., 2007; Köhler, Klambauer, 2010, 113-117).

Das fördert zusätzlich die Unsicherheit und Arbeitsfehler steigen dadurch nur noch mehr. Dabei würden frühzeitige klärende Worte, ein Learning by Doing, beiden Seiten Vorteile verschaffen. Bei unterschiedlichen Handlungsauffassungen oder „Know-how-Mängeln“ hat die Person, die die Tätigkeit beherrscht, die Möglichkeit, eine Vorbildfunktion einzunehmen. Es kann Menschen ein Erfolgsgefühl vermittelt werden, wenn sie erkennen, dass sie KollegInnen etwas beibringen können ohne dabei „oberlehrerhaft“ zu wirken. Beide Parteien müssen sich sicher sein und das Gefühl vermitteln, auf gleicher Qualifikationsebene zu stehen, ohne dabei jemanden zu dequalifizieren oder zu diskriminieren. Denn Defizite können auf beiden Seiten auftreten und so können alle voneinander lernen, vorausgesetzt, es besteht Einsicht, Offenheit und Motivation. Die Person, die eine Wiederherstellung bzw. einen Neuaufbau praktischer oder theoretischer Kenntnisse benötigt, profitiert ebenso von einem persönlichen Umgang und von der gegenseitigen Vereinbarung wichtiger Standards, Normen und Richtlinien, da damit auch dem anfänglichen fehleranfälligen Druck, im Arbeitsalltag bestehen zu müssen, eine gewisse Massivität genommen wird. Eine Reflexion in der Betrachtung unterschiedlicher Handlungsabläufe schadet aber auch nicht, da Pflegetätigkeiten auch Verbesserungspotentiale in sich tragen. Nicht alles, was neu oder anders ist, muss automatisch falsch und kritikwürdig sein. Das gilt natürlich auch für beide Seiten.

Das gleiche gilt auch für die Kommunikation, da fremde Sprachen oft als Hindernisse dargestellt werden. Dabei sind die Vorteile der Mehrsprachigkeit nicht von der Hand zu weisen. Es ist auch wichtig, sich einzufühlen, um ausländische Pflegepersonen zu verstehen. Sprache ist nämlich nicht nur ein Werkzeug, um mit anderen Menschen kommunizieren zu können, Sprache ist auch eine Verbundenheit zur Heimat. Das bedeutet, dass Sprache auch tiefe Emotionen und Geborgenheit auslösen kann. Jemandem, der ohnehin aufgrund der Migration und der Trennung von der Heimat genügend andere Probleme hat und mit verschiedenen Verlusten umgehen muss, die Sprache zu „entziehen“, ist ein zusätzlicher Belastungsfaktor. Eine Studie der Universität Wien, dem Institut für Pflegewissenschaft mit dem Zentrum für Gesundheit und Migration der Trummer & Novak-Zezula OG, einem privaten Forschungs- und Beratungsinstitut, ergab mittels Interviews, dass der Verwendungsverzicht der Muttersprache, besonders wenn GesprächspartnerInnen mit gleicher Sprache anwesend sind, als sehr schwierig empfunden wurde.

Es ist also wichtig kulturelle Diversität, also Vielfalt, weder zu leugnen, noch als Umstand zu betrachten, sondern als kraftvolle Chance für Innovationen zu erkennen. Kulturelle Vielfalt in einem Pflegeteam kann u.a. die Kreativität aller Beteiligten immens steigern. Es müssen beide Seiten kultursensibel miteinander umgehen, ohne das Trennende herauszuheben, sondern eher das Gemeinsame zu finden. Auch Unterschiede hinsichtlich der Arbeitserfahrungen oder biografischen Erlebnisse können als Bereicherung dienen. Kultur hat zwar einen Stellenwert, muss aber nicht auf ein Podest gestellt werden. Toleranz ist wichtig, darf aber nicht überstrapaziert werden. Deshalb braucht es Voraussetzungen und fordert gewisse Eigenschaften der jeweiligen Individuen, die durch Schulungen und Aktivitäten entwickelt werden können. Damit kann ein Prozess in Gang gesetzt werden, wodurch Potentiale wie die Mehrsprachigkeit zur Geltung kommen und in positiver Weise genutzt werden können, wobei alle Beteiligten mehr profitieren als verlieren. Durch auftretende Konflikte soll das Team nicht gespalten werden, sondern anhand von Früherkennung und präventiver Auseinandersetzung neue Erkenntnisse gewonnen werden, die im Idealfall zukünftig in die Alltagsarbeit einfließen.

Daten und Zahlen über Pflegepersonen, deren Herkunft, Ausbildungsstatus und Fähigkeiten, gehören besser, genauer, sorgfältiger und professioneller dokumentiert und aufgezeichnet: Damit hat man jederzeit einen aktuellen Überblick. Das hat den Vorteil, dass eben auf Defizite schneller reagiert werden kann, die PatientInnen-Pflegepersonen-Interaktion, auch innerhalb einer Institution, aufgrund eines Datenabgleiches besser abgestimmt werden kann und die Gründe, weshalb Pflegepersonen aus dem Ausland in Österreich arbeiten wollen, besser analysiert und darauf basierend Schlüsse gezogen werden können. Diesbezüglich sollte eine Behörde installiert oder eine bestehende, dem Gesundheitswesen bzw. dem Pflegebereich nahestehende Abteilung mit der Aufgabe betraut werden, die für die Archivierung und Dokumentation mittels einer speziellen EDV-Anwendung zuständig ist und damit die Zentrale u.a. für die Vermittlung von Pflegepersonen (ähnlich wie das Arbeitmarktservice, nur effizienter) und Nostrifikationsverfahren darstellt. Wichtig ist, dass mit den Daten vertraulich und gewissenhaft umgegangen wird bzw. die Weitergabe nicht gestattet ist. Langfristig ist auch denkbar eine elektronische Karte auch für Pflegepersonen einzuführen, auf der die wichtigsten Daten, die einerseits für ArbeitgeberInnen wichtig sind und andererseits von ArbeitnehmerInnen freigegeben werden, geladen werden. Damit können Potentiale und Kompetenzen durch Austausch und Zuweisung noch effizienter genutzt werden.

Die Begriffsdefinitionen wie „MigrantIn“, „Migrationshintergrund“, „Pflegeperson“ müssen überdenkt und einheitlich verwendet werden, damit Irritationen vermieden werden: Im Pflegebereich hat es den einzigen Vorteil, Personen mit dem Begriff „Migrationshintergrund“ zu verbinden oder näher zu beschreiben, da er darauf hinweist, ob bei der jeweiligen Person ein Potential der Mehrsprachigkeit vorliegt. Da man dies aber auch mit einer genauen Aufzeichnung von Daten im Zuge des „S.C.A.N.ens“ abwickeln könnte und der Begriff „Migrationshintergrund“ aufgrund schwammiger Kategorien und Abgrenzungsschwierigkeiten mehr verwirrt als aufklärt, sollte auf die Verwendung des Begriffes gänzlich verzichtet werden. Auch wenn es sich bei einer Staatsbürgerschaft bloß um ein Dokument handelt und damit Teil einer Bürokratie, die Überhand genommen hat, darstellt, ist es zurzeit vermutlich das einzig vernünftige und zur Verfügung stehende Kriterium, Menschen in InländerInnen und AusländerInnen einzuteilen. Diese Einteilung macht auch im Pflegebereich Sinn, da es für die Erkenntnisgewinnung für Verbesserungen und Reformen im Pflegesektor wichtig ist zu wissen, welche Fähigkeiten und Kompetenzen von außen zugetragen werden. Ein weiteres Argument für eine sorgfältige Dokumentation. Sobald jemand jedoch über eine

Staatsbürgerschaft verfügt, sollten Begriffe wie AusländerIn oder auch MigrantIn vermieden werden, da man dadurch als Aufnahmegesellschaft den Neo-ÖsterreicherInnen vermittelt Teil davon zu sein und damit auch im Integrationsprozess eine Stütze ist. Der Begriff „MigrantIn“ als Unterbegriff des Wortes „AusländerIn“ hat genauso seine Berechtigung, wie deren Unterteilung in die verschiedenen Migrationsarten, da Migration eben unterschiedliche Motive und Facetten hat. Wenn es ein Problem gibt, dann mit Sicherheit kein AusländerInnenproblem, sondern ein „Unterschichtenproblem“ auf InländerInnen und AusländerInnen-seite, das sehr stark mit der Bildungsproblematik einhergeht.

Richtig und zielführend wäre „glokal“ zu denken und zu agieren: „Glokal“ bedeutet global und lokal, was umgelegt auf den Pflegebereich bedeutet, dass das Interesse für die Pflege bei Einheimischen, vor allem jungen Menschen, geweckt werden muss, aber auch die gezielte Anwerbung von qualifizierten Pflegepersonen aus dem Ausland wichtig ist, um die Herausforderungen in Zukunft stemmen zu können. Das bedeutet, dass Österreich auch in Zukunft als Zielland für Pflegepersonen aus dem Ausland gelten muss, aber sich auch einen Ruf als Herkunftsland einheimischer Pflegepersonen erarbeiten sollte. Diese Entwicklung in divergierende Richtungen scheint dekonstruktiv zu sein, ist aber langfristig ein effektives Mittel dem Personalmangel entgegen zu wirken und die Qualität in der Pflege zu steigern. Das kann nur gelingen, wenn der Pflegesektor als Arbeitsfeld, gerade für junge Menschen, attraktiver gestaltet wird. Die Pflege benötigt eine Image-Pflege! Dafür wird in erster Linie Geld benötigt, aber auch eine stärkere „Lobby“, die sich für die Pflegepersonen und deren Anliegen bzw. für wichtige zukünftige Entwicklungen einsetzt. Beispielsweise müssen die Arbeitsbedingungen verbessert werden, um auch die darauf zurück zu führende Fluktuation in den Griff zu bekommen, eine Steigerung der Gehälter ist erforderlich, eine Ausbildungsreform dringend notwendig und Image-Kampagnen, die darauf hinweisen und den Menschen signalisieren sollen, dass der Pflegeberuf sehr viel Gutes für die Gesellschaft leistet und mehr Anerkennung verdient. Es ist ganz wichtig, das Interesse an Pflege zu fördern und das „eigene“ Potential besser zu nutzen bzw. die „eigenen“ Kräfte zu bündeln. Das Berufsbild der Pflege/Altenpflege gehört grunderneuert bzw. neu erschaffen, was dazu führt, dass auch in der Ausbildung Reformen geschehen müssen. EU-weite Standards wie das Eintrittsalter auf Maturaniveau und eine Ausbildung auf tertiärer Ebene mit einem Abschluss, beispielsweise wie „Bachelor of Nursing“, wären dringend erforderlich, alleine um sich am internationalen Markt messen zu können. Dabei sollte der Lehrplan überarbeitet werden (z.B. mehr Englisch, intensiver mit Altenpflege und mobiler Pflege beschäftigen) und der Fokus auch auf Bildung und Wissenschaft gelegt werden. Speziell für die Altenpflege ist eine interdisziplinäre Kooperation zwischen Ausbildungsstätte und Geriatrie sehr wichtig. Die Menschen sollen dabei durch Unipartnerschaften animiert werden, noch während des Studiums oder danach im Ausland Erfahrungen in der Praxis zu sammeln. Ein länderübergreifender Austausch von Pflegepersonen in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen im Ausland und die temporäre Arbeitsmigration muss angekurbelt werden. Das hätte mehrere Vorteile, weil durch kritisches Denken, Anregung zur Selbstständigkeit und Selbstreflexion, das im Gegensatz zur „verschulichten“ Pflegeausbildung auf der Hochschule stattfindet, eine neue Generation von Pflegepersonen mit mehr Sensibilität, Offenheit und Toleranz gegenüber Andersdenkenden in den Pflegeberuf eintritt, die Möglichkeit für Spezialisierungen einfacher und besser angeboten werden können, Fortschritt aufgrund einer reiferen und homogenen Gruppe von StudentInnen entstehen kann, „Brain-Gain“ bzw. „Brain-Circulation“ bei Rückkehr aus dem Ausland aus den eigenen Reihen kommt, die Qualität und Quantität der Pflege verbessert werden, der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich ausgeweitet werden kann, ein eigenes Berufsbild entsteht und auch QuereinsteigerInnen angesprochen werden. Workshops und Fortbildungen müssen darüber hinaus noch besser gefördert werden. Der

Rolle der Pflegewissenschaft bzw. Pflegeforschung muss mehr Beachtung geschenkt werden, da dadurch neue wissenschaftliche Erkenntnisse nicht nur im Lehrinhalt implementiert werden, sondern auch in den Berufsalltag einfließen. Dadurch erhält man gut ausgebildete Pflegepersonen mit guter Reputation in internationaler Pflegebranche. Weiter sollte man noch viel mehr Möglichkeit schaffen, sich an nationalen sowie internationalen Projekten zu beteiligen. Eine gute Balance zwischen Theorie und Praxis gehört hergestellt (entweder Fachhochschule oder Theorie auf Uni-Ebene und Praxis im Zuge von verpflichtender Praktika) und bei der Ausbildung eben nicht nur auf stationäre Pflege in Krankenanstalten konzentrieren, sondern durch Wahl- und Spezialisierungsmöglichkeiten auch die Langzeitpflege im stationären, teilstationären und mobilen Sektor attraktiver gestalten. Dadurch kann das Interesse für Altenpflege gefördert werden (z.B. als Masterstudiengänge). Durch den Imagewechsel erhält die Branche mehr Anerkennung und Wertschätzung, da sich das Berufsbild vom „Lehr- und Assistenzberuf“ zu einem vollständigen entwickelt und die Ausbildung vom Schulsystem zum Hochschulsystem erweitert wird. Durch die höhere Ausbildung und die damit einhergehenden interdisziplinären Kurse und Lehrinhalte (evtl. auch wirtschaftliche Zusatzfächer, Englisch etc.) steigen nicht nur Qualität und Löhne, sondern auch Karrierechancen. Darüber hinaus findet auch eine Persönlichkeitsentwicklung durch kritische Selbstreflexion, Diskussionen und Auseinandersetzung bzw. Aufeinandertreffen mit anderen Kulturen statt. Wenn die Attraktivität des Pflegeberufes erhöht werden soll, muss es auch Änderungen der bestehenden Kollektivverträge bzw. eine Anhebung der leistungsbezogenen Löhne (auch Überstunden) geben. Die individuellen Arbeitsbelastungen könnten durch eine Personalaufstockung und Schnittstellenkomprimierung abgebaut werden. Die Strukturen und die Organisation müssen österreichweit vereinheitlicht werden, damit die Hauptkompetenz zentral beim Bund liegt. Ausbildungsplätze müssen in jenen Bereichen geschaffen werden, wo auch die Nachfrage der Pflegebedürftigen groß ist und wenn Nachfrage bzw. Interesse besteht, müssen Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden. Die Verkoppelungen und „Knebelverträge“ zwischen Ausbildung und Institution müssen aufgebrochen werden. Neben dem bereits integrierten Personalschlüssel könnte auch eine Quotenregelung für ausländische Pflegepersonen eingeführt werden, wobei das Unionsrecht beachtet werden muss.

Die gezielte Anwerbung von Pflegepersonen aus dem Ausland muss selbstverständlich nach gewissen Qualitätskriterien verlaufen, das Nostrifikationsverfahren für Drittstaatsangehörige gehört dabei verbessert: damit bekommen automatisch auch Berufserfahrungen einen höheren Stellenwert, sonstige Fähigkeiten, Tätigkeiten und Potentiale werden ebenso berücksichtigt. Per S.C.A.N. sollte wiederum alles aufgezeichnet werden, damit klar erkennbar ist, wo die Kompetenzen liegen und eine effiziente Zuteilung erfolgen kann. Von den Pflegepersonen aus dem Ausland kann viel gelernt werden, deren Erfahrungen können gesammelt und Ratschläge zu Verbesserungen beherzigt werden. Dafür kann den Institutionen mehr Spielraum gelassen werden, da auf Leitungsebene viel mehr Möglichkeiten bestehen eigene und spezielle Think-Tanks einzuführen, wozu Ratschläge zur Effizienzsteigerung prämiert werden können oder anderweitige Anreize geschaffen werden, um die interne und externe Zusammenarbeit der Teams zu verbessern. Solange Personalmangel besteht, sind auch Migrationsbewegungen nicht zu verhindern und genau wegen dem Pflegepersonenmangel müssen schließlich auch Kompetenzen und Potentiale vom Ausland mehr genutzt werden. Gerade auf europäischer Ebene weisen die Pflegepersonen aus dem Ausland eine gute Ausbildung auf, womit die Qualität eher erhöht statt gesenkt wird.

Die (interkulturelle oder transkulturelle) Beziehung der Pflegepersonen untereinander, aber auch zu den PatientInnen sollte mithilfe einer gelungen Integration verbessert werden: Das kann durch interkulturelles Lernen mittels gruppodynamischer Aktivitäten und Dialoge (z.B. konventionell im Zuge eines gemeinsamen Kochens oder Wandertages, aber auch unkonventionelle neue kreativere Ideen wie Lip-Sync-Videos sollten kein Tabu sein) gelingen. Dabei können oftmals PatientInnen miteinbezogen werden. Dadurch wird Neugierde, Toleranz, Offenheit und Rücksicht gefördert und Vorurteilen bzw. Stereotypen abgebaut. Potenziale und Kompetenzen werden mittels Skill-Mix gleich stark auf unterschiedlichen Ebenen eingesetzt. Es muss allen Pflegepersonen vermittelt werden, dass es keine Konkurrenz untereinander geben darf, sondern interkulturelle Pflegeteams als Chance betrachtet werden. Dazu braucht es Unterstützung auf Leitungsebene, die aber keine Steuerung in dieser Hinsicht vornimmt. Wichtig ist, dass gewisse individuelle (und kulturell bedingte) Gewohnheiten beibehalten werden dürfen bzw. akzeptiert werden. Gemeinsame Aktivitäten in regelmäßigen Abständen, auch außerhalb der Dienstzeit (gemeinsames Essen, gemeinsamer Kino- oder Theaterbesuch etc.) kann den Zusammenhalt und die Zusammenarbeit fördern. Eine Installation eines Pflegenetzwerkes oder Forums (evtl. über bereits etablierte soziale Netzwerke) könnten ebenso hilfreich sein. Die Deutschkenntnisse könnten mittels gezielter Sprachkurse kombiniert mit gegenseitigem Helfen noch etwas verbessert werden. Pflegeteam-interne „Kennenlern-Runden“ bereits vor Dienstantritt helfen etwaige Missverständnisse schon sehr früh aus den Weg zu räumen. Eine Fehlerkultur und Problembehandlung in regelmäßigen Teamsitzungen mit Kommunikationsgrundsätzen sollte eingeführt werden. Eine Integration eines Konfliktmanagements, Migrationsmanagements, Diversity Managements oder Mentoring-Systems auf Leitungsebene kann die Kommunikation ebenso verbessern. Eine Sensibilisierung ist auf allen Ebenen notwendig. Erst dann sollte eine ModeratorIn von der Institutionsleitung zur Verfügung gestellt werden, wenn wenig Aussicht auf Erfolg in teaminternen Auseinandersetzungen. Eine Anti-Diskriminierungskampagne mit der Unterstützung vom Leitungspersonal als Vorbildwirkung kann für Wohlfühl sorgen.

Hürden und Differenzen zwischen Drittstaatsangehörigen und EWR-BürgerInnen bei Einbürgerungen und Nostrifikationen sollten kontinuierlich abgebaut werden: Zumindest bei kurzfristigen Engpässen könnten gesetzliche und rechtliche Erleichterungen für die nötige Entschärfung sorgen. In Nostrifikationsverfahren sollten FachexpertInnen beraten und für Entscheidungen maßgeblich verantwortlich sein. Die diesbezügliche Verfahrenszeit muss unbedingt verkürzt werden. Es gilt zu vermeiden, dass gut ausgebildete Pflegepersonen unterqualifiziert arbeiten müssen, indem beispielsweise akademische Titel und Berufserfahrungen (bei Ausbildungsmängeln) anerkannt werden. Die Anforderungen der Deutschkenntnisse gehören deutlicher definiert. Potentiale, wie beispielsweise die Mehrsprachigkeit für Pflegeinteraktionen mit ausländischen Pflegebedürftigen, sollten als Vorteil betrachtet werden. Außerdem kann die Akzeptanz kultureller Gepflogenheiten im Zuge von Gesprächen mit Angehörigen und PatientInnen erfragt werden und beispielsweise in Pflegedokumentation aufgenommen werden.

Fordern und fördern: Abschließend ist zu sagen, dass niemand, weder PatientInnen noch einheimische Pflegepersonen, Angst vor Pflegepersonen aus dem Ausland haben müssen. Diese Sorgen sind unbegründet, die Vorteile überwiegen. Trotz diverser Probleme, die dadurch aufkeimen, ist die Eingliederung ausländischer Pflegepersonen nicht nur unvermeidbar, sondern mehr als notwendig und wichtig. Probleme hinsichtlich der Verständigung lassen sich lösen. Dazu braucht es aber auch Toleranz, Rücksicht und den nötigen Willen. Was es nicht braucht, sind Tabus, denn es gibt kein Thema, das nicht angesprochen werden

darf. Auch das gehört zu einer weltoffenen Gesellschaft. Österreich, geographisch betrachtet im Zentrum Europas, sollte sich nicht an den Rand drängen lassen, sondern diese Entwicklung vielmehr als Chance sehen und die daraus resultierenden Möglichkeiten nutzen. Die Pflege an sich, aber auch die Menschen, die dahinter stecken, gehören gefördert, aber auch gefordert. Es bringt nichts, die Augen vor der Realität zu verschließen, denn sie ist jedem zumutbar. Österreich ist vielfältig (geworden) und das ist auch gut so, da dadurch auch neues Potenzial entsteht.

15. Literaturverzeichnis

- Achelis T. (1897): Der Gott Tane. Ein Kapitel aus der polynesian Mythologie. In: Leiden (Hrsg.): Internationales Archiv für Ethnographie, Band 10, 1-7.
- Adorno T. W. (1959): Was bedeutet: Aufarbeitung der Vergangenheit. In: Tiedemann R. (Hrsg.): Gesammelte Schriften, Band 10/II, Kulturkritik und Gesellschaft II, Eingriffe, Stichworte, Anhang, Frankfurt am Main 1977, 555-572.
- Agüero-Torres H., Fratiglioni L., Guo Z., Viitanen M., Von Straus E., Winblad B. (1998): Dementia is the Major Cause of Functional Dependence in the Elderly: 3-Year Follow-up Data From a Population-Based Study. *American Journal of Public Health*, 88, 1452-1456.
- Akinyosoye C. (2008): Gesundheit: Kollaps ohne Migranten, Die Presse.
www.diepresse.com/home/panorama/integration/436423/Gesundheit_Kollaps-ohne-Migranten (09.12.2011).
- Akinyosoye C. (2010): Österreichs Medien tendieren zur Islamophobie, Die Presse.
www.diepresse.com/home/kultur/medien/605288/Oesterreichs-Medien-tendieren-zur-Islamophobie (26.10.2010).
- Alburo F., Abella D. (2002): Skilled labour migration from developing countries: Study on the Philippines. International Migration Programme. International Labour Office, Geneva, 1-29.
- Alexis O., Vydelingum V., Robbins I. (2007): Engaging with a New Reality: Experiences of Overseas Minority Ethnic Nurses in the NHS. In: School of Health and Social Care, Oxford Brookes University: *Journal of Clinical Nursing*, Nr. 12, 2221-2228.
- Allmer G. (o.A.): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG).
www.oegkv.at/fileadmin/docs/GuKG/GuKG.pdf (05.04.2012).
- Allport W. G. (1954/1971): *The Nature of Prejudice*. Addison-Wesley, Cambridge.
- American Nurses Association (1980): *A Social Policy Statement*. Author, Kansas City Missouri.
- AMS (2012): *Jobs mit Zukunft. Gesundheit, Fitness, Wellness*. Ausgabe 2011/2012.
http://docs.ams.at/b_info/download/gesundheit.pdf (17.04.2012).
- AMS (o. A.): *Berufslexikon: Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger*. www.berufslexikon.at/pdf/pdf.php?id=1879&berufstyp=bhs (17.04.2012).
- Anderl A. (1992): *Emigration und Vertreibung*. In: Weinzierl E., Kulka O. D. (Hrsg.): *Vertreibung und Neubeginn. Israelische Bürger österreichischer Herkunft*. Weimar, Wien-Köln.
- Andreae S. (2009): *Express Pflegewissen Altenpflege*. Thieme Verlag, Stuttgart-New York.
- APA (o.A.) (2011): FPÖ: Kickl: Rot-Weiß-Rot-Card ist Bankrott-Card!, Presseaussendung der FPÖ.
www.ots.at/presseaussendung/OTS_20110316_OTS0257/fpoe-kickl-rot-weiss-rot-card-ist-bankrott-card (16.03.2011).
- APA, Der Standard (o.A.) (2012): *Migration nach Österreich vor allem aus der EU*.
www.derstandard.at/1339639242379/OECD-Studie-Migration-nach-Oesterreich-vor-allem-aus-der-EU (28.06.2012).
- Arbeiterkammer (2012): *Gesundheits- und Krankenpflege*.
www.arbeiterkammer.com/online/gesundheits-und-krankenpflege-46840.html?mode=711&STARTJAHR=2008#E282113 (12.04.2012).
- Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (Hrsg.) (2002): *Eine Handreichung*. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.
- Archibold R. C. (2010): Arizona Enacts Stringent Law on Immigration, *The New York Times*.
www.nytimes.com/2010/04/24/us/politics/24immig.html (24.4.2010).
- auslaender.at/Das Magazin für MigrantInnen in Österreich (2012): *Das Dubliner Übereinkommen und die Dublin-II Verordnung*. www.auslaender.at/das-dubliner-ubereinkommen-und-die-dublin-ii-verordnung (03.01.2012).
- Awart S., Touré K. (2001): *Kulturelle Differenz(en)- ein feministischer Blick*. In: Gruber J. (Hrsg.): *Interkulturelle Öffnung im Sozial- und Bildungswesen. Dokumentation einer Fachtagung, 5./6. März 2001 im Bildungshaus Schloß Retzhof, Retzhofschriftenreihe: Gesellschaft-Wissenschaft, Leitring bei Leibnitz*, 43-51.
- Bach S. (2003): *International migration of health workers: Labour and social issues*. International La-

- bour Office, Working Paper 209, Genf.
- Bacher M. (2011): Rotation oder Integration? Österreichischer und schwedischer Umgang mit Arbeitsmigration in den 1970er Jahren. Universität Wien, Wien.
- Bachinger A. (2009) (2): Der irreguläre Pflegearbeitsmarkt. Zum Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit durch die 24-Stunden-Pflege. Universität Wien, Wien.
- Bachinger N. (2009) (1): Vom multikulturellen zum transkulturellen Pfllegeteam. Mit besonderem Augenmerk auf die Situation in österreichischen Pflegeheimen. Universität Wien, Wien.
- Bade K. J. (2004): Sozialhistorische Migrationsforschung. V&R unipress, Göttingen.
- Bade K. J., Emmer P. C., Lucassen L., Oltmer J. (2007): Enzyklopädie Migration in Europa vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn.
- Bartholomeyczik S. (2005): Nachdenken über Sprache. In: Abt-Zegelin A., Schnell M.W. (Hrsg.): Sprache und Pflege, Hans Huber, Bern, 19-29.
- Bastian A. (1992): Der Heimat-Begriff. Eine begriffsgeschichtliche Untersuchung in verschiedenen Funktionsbereichen der deutschen Sprache. Max Niemeyer Verlag, Tübingen.
- Bauböck R. (1996): „Nach Rasse und Sprache verschieden“. Migrationspolitik in Österreich von der Monarchie bis heute. IHS Reihe Politikwissenschaften, Nr. 31, Wien.
- Bauböck R. (2001): Gleichheit, Vielfalt und Zusammenhalt – Grundsätze für die Integration von Einwanderern. In: Volf P.-P., Bauböck R. (Hrsg.): Wege zur Integration. Was man gegen Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit tun kann, Drava-Verlag, Klagenfurt/Celovec
- Bauböck R. (2004): Migration und innere Sicherheit: Komplexe Zusammenhänge, paradoxe Effekte und politische Simplifizierungen. In: Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft (ÖZP), Vol 33(1), 49-66
- Bauder H. Foertsch C. (2002): Integration und Ausgrenzung von Zuwanderern auf dem Berliner Arbeitsmarkt: Ergebnisse einer Umfrage. CERIS Discussion Paper, Toronto.
- Bauer W. T. (2008): Zuwanderung in Österreich. Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung, Wien, 1-19
- Baumann G. (1999): The multicultural riddle. Rethinking national, ethnic, and religious identities, New York [u.a.], Routledge. behavior, I und II. Archives of Environmental Health 12. S. 246–266/531–541f.
- Behrens J. (2009): Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften - „Pflegebedürftigkeit“ in der „Gesundheitsgesellschaft“. https://web.uk-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflegewissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/Halle-PfleGe-08-01.pdf (23.04.2012).
- Béland F.; Zunzunegui M.V. (1999): Predictors of functional status in older people living at home. Age and Ageing, 28, 53-159.
- Berry J. W., Sam D. L. (1997): Acculturation and Adaptation. In: Berry, J. W., Segall, M. H., Kagitcibasi C. (Hrsg.): Handbook of Cross-Cultural Psychology, Vol. 3: Social behavior and applications, 2. Auflage, Allyn & Bacon, Boston, 291-326.
- Berry J. W. (1992): Acculturation and adaptation in a new society. International Migration, 69-85
- Bharucha A. J., Pandav R., Shen C., Dodge H.H., Ganguli M. (2004): Predictors of Nursing Facility Admission: A 12-Year Epidemiological Study in the United States. Journal of the American Geriatrics Society, 52, 434-439
- Biffl G. (2005): WIFO - SOPEMI Report on Labour Migration, http://gudrun.biffl.wifo.ac.at/fileadmin/files/SOPEMI_2005.pdf, 17.02.2012
- Biffl G. (2008): Zustrom von gering qualifizierten Arbeitskräften aus den EU-Beitrittsstaaten von 2004 in Folge der Arbeitsmarktliberalisierung. In: Biffl G. Bock-Schwapelwein J. (2008): Zur Niederlassung von Ausländerinnen und Ausländern in Österreich. WIFO, Wien.
- Biffl G., Skrivaneck I., Berger B., Hofer H., Schuh U., Strohnner L. (2010): Potentielle Auswirkungen einer Änderung der österreichischen Migrationspolitik in Richtung qualifizierte Zuwanderung auf das mittel- bis langfristige Wirtschaftswachstum (Prognosehorizont 2050), Research Study by the Danube University and the Institute of Advanced Studies for the Chamber of Commerce and the Association of industrialists, 2010, www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/migrationglobalisierung/forschung/wko-duk-

ihsgesamtbericht-migrationspolitik.pdf (13.04.2012).

- Birg H. (1994): Perspektiven des globalen Bevölkerungswachstums: Ursachen, Folgen, Handlungskonsequenzen. In: Nuscheler F. (Hrsg.): Weniger Menschen durch weniger Armut?: Bevölkerungswachstum - globale Krise und ethische Herausforderung, Edition solidarisch leben, Pustet, Salzburg, 11-46.
- Biwald P.; Hochholdinger N.; Köfel M.; Gencgel M.; Haindl A. (2011): Pflege und Betreuung in Österreichs Städten. Status Quo, Entwicklung und Reformoptionen. KDZ, St. Pölten.
- Bizeul Y. (2004): Integration von Migranten: Französische und deutsche Konzepte im Vergleich. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- BMASK (2009): 24-Stunden-Betreuung zu Hause. Neues und Wissenswertes, 5. Auflage, BMASK: Wien
www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/9/3/CH0058/CMS1256636985496/broschuere_auflage_5_-_webversion_091019.pdf (15.10.2011).
- BMASK (2009): Datenbank Länderstatistik zu Wirtschaft und Arbeitsmarkt,
www.wisdom.at/euost/db11.aspx?id=500 (12.01.2012).
- Böckenförde E.-W. (1976): Staat, Gesellschaft, Freiheit. Studien zur Staatstheorie und zum Verfassungsrecht. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Boedeker S. (2011): Arbeit in interkulturellen Teams. Erfolgsfaktoren mexikanisch-deutscher Konstellationen. Springer, Paderborn.
- Boes C. (2003): Der Beitrag von Pflegefachpersonen ambulanter Pflegedienste in häuslichen Pflegesituationen. In: Pflege, 16, 349-356.
- Böhm E. (1992): Alte verstehen; Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose, 2. Auflage. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Bolten J. (2007): Was heißt "Interkulturelle Kompetenz?" Perspektiven für die internationale Personalentwicklung Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung. In: Künzer V., Berninghausen J. (Hrsg.): Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung, Frankfurt am Main, 21-42, www2.uni-jena.de/philosophie/iwk/publikationen/interkulturelle_kompetenz_personalentwicklung_bolten.pdf, (18.03.2012).
- Bronneberg G. (1997): Arbeitssituation in den ambulanten Pflege- und Sozialdiensten Wiens. Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen, Wien.
- Bryndová L., Pavloková K., Roubal T., Rokosová M., Gaskins M. (2009): Czech Republic. Health system review. Health systems in Transition, 11 (1). World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Buchan J. (2006): Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: Dubois C.-A., McKee M., Nohe E. (Hrsg.): Human resources for health in Europe, Maidenhead/Bershire, 41-62.
- Buchan J. (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.
- Buchan J., Parkin, T., Sochalski, J. (2003): International nurse mobility. Trends and policy implications. World Health Organization, Genf.
- Buchan J., Sochalski J. (2004): The migration of nurses: trends and policies. In: Bulletin of the World Health Organization, August 2004, 82(8), 587-593
- Buchmann P. (2003): Grußwort der Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e.V. In: Anerkennung und Integration – Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege (Fachtagung am 10./11. Oktober 2002)– Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld.
- Bundeskanzleramt Rechtsinformationsgesetz (2012): Gesamte Rechtsvorschrift für Universitätsgesetz 2002, Fassung vom 14.03.2012,
www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20002128 (19.05.2012).
- Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (1997): Bundesgesetzblatt für die Bundesrepublik Österreich, BGBl 108, GuKG, 19.08.1997,
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_108_1/1997_108_1.pdf, S. 1279-1316

- (14.02.2012).
- Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (2012): Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz, www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004242 (05.04.2012).
- Bundesministerium der Justiz (2012): §15 Stufen der Pflegebedürftigkeit. www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_15.html (17.01.2012).
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009): Behindertenbericht 2008. Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.
- Bundesministerium für Inneres (2012): Niederlassung und Aufenthalt. www.bmi.gv.at/cms/BMI_Niederlassung/start.aspx#t_Aufenthaltstitel (12.01.2012).
- Bundesministerium für Inneres (2012): Verfahren zur Erteilung der „Rot-Weiß-Rot – Karte“. www.bmi.gv.at/cms/BMI_Niederlassung/start.aspx#t_Verfahren (15.01.2012).
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2006): Änderungen des SCHOG 2006. www.bmukk.gv.at/ministerium/rs/2006_06.xml (27.07.2012).
- Burger R. (2006): Economic and sociopolitical perspectives for health services in Central Europe. Healthregio Report. Gesundheitsmanagement OEG Verlag, Wien.
- Carrington K., Cepek-Neuhauser E., Küng G. (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“. PreQual, maiz, Linz.
- Castles S. (1993): Migrations and Minorities in Europe. Perspectives for the 1990s – Eleven Hypotheses. In: Wrench J., Solomos J. (Hrsg.): Racism and Migration in Western Europe. Providence: Berg
- Cho S. H., Ketefian S., Barkauskas V. H., Smith D. G. (2003): The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. In: Nursing Research, 52, 71-79.
- Chun C.-A., Moos R. H., Cronkite R. C. (2006): Culture: A fundamental context for the stress and coping paradigm. Springer, New York, 29–53.
- Clark J. (2003): Defining Nursing. Royal College of Nursing. www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78569/001998.pdf (19.08.2012).
- Clark P. F. Stewart J. B. Clark D. A. (2006): The globalization of the labour market for health-care professionals. In: International Labour Review 145(1-2), 37-64.
- Cohen R. (1996): Theories of Migration. Edward Elgar-Verlag, Cheltenham.
- Cornelius W. A.; Martin P. L.; Hollifield J. F. (1994): Controlling Immigration. A Global Perspective. Stanford University Press, Stanford.
- Currle E. (2004): Migration in Europa – Daten und Hintergründe. Lucius&Lucius, Stuttgart.
- Czypionka T., Kraus M., Riedel M., Röhring G. (2011): Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder, Health System Watch. Beilage zur Fachzeitschrift soziale Sicherheit, Institut für höhere Studien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Frühjahr 2011.
- Dachs P. (1999): Transkulturelle Pflege in einer multikulturellen Gesellschaft: Die interkulturelle Pflegeproblematik in der Praxis. Universität Wien, Wien.
- Dallinger U. (2001): Erwerbstätige Pflegepersonen älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland: Partizipation im und Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, Stuttgart, 123-166.
- Danzer K. (2003): Arge Schuldirektoren NÖ stellt neues Bildungskonzept für die Pflege zur Diskussion, Zeitschrift des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes, 56. Jahrgang, Heft 1, Wien
- DeKeyser F., Medoff-Cooper B. (2001): A non-theorist's perspective on nursing theory: Issues of the 1990s. Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 15, 4, 329-341
- Der Kurier (o.A.) (2004): Spinat und Sauerkraut war ein Schock. Wien. Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband. Pressemeldung: Ausgabe 05/2004. www.oegkv.at (27.05.2012).
- Der Standard, APA (o.A.) (2012): www.derstandard.at/1328508145669/Zuwanderung-Bisher-1000-Antraege-auf-Rot-Weiss-Rot-Card (19.02.2012)

- Die Presse (o. A.) (2009): Nostrifikation: Kampf ums Diplom.
www.diepresse.com/home/bildung/universitaet/450569/Nostrifikation_Kampf-ums-Diplom
 (06.04.2012).
- Die Presse, APA (o.A.) (2010): Statistik: Arbeitslosigkeit unter Ausländern höher.
www.diepresse.com/home/wirtschaft/economist/603299/Statistik_Arbeitslosigkeit-unter-Auslaendern-hoehere (19.10.2010).
- Domenig D. (2001): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Hans Huber Verlag, Bern.
- Domenig D. (2001). Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig D. (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege, Hans Huber, Bern, 139-158.
- Domenig D. (2003): Anforderungen an einen transkulturellen Wandel in der stationären Pflege. In: David M., Borde T., Kentenich H. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Mabuse, Frankfurt am Main, 85-104.
- Domenig D. (2007): Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Hans Huber, Bern, 165-189.
- Dornheim J. (2001): Kultur als Begriff und als Ideologie - historisch und aktuell. In: Domenig D. (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege, Hans Huber, Bern, 27-45
- Dornmayr H.; Stampfl C. (2003): Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufe. Trends zu Ausbildung und Berufsausübung in Österreich. Ibw-Schriftenreihe Nr. 125.
- Drott F. (2009): Pflegerinnen aus Osteuropa gesucht: Eine intersektionale Analyse des Hausbetreuungsgesetzes (HBeG). Universität Wien, Wien.
- Ducks T. (2003): Von weissen Wilden und wilden Weissen: Facetten der europäisch-überseeischen Begegnung. Frankfurt am Main: IKO - Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt am Main.
- Dühning A. (2000): Pflege. Berufsbild der Altenpflege. In: Dühning A., Habermann-Horstmeier L. (Hrsg.): Das Altenpflegelehrbuch. Medizinische und psychosoziale Grundlagen für die Pflege alter Menschen, 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart/New York, 11-17.
- Egger de Campo M. (2008): The Rhetoric of Reaction in the Austrian Debate about Legalisation of Migrant Care, Paper to be presented at the conference "Transforming elderly care at local, national and transnational levels" International Conference at Eigtveds Pakhus, Kopenhagen.
- Eisenstadt S. N. (1954): The Absorption of Immigrants. A comparative study based mainly on the Jewish community in Palestine and the State of Israel. Routledge & Kegan Paul, London.
- Ersanili E. (2007): Focus Migration: Länderprofil Niederlande. November 2007/Nr. 11, 1-13.
- Ertl A. (2003): Anerkenntnis von Differenz und Multikulturalität – Grundsätze und Erfahrungen der Teamentwicklung in multikulturellen Teams. In: Anerkennung und Integration – Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege (Fachtagung am 10./11. Oktober 2002), Haus Neuland – Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld, 61-76.
- Ertl A. (2005): Interkulturelle Teamentwicklung und Integration zugewanderter pflegebedürftiger Menschen. In: Klose M., Arbeitskreis „Alt werden in der Fremde“ (Hrsg.): Dokumentation für Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe, 18-25.
www.muenchen.info/soz/pub/pdf/206_altenhilfe_publication.pdf (17.06.2012).
- Ertl R., Katzer U. (2007): Hauskrankenpflege. Wissen – planen – umsetzen, 2. Aufl. Facultas, Wien.
- Ertl R., Schrems B. (2001): Kooperation als Qualitätsinstrument. Eine Einführung. In: Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (Hrsg.): Das Wiener Modell für ambulante Dienste – Kooperation als Qualitätsinstrument, Facultas, Wien, 9-42.
- Ertler K.-D., Löschnigg M. (Hrsg.) (2004): Canada in the Sign of Migration and Trans-Culturalism/Le Canada sous le signe de la migration et du transculturalisme. Frankfurt am Main.
- Esser H. (2003): Ist das Konzept der Assimilation überholt? Geographische Revue 2/2003, 5-22.
- Esser H. (2006): Migration, Sprache und Integration. AKI-Forschungsbilanz 4. Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration (AKI) Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin.
- Esser H. (2010): Integration und „Multikulturalität“. In: Luft S., Schimany P. (Hrsg.): Integration von

- Zuwanderern. Erfahrungen, Konzepte, Perspektiven, Transcript, Bielefeld, 277-298.
- Esser, H. (1980): Aspekte der Wanderungssoziologie. Assimilation und Integration von Wanderern, ethnischen Gruppen und Minderheiten. Eine Handlungstheoretische Analyse. Luchterhand, Darmstadt/Neuwied.
- Europäische Gemeinschaften (2008): Langzeitpflege in der Europäischen Union.
http://ec.europa.eu/employment_social/emplweb/publications/index_de.cfm (04.05.2012).
- Europäische Kommission (1997): Bericht und Empfehlungen zur Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der europäischen Union. Dokument XV/E/9432/7/96.
- European Hospital and Healthcare Federation (2012): www.hope.be/03activities/quality_eu-hospitals/eu_country_profiles/austria-eu_hospitals-profile.pdf (05.04.2012).
- European Parliament (2012): Niederlassungsfreiheit und freier Dienstleistungsverkehr sowie gegenseitige Anerkennung von Diplomen, Art. 3 Abs. 1c, 14 u. 43 bis 55 (3c, 7a u. 52 bis 66) EGV.
www.europarl.europa.eu/factsheets/3_2_3_de.htm (15.01.2012).
- European Parliament (2012): Vertrag über die Europäische Union, Art. 3 EUV.
www.europarl.europa.eu/brussels/website/media/Basis/Vertragsartikel/Pdf/Art_3_EUV.pdf (15.01.2012).
- Eurostat (2010): Demography Report 2010. Older, more numerous and diverse Europeans.
- Fassmann H., Münz R. (1995): Einwanderungsland Österreich? Historische Muster, aktuelle Trends und politische Maßnahmen. Jugend & Volk, Wien.
- Fassmann H., Münz R. (1996): Between Melting Pot and Ethnic Fragmentation: Historical and Recent Immigration to Vienna. In: Roseman C., Laux H. D., Thieme G. (Hrsg.): EthniCity. Geographic Perspectives on Ethnic Change in Modern Cities, Rowan & Littlefield, Boston, 165-186.
- Fassmann H., Münz R. (1996): Österreich – Einwanderungsland wider Willen. In: Fassmann, H., Münz R. (Hrsg.): Migration in Europa - historische Entwicklung, aktuelle Trends, politische Reaktionen, Campus, Frankfurt a. Main/New York, 209 – 229.
- Fawcett J. (1996): Pflegemodelle im Überblick. Hans Huber, Bern.
- Feithen R. (1985): Arbeitskräftewanderungen in der Europäischen Gemeinschaft. Bestimmungsgründe und regionalpolitische Implikationen. Frankfurt am Main, New York.
- FHS St. Gallen (o. A.): Zukunft und Herkunft der Pflege.
<http://m.fhsg.ch/index.php?apsid=&apid=5550239&&jsr=1> (26.4.2012).
- Fischbacher P. (2011): Stationäre Langzeitpflege in Österreich: Überlegungen zur Qualität, deren gesetzlicher Grundlage und deren Kontrolle. Universität Wien, Wien.
- Fischer E. (2009): Chancen und Herausforderungen der internationalen Migration von Pflegepersonen im Krankenhaus - Ergebnisse einer Delphi-Befragung von PflegedirektorInnen. Universität Wien, Wien.
- Fratt A., Hinterseer R., Stöckl E. (2011): Zuwanderung, Sozialstaat und Arbeitsmarkt, AK-Abteilung Sozialpolitik Salzburg. www.ak-salzburg.at/bilder/d157/ZuwanderungSozialArbeitsmarkt2011.pdf (15.03.2012).
- Fredrickson M. (2004): Rassismus: Ein historischer Abriß. Ilse Utz., Hamburg.
- Friebe J. (2003): Interkulturelle Bildung für Pflegende. Bedarfe und Herausforderungen in Deutschland. In: Friebe J., Zalucki M. (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege, Bertelsmann, Bielefeld, 145-158.
- Friebe J. (2006): Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in Nordrhein-Westfalen. Eine Handreichung für Bildung und Praxis in der Altenpflege. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bonn.
- Friebe J. (2008): Pflegende mit Migrationshintergrund als Adressaten der Bildung in der Altenpflege. In: Rommelspacher I., Kollak B. (Hrsg.): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen, Mabuse, Frankfurt am Main, 217- 240.
- Frisch M. (1967): Überfremdung I. Öffentlichkeit als Partner. Frankfurt, Suhrkamp.
- Fürstler G.; Kemetmüller E.; Kozon V. (2001): Zur Karriere im Pflegeberuf in Verbindung mit einer empirischen Erkundungsstudie. Österreichische PflegeZeitschrift, 12, S. 22-26.
- Fürstler G.; Malina P. (2003): Österreichische Pflegepersonen aus der Zeit des Nationalsozialismus. Eigenverlag, Wien.

- Fürstler G.; Malina P. (2004): "Ich tat nur meinen Dienst". Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS-Zeit. Facultas, Wien.
- Ganser C. (2010): Die sprachliche Darstellung der eurozentrischen Weltsicht im Kolumbusbrief. Studienarbeit. Johann Wolfgang Goethe-Institut, Frankfurt am Main.
- Gassner S. (2008): Teamarbeit in der Pflege. Faktoren, die die Effektivität in Pflegeteams fördern. FH Freiburg, Freiburg.
- Gensluckner Ch.; Holzer J. (2005): Pflege aus Sicht der pflegenden Angehörigen (Laienpflege). Empirische Untersuchung bezüglich Belastungen pflegender Angehörigen und deren Entlastungsmöglichkeiten. Gesundheits- und Krankenpflegeschule Kufstein, Kufstein.
www.oegkv.at/fileadmin/docs/Fachbereichsarbeiten/FBAGensluckner-Holzer.pdf (10.03.2012).
- Gerlinger T.; Schmucker R. (2007): Transnational Migration of Health Professionals in the European Union. *Cadernos de Saúde Pública* 23/ 2007, 184- 192.
- Girtler R. (2006): Kulturanthropologie: Eine Einführung, 1. Auflage. LIT Verlag, Wien.
- Gleicher C. (2010): Transkulturalität – Migration – Integration. Informationen für Lehrpersonen. Version 3, August 2010. Interregionale Arbeitsgruppe Pflege HF, Basel/Solothurn/Thurgau/Zentralschweiz/Glarus.
- Gogolin I.; Krüger-Potratz M.; Kuhs K.; Neumann U.; Wittek F. (2005): Migration und sprachliche Bildung. Waxmann, Münster.
- Gollner C. (2001): Lokale ethnische Ökonomien als Beitrag zur Stadtteilentwicklung. Die Wirkungen unternehmerischer Aktivität von MigrantInnen auf Entwicklungs- und Integrationsdynamik – eine Untersuchung am Beispiel vom Brunnenviertel und Volkertviertel in Wien. TU Wien, Wien.
- Green S. (1999): Ausländer, Einbürgerung und Integration: Zukunftsperspektive der europäischen Unionsbürgerschaft? Discussion Paper. Zentrum für Europäische Integrationsforschung, 3-23.
- Grilz-Wolf M.; Strümpel C. (2003): Bürgerschaftliches Engagement von MigrantInnen, Demokratiezentrum Wien, Wien. www.demokratiezentrum.org/fileadmin/media/pdf/mem_vol_ber.pdf (29.01.2012).
- Grobner C. (2009): Sterben im Krankenhaus – Transkulturelle Pflege bei sterbenden muslimischen PatientInnen. Universität Wien, Wien.
- Groll V. (2010): Die Wahrnehmung von Migration und WählerInnen mit Migrationshintergrund durch die österreichischen Parteien. Universität Wien, Wien.
- Grömling M. (2001): Ist Ungleichheit der Preis für Wohlstand? Zum Verhältnis von Wachstum und Verteilung. Deutscher Institutsverlag, Köln.
- Gruber E.; Kastner M. (2005): Gesundheit und Pflege an die Fachhochschule? Studie zu Status quo und Trends im Berufsfeld und in der Aus- und Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegewesen. Schriftenreihe des Fachhochschulrates, Band 11. Facultas, Wien
- Gugler J. (2005): „die pflege wird immer schwieriger, weil...“. belastungen in der altenarbeit – mögliche lösungsansätze zur verbesserung der situation in geriatriischen pflegeinstitutionen. Fachbeitrag. In: ÖPZ, 08-09/05, 58 Jg., 19-22.
- GuKG (1997): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997.
www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026 (13.03.2012).
- Gülüm Y. (2011): Alles kam anders, Der Standard. <http://dastandard.at/1323222571065/Geschichte-der-Gastarbeiter-Alles-kam-anders> (09.12.2011).
- Gülüm Y. (2011): Wozu soll der Bauarbeiter Deutsch können?, Der Standard.
<http://dastandard.at/1323222572331/Kommentar-Wozu-soll-der-Bauarbeiter-Deutsch-koennen> (09.12.2011).
- Haar A. (2009): Wie Österreich ohne Migration aussehen würde. Die Presse, Münz R.; Reiterer A. in <http://diepresse.com/home/panorama/integration/455467/Wie-Oesterreich-ohne-Migration-aussehen-wuerde> (27.2.2012).
- Habermann M. (1992): "Viel Schmerz" oder das "Mamma Mia Syndrom" : Überlegungen zum Kulturkonflikt in der klinischen Betreuung ausländischer Patienten. In: *Pflege*, 5/1992, H. 1, 32-40
- Habermann M. (1997): Vom Umgang mit dem Fremden – Der Beitrag der Ethnologie zur Pflege. In: Uzarewicz C, Piechotta G. (Hrsg.): *Transkulturelle Pflege. Zeitschrift für Ethnomedizin. Curare Sonderband* 10/1997, Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin, 53-61.

- Habermann M. (1998): Pflegebedürftig in der Fremde? Zur Theorie und Praxis der interkulturellen Pflege. In: David M., Borde T., Kentenich H. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle, Mabuse, Frankfurt am Main, 153-166.
- Habermann M. (2002): Interkulturelles Management in der Altenpflege. Eine Einführung, 2.2 Personalentwicklung. www.die-frankfurt.de/espid/dokumente/doc-2002/habermann01_02.htm (18.07.2012).
- Habermann M. (2003): „Interkulturelle Kompetenz“. Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege? In: Pflege & Gesellschaft 1/2003, 11-16. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe0103haberman.pdf> (20.06.2012).
- Habermann M. (2003): Pflege und Kultur. Eine medizinethnologische Exploration der Pflegewissenschaft und –praxis. In: Lux T. (Hrsg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin-Medizinethnologie- Medical Anthropology, Dietrich Reimer Verlag, Berlin, 192-210.
- Habermas J. (1996): Die Einbeziehung des Anderen. Studien zur politischen Theorie. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Habermas T. (1996): Geliebte Objekte. Symbole und Instrumente der Identitätsbildung. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Hable J. (2003): „Nein“ zu neuen Ausbildungsmodellen, Enquete: Gesundheit und Pflege im Alter, Soziale Berufe – Zeitschrift der ÖGB – Fachgruppenvereinigung, 55. Jahrgang, Heft 1, Wien.
- Hahn S. (2007): Länderanalyse Österreich. In: Bade K. J., Emmer P. C., Lucassen L., Oltmer J. (Hrsg.): Enzyklopädie Migration in Europa im 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn.
- Hähner-Rombach S. (2011): Festsetzungen und Überschreitungen: Ein Blick auf die Grenzen in der Geschichte der Pflege. In: Kozon V., Seidl E., Walter I. (Hrsg.): Geschichte der Pflege – der Blick über die Grenze Wien, ÖGVP-Verlag, Wien, 11-31.
- Haider B. (2010): Deutsch in der Gesundheits- und Krankenpflege: Eine kritische Sprachbedarfserhebung vor dem Hintergrund der Nostrifikation. Universität Wien, Wien.
- Haller M. (2008): Die österreichische Gesellschaft. Sozialstruktur und sozialer Wandel. Campus, Wien.
- Halm D.; Sauer, M. (2004): Integration vs. Segregation bei türkischen Migranten. In: Assion H.-J. (Hrsg.): Mensch. Migration. Mental Health. Dokumentation der Fachtagung des Westfälischen Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum am 2. und 3. Mai in Bochum. Heidelberg, 67-82.
- Han P. (2005): Soziologie der Migration. Lucius & Lucius Verlag, Stuttgart.
- Han P. (2006): Theorien zur internationalen Migration. Ausgewählte interdisziplinäre Migrationstheorien und deren zentralen Aussagen. Lucius & Lucius Verlag, Stuttgart.
- Hanika A., Lebhart G., Marik S. (2003): Bevölkerung Österreichs im 21. Jahrhundert, Statistik Austria. Verlag Österreich GmbH, Wien.
- Hanika A.; Lebhart G.; Marik S. (2004): Zukünftige Bevölkerungsentwicklung Österreichs bis 2050 (2075). In: Statistische Nachrichten, 59. Jahrgang Heft 1, Statistik Austria, Wien, 15-33.
- Hansel M.; Neuland H. (2005): Erfahrungen aus der Praxis der Teamentwicklung multikultureller Teams. Schlussfolgerungen für die Ausbildung Pflegefachkräften in multikulturellen Zusammenhängen in der Altenpflege. In: AWO Bundesverband e.V. Schriftenreihen Theorie und Praxis 2005 (Hrsg.): Interkulturelle Aspekte in der Altenpflegeausbildungen Arbeitshilfe für die Unterrichtspraxis, Artikel-Nr. 04017, Berlin, 41-47.
- Hansen R. (2007): Focus Migration: Länderprofil Vereinigtes Königreich. Dezember 2007/Nr. 12, 1-14.
- Hasseler M.; Meyer M. (2004): „Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern“ (Home care nursing: new paths and concepts for the future – Ensuring competitive advantages by the increase of professionalization). Schluetersche Verlag, Hannover.
- Haug S. (2000): Klassische und neuere Theorien der Migration. Arbeitspapiere Nr. 30. Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Mannheim. www.mzes.uni-mannheim.de/publications/wp/wp-30.pdf (07.05.2012).
- Haug S.; Sauer L. (2006): Bestimmungsfaktoren internationaler Migration. Ein Überblick über Theorien zur Erklärung von Wanderungen. In: Migration und ethische Minderheiten. Informations-

- zentrum Sozialwissenschaften, 6-34.
www.gesis.org/fileadmin/upload/dienstleistung/fachinformationen/servicepublikationen/sofid/Fachbeitraege/Migration_2006-1.pdf (04.04.2012).
- Hauser W. (2004): Rechtliche Grundlagen des Zugangs zu (Privat-)Universität und Fachhochschule. Grundsätze und Sonderfragen. In: Zeitschrift für Hochschulrecht 2004, 119.
- Hausreither M. (2007): Das freie Gewerbe der Personenbetreuung im Kontrast zu den Gesundheitsberufen; In: Ecollex, 08/2007, 576-580.
- Häußermann H., Siebel W. (2001) (1): Soziale Integration und ethnische Schichtung. Zusammenhänge zwischen räumlicher und sozialer Integration. Gutachten im Auftrag der Unabhängigen Kommission „Zuwanderung“. Berlin, Oldenburg.
- Häußermann H., Siebel W. (2001) (2): Integration und Segregation - Überlegungen zu einer alten Debatte. In: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften, Heft 1, 68-79.
- Havlicek E. (2009): Transkulturelle Pflege zu Hause – Erfahrungen von Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege am Beispiel Wien. Universität Wien, Wien.
- Heberle R. (1955): Theorie der Wanderungen. Soziologische Betrachtung. In: Schmollers Jahrbuch für Gesetzgebung, 4. Jg., Verwaltung und Volkswirtschaft, 75., H. 1, 1–23.
- Hebler M. (2002): Arbeitsmarkteffekte der EU-Osterweiterung: Zur Wirkung von Integration, Migration und institutionellem Wandel auf den Arbeitsmarkt. Duncker & Humblot, Berlin.
- Heckmann F. (1992): Ethnische Minderheiten, Volk und Nation. Soziologie interethnischer Beziehungen. Enke, Stuttgart.
- Hein B. (2007): Krankenpflegehilfe Altenpflegehilfe: Lehrbuch für die Pflegeassistenten. Urban & Fischer, München.
- Heintz P. (1957): Soziale Vorurteile, Ein Problem der Persönlichkeit, der Kultur und der Gesellschaft. Leinen, Köln
- help.gv.at/Amtswege leicht gemacht (2012): Blaue Karte-EU.
www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/12/Seite.120309.html (18.02.2012).
- help.gv.at/Amtswege leicht gemacht (2012): Neues Zuwanderungsgesetz in Österreich,
www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/194/Seite.1940004.html#Familiennachzug
 (07.06.2012).
- Henderson V. (1960): ICN Basic Principles of Nursing Care. International Council of Nurses, London.
- Henderson V. (1991): The Nature of Nursing Reflections After 25 years. National League for Nursing Press, New York.
- Hetfleisch G. (1991): Rotation statt Integration? AusländerInnenengesetz in Österreich und AusländerInnenbeschäftigungspolitik am Beispiel Tirols. In: Verein zur Betreuung und Beratung von AusländerInnen in Tirol (Hrsg.): AusländerInnen: Integration oder Assimilierung? Innsbruck, 30-87.
- Hillmann K.-H. (1994): Wörterbuch der Soziologie. Kröner, Stuttgart.
- Hinz-Rommel W. (1994): Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Waxmann, Münster.
- Hirschberg W. (1988): Neues Wörterbuch der Völkerkunde. Reimer, Berlin.
- Hödl G., Husa K., Parnreiter C., Stacher I. (2000): Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts. Brandes und Apsel: Südwind 2000, Frankfurt am Main, 9-23.
- Hofbauer S. (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", BM.I., Wien.
- Hofer H., Huber P. (2002): Auswirkungen der EU-Osterweiterung auf das Lohngefüge in Westeuropa mit besonderer Berücksichtigung Österreichs. Österreichische Nationalbank, Berichte und Studien, 2/2002, Wien, 161-176.
- Hoffmann E., Nachtmann J. (2007): Alter und Pflege. GeroStat Report, Altersdaten 03/2007. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.
- Hoffmann-Nowotny H.-J. (1970): Migration, Ein Beitrag zu einer soziologischen Erklärung. Enke, Stuttgart.
- Hoffmann-Nowotny H.-J. (1973). Soziologie des Fremdarbeiterproblems. Enke, Stuttgart.
- Hofstede G. (1997): Cultures and organizations: software of the mind. Mc Graw Hill, London.

- Hohmann R. (2004): Eine empirische Studie zu Flüchtlingen als Fachkräfte auf dem deutschen Arbeitsmarkt. In: Resource. Refugees' Contribution to Europe. Länderbericht Deutschland. Frankfurt am Main.
- Hollander A. N. J. Den (1946): Het andere Volk. Leiden, Amsterdam.
- Hoogerduijn J. G., Schuurmans M., de Rooij S. E., Grypdonck M. F. H. (2006): A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. In: Journal of Clinical Nursing, 16, 46-57.
- Hörl J., Schimany P. (2004): Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in der Familie. Ein Zukunftsthema für die Generationenbeziehungen? In: Zeitschrift für Familienforschung, 15. Jahrg., Heft 2/2004, 194-215.
- Hundstorfer R. (2009): Begrüßung. In: Köhler I.; Klambauer C. (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen in Österreich im Hinblick auf MigrantInnen und Migranten, ÖKSA, Dokumentation der Jahreskonferenz 2009.
- Huntington S. P. (1998): Kampf der Kulturen. The Clash of Civilizations. Die Neugestaltung der Weltpolitik im 21. Jahrhundert. Siedler, München.
- IOM (International Organization for Migration) 2003: World Migration. Managing Migration Challenges and Responses for People on the Move. IOM, Genf.
- Jana M. (2004): Auf dem Weg zu einer interkulturellen Altenpflege. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bonn.
- Janig H. (2000): Internationale Trends in der Pflegewissenschaft. In: mangamed, 26-28.
- Jenull-Schiefer E., Brunner E., Ofner M., Mayring P. (2007): Stressbelastung von Wiener Altenpflegerinnen aus Österreich, Osteuropa und Asien. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 15, 78-82
- John M., Lichtblau A. (1990): Schmelztiegel Wien – einst und jetzt: zur Geschichte und Gegenwart von Zuwanderung und Minderheiten. Böhlau, Wien/Köln.
- Juchli L. (1997): Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 8. überarb. Auflage. Thieme, Stuttgart/New York.
- Juchli L. (2012): Zukunft und Herkunft der Pflege. Referat in der FHS St. Gallen. <http://m.fhsg.ch/index.php?apsid=&apid=5550239&&jsr=1> (23.04.2012).
- Jusline (2012): AuslBG § 2 (1) 1976 (Ausländerbeschäftigungsgesetz). www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=52&paid=2&mvp=1 (13.02.2012).
- Kardorff E. (1998): Experten und Laien. Ein Problem transkultureller Kommunikation. In: Jonach I. (Hrsg.): Interkulturelle Kommunikation, Ernst Reinhardt Verlag, München, 54-61.
- Karl-Trummer U. (2010): Migrationsspezifisches Diversitätsmanagement als neue Herausforderung für Gesundheitsorganisationen. Faktisch klar. Was sagt die Praxis? Where Evidence meets Reality: Views on Ethno-cultural Diversity Management for Health Care Organisations. ARGE Bildungsmanagement, Wien.
- Kasl S., Cobb, S. (1966): Health behavior, illness behavior and sick-role behavior. In: Health and illness behavior, Archives of Environmental Health, 12, 246-266.
- Kawi J., Xu Y. (2009): Facilitators and Barriers to Adjustment of International Nurses: An Integrative Review. In: International Nurse Review, Nr. 2, 174-183.
- Keeley B. (2009): OECD Insights: Internationale Migration: Die menschliche Seite der Globalisierung. OECD. www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/0109115e.pdf?expires=1347907931&id=id&accname=guest&checksum=81FFC7BC21294B4B80BDF964DE26B6BA (17.03.2012).
- Kern S.; Denecke A. (2006): Beratung in multikulturellen Kontext. Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Darmstadt. http://www.efh-darmstadt.de/fuw/download/sysbertexte/11_Beratung_in_multikulturellen_Kontexten1.pdf (25.02.2012).
- Kienzl-Plochberger K. (2005): MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich. In: Reinprecht C., Kienzl-Plochberger K. (Hrsg.): „MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich“ und „Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien“, IntegrationsInfoService von MigrantInnen für Migran-

- Innen, 6-13. http://www.efh-darmstadt.de/fuw/download/sysbertexte/11_Beratung_in_multikulturellen_Kontexten1.pdf (07.06.2012).
- Kingma M. (2006) Nurses on the Move. Migration and the Global Health Care Economy. Cornell University Press, New York.
- Kleibel V., Mayer H. (2005): Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Facultas, Wien.
- Kline D. (2003): Push and pull factors in international nurse migration. In: Journal of Nursing Scholarship, Vol. 35. No. 2, Oxford, 107-111
- Knapp-Potthoff A., Liedke, M. (1997): Aspekte interkultureller Kommunikationsfähigkeit. Iudicium, München.
- Kohlberg L. (1995): Die Psychologie der Moralentwicklung. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Kolpatzik D. (2006): Identität und Integration. Zur Bedeutung psychologischer Identitätsbildungsprozesse in Integrationsmodellen für MigrantInnen. Grin, Norderstedt.
- Kondratowitz H.-J. (2005): Die Beschäftigung von Migranten/innen in der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Bd. 38/6, Steinkopff, Heidelberg, 417-424
- Köther I., Gnam E. (1993): Altenpflege in Ausbildung und Praxis. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart/New York
- Kozon V., Mayer H., Seidl E. (Hrsg.) (2000): Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich. Facultas, Wien.
- Kozon V., Schlick M., Dorfmeister M., Tomaschik M. (2007): Langzeitpflege (k)eine Herausforderung? Eine empirische Untersuchung von SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege in der Langzeitpflege zu arbeiten. Forschungs- und Entwicklungsbericht. ÖGVP Verlag, Wien. <http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/allgemein/smzo/projekt/web-langzeitpflege-video/LPH-Bericht-Internetversion.pdf> (15.02.2012).
- Kozon V., Seidl E., Walter I. (Hrsg.) (2011): Geschichte der Pflege - Der Blick über die Grenze. ÖGVP-Verlag, Wien.
- Krajic K., Nowak P., Rappold E. (2005): Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Ludwig BoltzmannInstitut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien.
- Krajic K., Vyslouzil M., Nowak P. (2003): Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. LBIMGS, Wien.
- Krautinger S. (2010): Gesundheitsstatus und Gesundheitsprobleme von türkischen MigrantInnen – Welche Anforderungen ergeben sich an die pflegerische Versorgung? Universität Wien, Wien.
- Krenn M., Papouschek U., Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes (Hrsg.) (2003): Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen. Qualitative Studie im Auftrag des Forschungsinstitutes des Wiener Roten Kreuzes im Rahmen des Moduls 6 "Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung" FORBA-Forschungsbericht 3/2003, Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt: 101, Wien.
- Kreuzhuber M. (2009): Wirtschaftskammer Österreich, Industriellenvereinigung und die Internationale Organisation für Migration präsentieren einen Diskussionsvorschlag für ein zukunftsorientiertes Migrationsmodell. In: Chancen nützen, Zukunft gestalten. Was unternehmen Migrant/innen in Österreich? Österreichischer Integrationsfonds, 1/09, 22-23.
- Kriegl M. (2004): Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege – Wohin? In: Österreichische Pflegezeitschrift. Aufl. 02, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 23-27.
- Kriegl M. (2006): Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege im Kontext der Anerkennung beruflicher Qualifikationen in der Europäischen Union. In: Zapotoczky K. (Hrsg.): Gesundheitsqualität als Aufgabe, Gesundheit im Brennpunkt, 10/1, 288-303.
- Kruse A. P. (1995): Krankenpflegeausbildung seit Mitte 19. Jahrhundert. Kohlhammer, Stuttgart.
- Kutschke T. (2001): Aber eben sind wir verschieden. Untersuchung von Pflegeerfahrungen bei Migranten vor dem Hintergrund eines dynamischen Kulturbegriffs. In: Pflege, 14 (2), 92-97.
- Lafortune G., Balestat G. (2007): Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. www.oecd.org/denmark/38343783.pdf (14.04.2012).
- Landenberger M., Stöcker G., Filkins J., De Jong A., Them C. (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in

- Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Schluetersche, Hannover.
- Landesakademie Zukunftsakademie (2012): Altwerden in Niederösterreich. Altersalmanach 2011. Schriftenreihe Studien und Berichte. www.uni-graz.at/ukidabww_langfassung_neu.pdf (17.03.2012).
- Larcher D. (2000): Liebe in Zeiten der Globalisierung. Konstruktion und Dekonstruktion von Fremdheit in interkulturellen Paarbeziehungen. Drava Verlag, Klagenfurt.
- Lauber A. (Hrsg.) (2001): Grundlagen beruflicher Pflege, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart.
- Lauber A. (Hrsg.) (2012): Grundlagen beruflicher Pflege, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart.
- Lebhart G., Marik-Lebeck S. (2007): Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In: Fassmann H. (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006, Drava, Klagenfurt, 165-182.
- Lebhart G., Marik-Lebeck S. (2007): Zuwanderung nach Österreich: Aktuelle Trends. In: Fassmann H. (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006, Drava, Klagenfurt, 145-164.
- Lebhart G., Münz R. (1999): Migration und Bevölkerung. Österreich: Neue Studie zu Migration und Fremdenfeindlichkeit, Newsletter Ausgabe 8, Oktober 1999. www.migration-info.de/mub_artikel.php?Id=990806 (03.05.2012).
- Lebhart G., Münz R. (1999): Migration und Fremdenfeindlichkeit. Fakten, Meinungen und Einstellungen zu internationaler Migration, ausländischer Bevölkerung und staatlicher Ausländerpolitik in Österreich. Schriftenreihe des Instituts für Demographie 13. Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien.
- Lee E. (1972): Eine Theorie der Wanderung. In: Széll, G. (Hrsg.): Regionale Mobilität, NTW, München, 115-129.
- Lee E. S. (1966): A Theory of Migration. Demography, Vol. 3, No. 1, 47-57.
- Leggat S. G. (2007): Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. www.biomedcentral.com/1472-6963/7/17 (17.02.2012).
- Lehmann R., Van den Bergh S. (2004): Internationale Crews: Chance und Herausforderung. In: io new management, Nr. 3, 27.
- Lehr U. (2000): Psychologie des Alterns, 9. Aufl. Quelle und Meyer, Wiebelsheim.
- Lehrlingsentschädigungen in Österreich (o. A.) (2012): Kollektivvertragliche Mindestsätze, www.ewaros.at/lehrlingsentschaedigung/index.php (12.04.2012).
- Leininger M. (1984): Caring: The essence of nursing and health. Charles B. Slack, Thorofare.
- Leininger M. (1995): Transcultural Nursing: Concepts, theories, and practice. McGraw-Hill, Columbus.
- Leininger M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Leininger M. (2012): Foreword. In: Sagar P. L. (Hrsg.): Transcultural Nursing Theory and Models. Application in Nursing Education, Practice, and Administration, Springer, New York, ix-xv.
- Lenhart M. (2007): Die Migration von (weiblichen) Pflegekräften. In: Kurswechsel 2/2007, 28-35, www.beigewum.at/wordpress/wp-content/uploads/028_maureen_lenhart.pdf (21.05.2012).
- Lenhart M. (2008): Pflegekräftemigration nach Österreich, eine empirische Analyse des mittel- und südosteuropäischen Raumes. WU Wien, Wien.
- Lenhart M. (2009): Die Migration von Pflegekräften nach Österreich. In: Köhler I., Klambauer C. (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen in Österreich im Hinblick auf MigrantInnen und Migranten, ÖKSA, Dokumentation der Jahreskonferenz 2009, 21-26.
- Lenhart M. (2009): Ökonomische Aspekte der Pflegekräftemigration nach Österreich. In: Gellner W., Schmöller M. (Hrsg.): Gesundheitsforschung. Aktuelle Befunde der Gesundheitswissenschaft, Nomos, Baden-Baden, 259-267.
- Lenhart M. (2010): Pflegekräftemigration nach Österreich. Eine empirische Analyse. Peter Lang, Frankfurt am Main et al.
- Lenhart M., Österle A. (2007): Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven. In: Österreichische Pflegezeitschrift, vol. 12/2007, 8-11, http://oegkv.org/fileadmin/docs/OEPZ_2007/12/lenhart_oesterle.pdf (23.02.2012).
- Lewis A. (1954): Economic development with unlimited supplies of labour. In: The Manchester School

- of Economic and Social Studies, Vol. XXII/2, 139-191.
- Li L. W. (2005): Predictors of ADL disability trajectories among low-income frail elders in the community. In: University of Michigan, Research on Aging, vol. 27, no. 6, 615-642.
- Lipset S. M. (1959): Democracy and Working-Class Authoritarianism. In: American Sociological Review, Bd. 24, H. 4, 482-501.
- Löscke K., Plasser F. (o.A.): „Andere Länder - andere Sitten“ - Weniger Stress durch transkulturelle Kompetenz. Eine Fortbildung für Angehörige von Gesundheitsberufen.
http://www.psygyn.at/news/22tag/interkulturelle_psychologie.pdf (29.02.2012).
- Loffing C. (2007): Von der multikulturellen Gesellschaft zur interkulturellen Zusammenarbeit - Professionelle Integration ausländischer Pflegekräfte durch ein Konzept zur präventiven Vermeidung psychologischer Schwierigkeiten im Rahmen der Immigration. Der Andere Verlag, Tönning.
- Lohmann T. (2011): Die Sehnsucht nach der Fremde. Intentionen, Chancen und Grenzen von Fremdheitserfahrungen in Gruppenreisen am Beispiel Türkei-tourismus. Grin, München.
- Loughry M. L., Ohland, M. W., DeWayne Moore D. (2007): Development of a theory-based assessment of team member effectiveness. In: Educational and psychological measurement, 67 (3), 505-524
- Luft S., Schimany P. (Hrsg.) (2010): Integration von Zuwanderern. Erfahrungen, Konzepte, Perspektiven. Transcript, Bielefeld.
- Lüsebrink H.-J. (2005): Interkulturelle Kommunikation. Interaktion, Fremdwahrnehmung, Kulturtransfer. J. B. Metzler, Stuttgart/Weimar.
- MA 17 (2009): Integrations- und Diversitätsmonitor der Stadt Wien 2009.
www.wien.gv.at/menschen/integration/pdf/monitoring-integration-diversitaet.pdf (15.03.2012).
- Macek M. (2009): Hauskrankenpflege für MigrantInnen in Wien – Status Quo und zukünftige Entwicklungen transkultureller Pflege aus der Perspektive des Pflegemanagements in Organisationen der mobilen Pflege und Betreuung. Universität Wien, Wien.
- Madler Mucciolo L. (1993): Multikulturelle Zusammenarbeit in der Pflegepraxis. In: Pflege, Bd. 6, Heft 1, 13-21.
- Maierhofer A. (o.A.): Migration. www.uni-graz.at/~heimgara/3D/abschluss/maierhofer.andrea.pdf, (12.03.2012).
- Marin B. (1993): Vorwort. In: Bauböck R. (Hrsg.): Migration und Integrationspolitik, Eurosocal Report 48, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien
- Marschnig B. (2010): Migrationserfahrungen von philippinischen Pflegekräften in Vorarlberg und Wien. Universität Wien, Wien.
- Marx K. (1867/1971): Das Kapital. Band 1. In: Marx-Engels-Werke, Band 23, Berlin.
- Massey D. S., Alarcón R., Durand J., González H. (1987): Return to Aztlan. The Social Process of International Migration from Western Mexico. University of California Press, Berkeley.
- Mayer S. (2009): Migration & Labor Markets. Political Discourse in Austria. In: Mayer S., Spang M. (Hrsg.): Debating Migration. Political Discourses on Labour Immigration in Historical Perspective, Studienverlag, Bozen/Innsbruck/Wien, 25-73.
- Mayring P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim.
- Mazal W. (2007): Hausbetreuung – kritische Aspekte. In: Ecolex, 08/2007, 580-583.
- Mechanic D. (1962): The concept of illness behavior. In: Journal of Chronic Diseases, Feb 15, 189-194.
- Mecheril P. (2008): Das Besondere ist das Allgemeine- Überlegungen zur Befremdung des Interkulturellen. In: Rommelspacher B., Kollak I. (Hrsg): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen, Mabuse, Frankfurt am Main, 77-96.
- Medien-Service-stelle (o.A.) (2011): Neun Prozent der Führungskräfte sind MigrantInnen,
http://medienservice-stelle.at/migration_bewegt/2011/10/17/neun-prozent-der-fuehrungskraefte-sind-migrantinnen/ (17.10.2011).
- Mejia A., Pizurki H., Royston E. (1979): Physician and nurse migration: Analysis and policy implications. WHO, Genf.
- Meleis I. A. (1999): Pflege-theorie. Hans Huber, Bern.
- Meleis I. A. (2011): Theoretical Nursing: Development and Progress, 5. Auflage. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

- Meyer T. (2004): Die Familie im demographischen Wandel. In: Frevel B. (Hrsg.): Herausforderung demographischer Wandel, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 58-74.
- Migration.gv.at (2012): Dauerhafte Zuwanderung – Rot-Weiß-Rot – Karte.
<http://www.migration.gv.at/de/formen-der-zuwanderung/dauerhafte-zuwanderung-rot-weiss-rot-karte.html> (15.01.2012).
- Mocker Y. (2006): Bedürfnisorientierung und psychodynamische Krankenpflege. Die Pflege-theorien von Virginia Henderson und Hildegard Peplau im Vergleich. Eine Studienarbeit. Grin, München.
- Moers M., Schaeffer D. (2000): Pflege-theorien. In: Rennen-Allhoff B., Schaeffer D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, Juventa, Weinheim, 35–66.
- Moers M., Schaeffer D., Steppe H. (1997): Pflege-theorien aus den USA – Relevanz für die deutsche Situation. In: Schaeffer D., Moers M., Steppe H. (Hrsg.): Pflege-theorien, Beispiele aus den USA, Hans Huber, 281–295.
- Mosberger B., Jelenko M., Kaupa I., Kien C. (2007): Erwerbsbiographien und Qualifikationsprofile von Diplomierten Pflegebediensteten. AMS info 98. Ferdinand Berger & Söhne, Horn.
www.ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/info98.pdf (12.06.2012).
- Mosberger B., Sturm R. (2007): AMS report. Einbindung durch Ausbildung. AMS, Wien.
- Moser C. (2010): Die Migration qualifizierter Pflegekräfte aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten. Universität Wien, Wien.
- Moser N. (2011): Keine Massen: 255 Rot-Weiss-Rot-Cards, Der Standard.
www.derstandard.at/1318726080323/Schluesselkraefte-Keine-Massen-255-Rot-Weiss-Rot-Cards (17.10.2011).
- Mühlberger U., Knittler K., Guger A. (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflege. WIFO, Wien.
- Münz R., Seifert W., Ulrich R. (1997): Zuwanderung nach Deutschland - Strukturen, Wirkungen, Perspektiven. Campus, Frankfurt am Main/New York.
- Münz R., Zuser P., Kytir J. (2003): Grenzüberschreitende Wanderungen und ausländische Wohnbevölkerung: Struktur und Entwicklung. In: Faßmann H., Stacher I. (Hrsg.): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Demographische Entwicklungen – sozio-ökonomische Strukturen – rechtliche Rahmenbedingungen, Wien.
- Münz R., Ulrich R. (2001): Migration und zukünftige Bevölkerungsentwicklung in Deutschland. In: Franz W., Hesse H., Ramser H.-J., Stadler M. (Hrsg.): Wirtschaftspolitische Herausforderungen an der Jahrhundertwende, Mohr Siebeck, Tübingen, 181-200.
- Nationaler Kontaktpunkt Österreich im Europäischen Migrationsnetzwerk (2004): Der Einfluss von Immigration auf die österreichische Gesellschaft. Eine Bestandsaufnahme der jüngsten österreichischen Forschungsliteratur. Österreichischer Beitrag im Rahmen der europaweiten Pilotstudie: „The Impact of Immigration on Europe’s Societies“ (Budgetjahr 2003), Wien.
- Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M., Zelevinsky K. (2002): Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. In: The New England Journal of Medicine, Vol. 346, No. 22, 1715-1722. www.aacn.nche.edu/media-relations/nursing-shortage-resources/NEJM5-02.pdf (17.05.2012).
- Nelskamp M. (2005): Sprache als Heimat. Universität Leipzig, Leipzig.
- Nemeth C., Bronneberg G., Hlava A., Likarz S. (Hrsg.) (2003): Berichterstattung über die nichtärztlichen Gesundheitsberufe. ÖBIG, Wien.
- NÖ Landesrechnungshof (2010): Finanzierung der stationären Pflege in NÖ, Bericht 3/2010.
http://www.lrh-noe.at/images/stories/pdf/2010/2010-3_-_Finanzierung_der_stationaren_Pflege_in_NO.pdf (17.07.2012).
- Noelle-Neumann E. (1993): The Spiral of Silence: Public Opinion - Our Social Skin. University of Chicago Press, Chicago.
- Nowak P., Krajic K. (2003): Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien.
- Nuscheler F. (2004): Internationale Migration. Flucht und Asyl. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

- Ö1 (2011): Dumpinglöhne im Pflegebereich. Experten warnen vor Arbeitskräftemangel. <http://oe1.orf.at/artikel/270451>, <http://apasftp1.apa.at/oe1/programm/0000C08B.MP3> (24.02.2011).
- Ö1 (o.A.) (2011): Fachkräfte-Potenzial Zuwanderung. Anerkennung von Berufen soll leichter werden. <http://oe1.orf.at/artikel/283658> (13.08.2011).
- Ö1 (o.A.) (2011): Saldo – Das Wirtschaftsmagazin. <http://oe1.orf.at/programm/267972> (25.02.2011).
- Oberg K. (1960): Cultural shock: adjustment to new cultural environments. In: Practical Anthropology, 7, 177-182.
- OECD (2005): The OECD Health Project. Long-Term Care for Older People. OECD. www.euro.centre.org/data/1216815268_61772.pdf (25.06.2012).
- OECD (2007): International Migration Outlook. Part 3. Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration. www.oecd.org (Stand 21.03.2012).
- OECD (2008): A Profile of Immigrant Populations in the 21st Century. Data from OECD-Countries, Paris. www.assfam.org/IMG/pdf/Profil_des_migrants_au_XXIe_siecle_OCDE_en_anglais_.pdf (19.07.2012).
- OECD (2008): The looming crisis of the health workforce: How can OECD countries respond? www.who.int/hrh/migration/looming_crisis_health_workforce.pdf (17.02.2012).
- OECD (2010): International Migration of Health Workers. Improving International co-operation to address the global health workforce crises. www.oecd.org/migration/internationalmigrationpoliciesanddata/44783473.pdf (17.02.2012).
- OECD (2011): Austria. Long-term Care. www.oecd.org/austria/47877397.pdf (29.04.2012).
- OECD (2012): OECD Health Data 2012. www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm (05.07.2012).
- OECD (2012): OECD- Gesundheitsdaten. Österreich im Vergleich. www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/BriefingNoteOSTERREICH2012inGerman.pdf (10.08.2012).
- OECD (2012): OECD-Migrationsausblick: Über 60 000 hochqualifizierte Migranten kamen in der vergangenen Dekade nach Österreich. <http://www.oecd.org/berlin/presse/oecd-migrationsausblicku-ber60000hochqualifiziertemigrantenkamenindervergangenendekadenachosterreich.htm> (27.06.2012).
- OECD (2012): Statistics of Austria. www.oecd.org/austria/ (31.07.2012).
- OECD Economics Department (2006): Working Papers No.477: Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What Are The Main Drivers? www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf (09.05.2012).
- OECD, Organisation for Economic Co-Operation and Development (2009): OECD Health Data 2009 – Version June 2009. www.ecosante.org (14.03.2012).
- ÖGKV (2011): GuKG-Novelle 2009; 179. Verordnung des GuKG. <http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Verordnungen/GuK-Ausbildungsverordnung.pdf>, http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/GuKG/GuKG_Novelle2009.pdf (17.11.2011).
- Oldenburger J. (2010): Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im interkulturellen Team als Ressource für eine erfolgreiche kultursensible Altenpflege. Universität Wien, Wien.
- Orem D. E. (1959): Guides for developing curricula for the education of practical nurses. US Government Printing Office, Washington.
- Osl P. (2010): Dienstleistungen für Independent Living. Kundenanforderungen, Potenzialbewertung und Handlungsempfehlungen. Logos, Berlin.
- Ostendorf B. (2007): Einwanderungsland USA? Zwischen NAFTA und Terrorismus. Rat für Migration: Politische Essays zu Migration und Integration. Osnabrück. www.rat-fuermigration.de/PDF/Ostendorf-Einwanderungsland-USA.pdf (19.01.2012).
- Osterhammel J. (2003): Kolonialismus. Geschichte – Formen – Folgen. Beck C. H., München.
- Osterhammel J. (2011): Die Verwandlung der Welt. Sonderausgabe. Beck C. H., München.
- Osterheider M. (2011): Sozialgesetzbuch. In: Klein E. H., Pajonak F.-G. B. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie, Facharztprüfung, 1000 kommentierte Prüfungsfragen, 3. aktualisierte Auflage, Thieme, Stuttgart, 222-226.

- Ottaviano G., Peri G. (2006): The Economic Value of Cultural Diversity: Evidence from US Cities. In: *Journal of Economic Geography*, 6(1), 9-44.
- Paige R., Witty E. (2010): *The Black-White Achievement Gap: Why Closing It Is the Greatest Civil Rights Issue of Our Time*. AMACOM, New York.
- Papadopoulos I. (2003): Das Lehren von transkultureller Pflege an einer britischen Universität. In: Friebe J., Zalucki M. (Hrsg.): *Interkulturelle Bildung in der Pflege*, Bertelsmann, Bielefeld, 85-99.
- Pavkovic G. (o.A.): Interkulturelle Teamarbeit. Wozu multikulturell zusammengesetzte Teams? http://www.bqnet.de/content/0/1060/1072/2859/2869/649_Pavkovic_InterkulturelleTeamarbeit.pdf (17.02.2012).
- Pelger G. (2009): *Die Arbeitsmigration in Österreich*. Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften, Saarbrücken.
- Pelinka A., Rosenberger S. K. (2007): *Österreichische Politik. Grundlagen - Strukturen – Trends*. WUV, Wien.
- Perchinig B. (2008): „Diversität hat Zukunft – Bildung als Schlüssel für eine gelingende Integration“, Wien. www.wien.gv.at/integration/mkg/pdf/perchinig.pdf (17.04.2012).
- Perchinig B. (2010): Von der Fremdarbeit zur Integration? Migrations- und Integrationspolitik in Österreich nach 1945. In: *Initiative Minderheiten: Viel Glück! Migration heute*, Donau Form Druck, Wien.
- Petersen T. (2010): Voraussetzungen für eine solidarische Gesellschaft vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. In: Klambauer C., Köhler I. (Hrsg.): *Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft. Herausforderungen und Chancen. Dokumentation der Jahreskonferenz 2010, ÖKSA*. www.oeksa.at/files/publikationen/broschuereLangzeitpflege.pdf, 17-25 (20.03.2012).
- Petersen W. (1972): Eine allgemeine Typologie der Wanderung. In: Szell G. (Hrsg.): *Regionale Mobilität. Elf Aufsätze*. Nymphenburger Verlag, München, 95-114.
- Piore M. J. (1979): *Birds of Passage: Migrant Labor and Industrial Societies Politics*, Vol. 3. Cambridge University Press, Cambridge.
- Pöll R. (2010): „Das ist eine österreichische Art der Fremdenfeindlichkeit“, *Die Presse*. <http://diepresse.com/home/politik/innenpolitik/609971/Das-ist-eine-oesterreichische-Art-der-Fremdenfeindlichkeit> (13.11.2010).
- Pollakowski A. (1995): Krankheitsverständnis und Kultur. Möglichkeiten einer kulturübergreifenden Pflege. In: *Pflege aktuell* 4/95, 258.
- Poyraz E. (2008): *Interkulturelle Beratung – Personenzentrierte Beratung*. Studienarbeit. Grin, München.
- Pries L. (Hrsg.) 2001: *New Transnational Social Spaces. International Migration and Transnational Companies*. Routledge, London/New York.
- Pröve R. (2006): *Militär, Staat und Gesellschaft im 19. Jahrhundert*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München.
- Publishers.
- Ravenstein E. G. (1885): The Laws of Migration. In: *Journal of the Statistical Society of London*, Vol. 48., No. 2, 167-235.
- Ravenstein E. G. (1972): Die Gesetze der Wanderungen I und II. In: Szell G. (Hrsg.): *Regionale Mobilität*. Nymphenburger Verlag, München, 41-94.
- Reader T. W., Flin R., Lauche K., Cuthbertson B. H. (2006): Non-technical skills in the intensive care unit. In: *British journal of anaesthesia*, 96 (5), 551-559.
- Redfoot D. L., Houser A. N. (2005): „We Shall Travel On“: Quality of Care, Economic Development, and the International Migration of Long-Term Care Workers. AARP Public Policy Institute, Washington DC, 1-45.
- Regierungsvorlage für Fachhochschul-Studiengesetz (o. A.): http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_01222/fnameorig_222408.html (13.04.2012).
- Rehbein J. (1985): *Interkulturelle Kommunikation*. Gunter Narr, Tübingen.
- Reidl S., Schaffer N., Woitech B. (2006): *Chancengleichheit im Pflegebereich*. Gender Now. Joanneum

- Research, Institut für Technologie- und Regionalpolitik, Wien.
www.gendernow.at/downloads/Bericht%20Chancengleichheit%20im%20Pflegebereich.pdf
 (15.02.2012).
- Reinprecht C. (2006): Nach der Gastarbeit. Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. Wilhelm Braumüller Universitäts-Verlagsbuchhandlung, Wien.
- Reinprecht C., Kienzl-Plochberger K., 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.
- Reinprecht C., Weiss H. (2008): Soziologie der Migration und Integration. In: Forster R. (Hrsg.): Forschungs- und Anwendungsbereiche der Soziologie, WUV Universitätsverlag, Wien, 153-168.
- Reiterer A. F. (1995): Gesellschaft in Österreich. Sozialstruktur und Sozialer Wandel. Reihe: WUV Studienbücher. Grund- und Integrativwissenschaften, Band 3. WUV Universitätsverlag, Wien.
- Rennen-Allhoff B., Bergmann-Tyacke I. (2000): „Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa“. Hans Huber, Bern.
- Rennen-Allhoff B., Schaeffer D. (Hrsg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa, Weinheim.
- Rex J. (1996): Ethnic Minorities in the Modern Nation State: Working Papers in the Theory of Multiculturalism. MacMillan/St Martin's Press, Aldershot/New York.
- Reynolds C. L. (2000): Die Theorie der kulturellen Fürsorge – Implikationen für die Pflege. In: Alban S., Leininger M. M., Reynolds C. L. (Hrsg.): Multikulturelle Pflege, Urban und Fischer, München.
- Richmond A. H. (1988): Sociological Theories of international migration: the Case of Refugees. In: Current Sociology, 36, No. 2, 7-25.
- Riesenfelder A., Schelepa S., Wetzel P. (2011): Geringfügige Beschäftigung in Österreich. L&R Sozialforschung, Wien.
[http://www.lrsocialresearch.at/files/Forschungsbericht_2011_Geringfuegige_Beschaeftigung_-_L&R_Sozialforschung_\(53\).pdf](http://www.lrsocialresearch.at/files/Forschungsbericht_2011_Geringfuegige_Beschaeftigung_-_L&R_Sozialforschung_(53).pdf) (12.05.2012).
- Riess G., Rottenhofer I., Winkler R. (2007): Österreichischer Pflegebericht. Endbericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien.
- Rippl S., Seipel C. (2002): Ökonomische Lage, Bildungsniveau und Fremdenfeindlichkeit. Die Bedeutung von Autoritarismus und Anomie. Ein theorieintegriertes Modell. In: Boehnke K., Fuß D., Hagan J. (Hrsg.): Jugendgewalt und Rechtsextremismus. Soziologische und psychologische Analysen in internationaler Perspektive, Juventa, Weinheim/München, 79-93.
- Robinson J. E. (2009): 10 Suggestions for Orienting Foreign Educated Nurses. In: Journal for Nurses in Staff Development, 25 (2), 77-83.
- Rodrigo M. (2003): La comunicación intercultural. In: Portal de la comunicación. Aula abierta. Lecciones básicas 2003.
- Rommelspacher B. (2005): Transkulturelle Beratung in der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft, 10. Jg., Nr. 4/2005, 182-189.
- Rudda J., Fürstl-Grasser M., Rubisch M. (o. A.): Neue Tendenzen der Pflegevorsorge in Österreich. Zukunftsweisende Maßnahmen für die Pflege.
www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB134004_Rudda%20et%20al_Pflegevorsorge-Artikel.pdf (09.04.2012).
- Sailer M., Dorffner G. (Hrsg.) (2003): Zukunft braucht Vergangenheit: Die berufspolitische Entwicklung der österreichischen Krankenpflege von 1918-1938. vier-viertel-verlag, Wien.
- Santel B. (1995): Migration in und nach Europa – Erfahrungen. Strukturen. Politik. Leske + Budrich, Opladen.
- Sarrazin T. (2010): Deutschland schafft sich ab. Wie wir unser Land aufs Spiel setzen. DVA, München.
- Sassen S. (1996): Metropolen des Weltmarkts. Die neue Rolle der Global Cities. Campus, Frankfurt am Main/New York.
- Sassen S. (1996): Losing Control? Sovereignty in an Age of Globalization. Columbia University Press, New York.
- Sassen S. (1996): Migranten, Siedler, Flüchtlinge. Von der Massenauswanderung zur Festung Europa. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

- Schaeffer D., Ewers M. (Hrsg.) (2002): Ambulant vor stationär – Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Hans Huber, Bern.
- Schäffler A., Menche N., Bazlen U., Kommerell T. (2000): Pflege Heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. Urban & Fischer, München/Jena.
- Scharmitzer M. (2009): Interkulturelle Zusammenarbeit in Pflegeteams. Universität Wien, Wien.
- Scheib H. (1997): Ältere Migrantinnen und der Handlungsbedarf der kommunalen Altenarbeit/Altenhilfe. In: DRK-Dokumentation alter in der Fremd, fremd im Alter, Fachtagung, Bonn, 26-36.
- Scheibler P. (1998): Interkulturelle Kommunikation und Interaktion in der Krankenpflege als Thema psychologischer Gesundheitsförderung. In: PflGe, 3. Jg., Nr. 3., 22-24.
- Scheuregger D., Spier T. (2005): Working-class authoritarianism und die Wahl rechtspopulistischer Parteien. Eine ländervergleichende Untersuchung für Westeuropa. Politische Herausforderungen im Verhältnis von Bürgern und Politik. Aktuelle Fragen der Wahl- und Einstellungsforschung. Paper präsentiert auf der Tagung des Arbeitskreises "Wahlen und politische Einstellungen" der DVPW am 9./10. Juni 2005 in Mannheim, 26 Seiten. Universität Mannheim, Mannheim. <http://geser.net/gesleh/fs08par/Scheuregger.pdf> (23.01.2012).
- Schiller N. G., Basch L., Blanc-Szanton C. (1992): Transnationalism: A New Analytic Framework for Understanding Migration, http://manchester.academia.edu/NinaGlickSchiller/Papers/443633/Transnationalism_A_New_Analytic_Framework_for_Understanding_Migration (24.01.2012).
- Schilly J. (2011): Zara beobachtet Anstieg von Rassismus im Internet und gegen Kopftuchträgerinnen, Der Standard. <http://derstandard.at/1297820984792/Rassismus-Report-2010-Zara-beobachtet-Anstieg-von-Rassismus-im-Internet-und-gegen-Kopftuchtraegerinnen>, Rassismusbericht 2010 von Zara (21.03.2011)
- Schimany P. (2007): Migration und demographischer Wandel. Forschungsbericht 5. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), Nürnberg.
- Schinnerl N. (2011): Das Konzept Interkultureller Kompetenz in der Pflege. Eine Studie zur Selbsteinschätzung von Interkultureller Kompetenz bei diplomiertem Pflegepersonal mit und ohne Migrationshintergrund. Universität Wien, Wien.
- Schipfer R. K. (2005): Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich. Auswirkungen auf Regionen und Kommunen. Österreichisches Institut für Familienforschung, Nr. 51, Wien. www.sozialraum.at/files/schipfer_demogr.pdf (13.06.2012).
- Schlippe A., El Hachimi M., Jürgens G. (2003): Multikulturelle systemische Praxis. Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision. 1. Aufl. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg.
- Schmeltzl W. (1914): Der Wiener Hans Sachs. In: Triebnigg E. (Hrsg.): Eine Auslese seiner Werke mit Anmerkungen, Gerlach u. Wiedling, Wien.
- Schmid T. (2006): Zur Mobilität von Gesundheitspersonal. Fallbeispiel Mobile Pflege. In: Burger R. (Hrsg.): Economic and sociopolitical perspectives for health services in Central Europe. Health-regio Report, Gesundheitsmanagement OEG Verlag, Wien, 156-164.
- Schmid T. (2009): Hausbetreuung – Die Legalisierungs-Policy in Österreich. In: Larsen C., Joost A., Heid S. (Hrsg.): Illegale Beschäftigung in Europa, Die Situation in Privathaushalten älterer Personen, Rainer Hampp, München, 53-78.
- Schmid T., Prochazkova L. (2006): Möglichkeiten und Grenzen. Pflege und Betreuung im Spannungsfeld zwischen Nötigem, Wünschenswertem und Finanzierbarem. In: Soziale Sicherheit, November 2006, 454-464.
- Schmiderer S. (2008): Integration: Schlagwort – Zauberwort – hohles Wort. Eine historische und begriffliche Auseinandersetzung im Kontext der österreichischen Immigrationsgeschichte (1970 - 2005). Universität Wien, Wien.
- Schmitt B. (1992): Professionalisierungsprozesse und Frauenbeteiligung in der Informatik. In: Wetterer A. (Hrsg.): Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen, Campus, Frankfurt/New York, 145-156.
- Schmitz-Berning C. (1998): Vokabular des Nationalsozialismus. 1. Aufl. De Gruyter, Berlin.
- Schneider S. (2009): Gesundheits- und Belastungssituation von tschechischen und slowakischen Pflegekräften im Krankenhaus. Universität Wien, Wien.

- Schneider U., Trukeschitz B. (2005): Beschäftigung im österreichischen Nonprofit Sektor. Wirtschaftsuniversität Wien, Wien.
- Schneider V. (2004): Auswirkungen der Pflegemigration auf den Pflege- und Gesundheitsbereich in ausgewählten neuen EU-Mitgliedsstaaten. In: Volkshilfe Österreich (Hrsg.): Grenzenlose Pflege. (Tagungsdokumentation), Wien, 12-17.
- Schnepp W., Walter I. (Hrsg.) (2010): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl. Böhlau, Wien.
- Schön R., Sperlich E., Neumann T., Somlyay M. (2008): Betreuung daheim. Schritt für Schritt zur legalen Pflege. Manz, Wien.
- Schrader A. (1989): Migration. In: Endruweit G., Trommsdorff G. (Hrsg.): Wörterbuch der Soziologie. Enke, Stuttgart.
- Schröck R. (1997): Des Kaisers neue Kleider? Bedeutung der Pflege-theorien für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Dr. med. Mabuse, 1997, vol. 22, no. 107, 39-45.
- Schröter K. R. (2005): Das soziale Feld der Pflege. Juventa, Weinheim.
- Schröter K. R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Juventa, Weinheim.
- Schulorganisationsgesetz (1962): <http://www.hak-reutte.ac.at/bhak/ger/gesetze/downloads/schog.pdf> (15.05.2012).
- Schulte A. (1990): Multikulturelle Gesellschaft: Chance Ideologie oder Bedrohung? In: Politik und Zeitgeschichte, Band 23-24/90, S. 3-15.
- Schulz W., Weiss H. (2005): Ausländerfeindlichkeit und Neoliberalismus als Elemente populistischer Politik? Zum Wandel der Einstellungen der ÖsterreicherInnen zwischen 1998 und 2003. In: ÖPZ, 34 Jg. H. 4, 395-411.
- Schulze-Rostek K. (2002): Interkulturelle Aus- und Weiterbildung. Erfahrungen aus der Pflege. In: Hegemann T., Lenk-Neumann B. (Hrsg.): Interkulturelle Beratung: Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung, Berlin, 151-159.
- Seidl E. (1993): Betrifft: Pflegewissenschaft. Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin. Pflegewissenschaft heute, Band 1. Wilhelm Maudrich, Wien.
- Seidl E. (1993): Pflege im Wandel. Das soziale Umfeld der Pflege und seine historischen Wurzeln dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung, 2. Aufl. Wilhelm Maudrich, Wien.
- Seidl E., Walter I. (2010): Multikulturalität im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegeperson. In: Schnepp W., Walter I. (Hrsg.): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl, Böhlau, Wien/Köln/Weimar, 13-84.
- Simoens S., Villeneuve M., Hurst J. (2005): Tackling nurse shortage in OECD-countries. OECD Health Working Papers, No. 19. OECD Publishing, Paris.
- Simsa R., Schober C., Schober D. (2003): Personalmanagement und Arbeitszufriedenheit in Organisationen der Altenpflege und -beratung. Teilbericht des Forschungsprojektes "Beschäftigung im Nonprofit Sektor". NPO-Institut Wirtschaftsuniversität Wien, Wien.
- Simsa R., Schober C., Schober D. (2004): Nonprofit Organisationen im sozialen Dienstleistungsbereich - Rahmenbedingungen, Bedeutung, Perspektiven. Unveröffentlichter Projektbericht. NPO-Institut Wirtschaftsuniversität Wien, Wien.
- Sittler E., Kruft M. (2009): Handbuch Altenpflege, 3. Auflage. Elsevier, München
- Sozialgesetzbuch §14 Abs. 1 SGB XI. <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/15.html> (15.06.2012).
- Spencer H. (1867): Descriptive Sociology. D. Appleton and Company, New York
- Spicker I. (2001): Professionalisierung der Pflege. Die Sicht von Pflegenden in der Praxis. Eine qualitative Untersuchung zu Wahrnehmung und Einschätzung ausgewählter Professionalisierungsaspekte durch Pflegenden in Wien. Universität Wien, Wien.
- Stadler B., Wiedenhofer-Galik (2011): Dequalifizierung von MigrantInnen und Migranten am österreichischen Arbeitsmarkt. Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. In: Statistische Nachrichten 5/2011, 383-399
- Stalker P. (1994): The work of strangers: A survey of international labour migration. International Labour Office, Genf.
- Statistik Austria (2002): Standard-Dokumentation Metainformationen zur Statistik des Bevölkerungs-

- standes. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2005): Volkszählung. Erwerbspersonen nach beruflichen und wirtschaftlichen Merkmalen. Verlag Österreich GmbH, Wien.
- Statistik Austria (2009): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2009): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2010): Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2010): Bevölkerung seit 1869 nach Geschlecht bzw. breiten Altersgruppen. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2010): Bevölkerungsstand 1.1.2010. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2010): Bevölkerungsvorausschätzung 2010-2050 sowie Modellrechnung bis 2075 für Wien (Hauptszenario). Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2010): Demographisches Jahrbuch 2009. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2010): Migration & Integration, Zahlen. Daten. Indikatoren 2010. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2010): Österreichischer Zahlenspielgel 2010. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2010): Pflege- und Betreuungsdienste der Bundesländer 2010. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2010): Wanderungen nach und von Österreich nach In- und Ausländern 1961-2009. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2011): Personal in Krankenanstalten 2010 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2011): Bevölkerung am 1.1.2011 nach detaillierter Staatsangehörigkeit und Bundesland. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2011): Eingebürgerte Personen seit 2000 nach ausgewählten Merkmalen. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2011): Lebenserwartung bei der Geburt seit 1970 nach Bundesländern und Geschlecht. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2011): Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren 2011.
http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Service/STS/Web_Jahrbuch_72dpi.pdf (18.04.2012).
- Statistik Austria (2011): Migration & Integration, Zahlen. Daten. Indikatoren 2011.
http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Service/STS/Web_Jahrbuch_72dpi.pdf (18.04.2012).
- Statistik Austria (2011): Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2012): Arbeitsmarkt.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/arbeitsmarkt/index.html (17.06.2012).
- Statistik Austria (2012): Bevölkerung am 1.1.2012 nach detaillierter Staatsangehörigkeit und Bundesland. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2012): Bevölkerung.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html (17.06.2012).
- Statistik Austria (2012): Europäische Statistiken.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/europaeische_statistiken/index.html (17.06.2012).
- Statistik Austria (2012): Indikatoren zu Fertilität, Geburtenentwicklung und Kinderzahl seit 1961. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2012): Migration & Integration, Zahlen. Daten. Indikatoren 2012. Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2012): Pflege und Betreuungsdienste.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/pflege_und_betreuungsdienste/index.html (17.02.2012).
- Statistik Austria (2012): Pressemitteilung: 10.177-030/12.
http://www.statistik.at/web_de/presse/061801 (15.02.2012).
- Statistik Austria (2012): Soziales. www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/index.html (17.06.2012).
- Statistischer Jahresbericht für Migration und Integration 2011. Statistik Austria, Wien.

- Statistik Austria (o. A.): www.statistik.at (05.01.2012).
- Stemmer R. (2003): Pflegetheorien und Pflegeklassifikationen. In: *Pflege & Gesellschaft*. 8. Jg, Nr. 2/2003, 51-58.
- Stöcker G. (2004): Die neue Europäische Union - Pflegeausbildungen im Vergleich. In: DBfK: Pflegeausbildungen in der europäischen Union. www.dbfk.de/international/tab-pflege-eu2.pdf (17.03.2012).
- Stöcker G. (2004): Noch viel zu tun - Ausbildungen in den Pflegeberufen: Was trennt, was verbindet Europa? In: *Zeitschrift Heilberufe*, Heft 05/2004.
- Straubhaar T. (2002): Migration im 21. Jahrhundert. Von der Bedrohung zur Rettung der sozialen Marktwirtschaften? Mohr Siebeck, Tübingen.
- Stuck A. E., Walthert J. M., Nikolaus T., Büla C. J., Hohmann C., Beck J. C. (1999): Risk factors for functional decline in community living elderly people: a systematic literature review. In: *Social Science and Medicine*, 48, 445-469
- Suhrke A., Zolberg A. R. (1992): Jenseits der Flüchtlingskrise. Entspannung und dauerhafte Lösungen für die sich entwickelnde Welt. In: Blaschke J., Germershausen A. (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Studien über das Weltflüchtlingsproblem*. Opitz, Berlin.
- Tazi-Preve I., Kytir J., Lebhart G., Münz R. (1999): Bevölkerung in Österreich. Demographische Trends, politische Rahmenbedingungen, entwicklungspolitische Aspekte. ÖAW, Wien.
- Theobald H. (2009): Pflegepolitiken, Fürsorgearrangements und Migration. In: Larsen C., Joost A., Heid S. (Hrsg.): *Illegale Beschäftigung in Europa, Die Situation in Privathaushalten älterer Personen*, Rainer Hampp, München/Mering, 28-38.
- Thomas A. (2003/2005): Theoretische Grundlagen interkultureller Kommunikation und Kooperation. In: Thomas A., Kinast E.-U., Schroll-Machl S. (Hrsg.) (2003/2005): *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kooperation*, Band 1: Grundlagen und Praxisfelder, Band 2: Länder, Kulturen und interkulturelle Berufstätigkeit. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Timonen V., Doyle M. (2010): Migrant Care Workers' Relationships with Care Recipients, Colleagues and Employers. In: *European Journal of Women's Studies*, Nr. 1, 25-41.
- Treibel A. (1990): Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit. Juventa, Weinheim.
- Treibel A. (1999): Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. 2. Aufl. Juventa, Weinheim.
- Treibel A. (2008): Migration in modernen Gesellschaften – soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. Juventus, München.
- Triandis H. C. (1989): The self and social behavior in differing cultural contexts. In: *Psychological Review*, Vol. 96, No. 3, 506-520.
- Tuma E., Müllebn G. (2000): Bewohnerorientierung aus der Sicht der Altenpflege. In: Kozon V., Fortner N. (Hrsg.): *Gegenwart und Perspektiven der Pflege*, ÖGVP Verlag, Wien, 127-138.
- Tylor E. B. (1903): *Primitive Culture*. Bd. 1 u. 2. 4. Murray, London.
- Uhl H. (2001): Das „erste Opfer“. Der österreichische Opfermythos und seine Transformationen in der Zweiten Republik. In: *ÖZP* 1, 2001, 19-34.
- Ungerson C. (1997): Social Politics and the Commodification of Care. In: *Social Politics*, vol. 4, no 3, 362-381.
- UNHCR, dtv-Atlas Weltgeschichte, Knaurs Historischer Weltatlas
- United Nations (1998): Recommendations on Statistics of International Migration: Revisional, Statistical Papers, No. 58, rev. 1.
- Uzarewicz C. (2002): Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege. Kurzbeschreibung. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bonn.
- Verworner H. (1998): Transkulturelle Pflege/interkulturelle Pflege. In: *Österreichische Krankenpflegezeitschrift*, 51.Jg, 1998, Nr. 12, 22-24.
- Voigt G., Praez-Johnsen H. (2001): Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus - Zur Verständigung zwischen Pflegenden und MigrantenpatientInnen am Beispiel von Angehörigen. In: *Pflege*, 6. Jg., Nr. 2., 45-50.
- Von den Driesch K. (2000): Interkulturalität in der Krankenpflege. Ansätze zu einem Handbuch für Lehrende in der Aus- und Fortbildung. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg.

- Von den Steinen K. (1890): Durch die Kulturbrille. In: Das Ausland, 692-695.
- Von Löffelholz, H. D. (2010): Migration und demographischer Wandel aus ökonomischer Perspektive. In: Luft S., Schimany P. (Hrsg.): Integration von Zuwanderern. Erfahrungen, Konzepte, Perspektiven, Transcript, Bielefeld, 211-242.
- Vujcic M., Zurn P., Diallo K., Adams O., Dal Poz M. (2004): The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. In: Human Resources for Health, 2004, Vol. 2, No. 3.
- Wagner U., A. Zick, R. Van Dick (2002): Die Möglichkeit interpersonaler und massenmedialer Beeinflussung von Vorurteilen. In: Boehnke K., Fuß D., Hagan J. (Hrsg.): Jugendgewalt und Rechtsextremismus. Soziologische und psychologische Analysen in internationaler Perspektive, Juventa, Weinheim, 225-238.
- Wagner, M. (1989): Räumliche Mobilität im Lebensverlauf: Eine empirische Untersuchung sozialer Bedingungen der Migration. Enke, Stuttgart.
- Walter I. (2003): Zur Entstehung der beruflichen Krankenpflege in Österreich. In: Historicum Frühling 2003 Medizin I, 22-29.
- Walter I. (2011): Ausländische Vorbilder für die österreichische Pflege – drei Beispiele für Erfolge und Misserfolge. In: Kozon V., Seidl E., Walter I. (Hrsg.): Geschichte der Pflege – der Blick über die Grenze Wien, ÖGVP-Verlag, Wien, 33-49.
- Waltereit A. (2010): Vergleich: Wehrpflicht vs. Berufsarmee in Europa, Arte Journal, dpa/afp. www.arte.tv/de/3115422,CmC=3115782.html (13.02.2012).
- Wandeler E., Hansen R. (2008): „Der Arbeitsplatz Heim wird unter seinem Wert gehandelt“. In: CURAVIVA 1/2008, 1-5.
- Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D. D. (1969): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Hans Huber, Bern.
- Weidner F. (2003): Pflegewissenschaft ist eine Notwendigkeit. In: Pflege Aktuell, 56, 1, 22–26.
- Weiss H. (2000): Alte und neue Minderheiten. Zum Einstellungswandel in Österreich (1984-1998). In: SWS-Rundschau, Heft 1/2000, 25-42
- Weiss H., Strodl R. (2003): Das Thema „EU-Osterweiterung“ in Österreich und seinen nord- und süd-östliche Grenzregionen. Zur Wirksamkeit kollektiver Identitäten. In: SWS-Rundschau (43. Jg.) Heft 2/2003, 233-255.
- Weiss R. (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Seismo, Zürich.
- Welsch W. (1999): Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Mainzer Universitätsgespräch, Sommersemester 1998, Interkulturalität – Grundprobleme der Kulturbegrenzung, Mainz, 45-72.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1995): Pflege im Aufbruch und Wandel, München.
- Wenning N. (1996): Migration in Deutschland. Ein Überblick. Waxmann, Münster/New York.
- WENR (2004): Workgroup of European Nurse Researchers. <http://www.wenr.org/index.php?id=334> (27.03.2012).
- Werbner P., Modood T. (Hrsg) (1997): Debating Cultural Hybridity. Multicultural Identities and the Politics of Anti-racism. London/New Jersey.
- 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> (05.05.2012).
- Wicker H.-R. (2007): Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel. In: Domenig D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, Hans Huber, Bern, 49-66.
- wien.at (2011): Gesundheit & Pflege. www.wien.gv.at/amtshelfer/gesundheits/fsw/unterstuetzung/pflegeheimanmeldung.html (12.11.2011).
- wien.orf.at (2011): Pflegeberuf für viele kein „Traumjob“. <http://wien.orf.at/news/stories/2503164/> (26.09.2011).
- Wiener Krankenanstaltenverbund (2011): Aus- und Fortbildung. www.wienkav.at/kav/ausbildung/bildung.asp (12.11.2011).

- Wiener Sozialdienste (2011): Ausbildung- und Weiterbildung. www.wiso.or.at (12.11.2011).
- Wiener Zeitung (o.A.) (2010): Einbürgerung sollte erleichtert werden, Ohne Migranten kein Aufschwung. www.oecd.org/dataoecd/57/8/45642328.pdf (13.7.2010).
- Wild M. (2002): Ambulant vor stationär? - Quo vadis? In: Österreichische Pflegezeitschrift, 55, 5, 22-26.
- Wilms H.-U., Riedel-Heller S. G., Busse A., Angermeyer M.C. (2001): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter in den neuen Bundesländern: Ergebnisse aus der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34, 348-355.
- Winkel R. (2006): Die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur. In: Gans P., Schmitz-Veltin A. (Hrsg.): Demographische Trends in Deutschland, Folgen für Städte und Regionen, Räumliche Konsequenzen des demographischen Wandels, Teil 6.
- Winkler R., Rottenhofer I., Pochobradsky E., Riess G. (2006): Österreichischer Pflegebericht. Endbericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien
- Wittmann M. (2005): Kommentar: pflegeberuf für viele migrantInnen nicht nur traumjob sondern auch berufung. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. Pressemeldung: Ausgabe 03/2005. www.oegkv.org (18.04.2012).
- WKÖ (2008): Zuwanderung gestalten. Ein zukunftsorientiertes Migrationsmodell. WKÖ, Wien.
- WKO (2009): Kollektivvertrag für die Dienstnehmer der Privatkrankenanstalten. WKÖ, Wien.
- WKÖ (2011): Die Rot-Weiß-Rot-Karte ab 1.7.2011. Steigerung der Attraktivität Österreichs für qualifizierte Zuwanderer. http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?angid=1&stid=614834&dstdid=0, (12.05.2011).
- Wöhlcke M. (2001): Grenzüberschreitende Migration als Gegenstand internationaler Politik. In: Politik und Zeitgeschichte 2001. <http://www.bpb.de/files/4DZD2C.pdf> (25.05.2012), 31-39.
- Wolf A. (2003): Rahmenbedingungen belasten die Gesundheit der Beschäftigten. In: Soziale Sicherheit, 57, 01, S. 1/forum prävention-IV/forum prävention.
- Wolf A. (2004): Rahmenbedingungen belasten die Gesundheit der Beschäftigten. In: Österreichische Krankenhauszeitung, 45, 1-2, 12-15.
- Wollner E. (1996): Auf dem Weg zur sozialpartnerschaftlich regulierten Ausländerbeschäftigung in Österreich. Die Reform der Ausländerbeschäftigung der Anwerbung bis Ende der 1960er Jahre. Universität Wien, Wien.
- Zegelin-Abt A. (1997): Sprache und Pflege. Ullstein Mosby, Berlin.
- Zick A., Wagner U., Van Dick R., Petzel T. (2001): Acculturation and Prejudice in Germany: Majority and Minority Perspectives. In: Journal of Social Issues, 57 (3), 541-557.
- Zielke-Nadkarni A. (2007): Gesundheit- und Krankheitskonzepte. In: Domenig D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Hans Huber, Bern, 191-204.
- Ziemske B. (1995): Die deutsche Staatsangehörigkeit nach dem Grundgesetz. Duncker und Humblot, Berlin.

16. Curriculum Vitae

- Name: Gerald Thalhammer
- Geburtsdatum: 9. Juni 1985
- Geburtstort: Steyr (OÖ)
- Nationalität: Österreich



AUSBILDUNG

- WS 2005/06: Immatrikulation an der Universität Wien und WU Wien, Studium der Pflegewissenschaften
- Präsenzdienst
- 1999-2004: Handelsakademie Steyr (OÖ)
- 1995-1999: Hauptschule Großraming (OÖ)
- 1991-1995: Volksschule Großraming (OÖ)

SPRACHEN

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