



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Psychosoziale Gesundheit von Pflegepersonen
mit Migrationshintergrund“

Verfasserin

Astrid Aigner

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

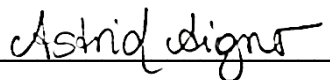
Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin: Mag. Dr. Ursula Karl-Trummer, MSc

I. Eidesstattliche Erklärung

Ich, Astrid Aigner, versichere hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe und anderer Hilfsmittel verfasst habe, andere als die angeführten Quellen nicht verwendet habe und die verwendeten Literaturquellen als solche im Literaturverzeichnis vermerkt habe.

Wien, Oktober 2012



Unterschrift

II. Danksagung

Ich möchte mich recht herzlich bei meiner Familie, die mir das Studium ermöglicht und mich dabei tatkräftig unterstützt hat, bedanken. Danke Luise, Sabine und Karl Aigner!

Ebenfalls bedanke ich mich bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin Mag. Dr. Ursula Karl-Trummer MSc für die Unterstützung und Beratung.

Eine große Stütze waren ebenfalls meine Freundinnen, die mir immer Mut zugesprochen haben! Danke Karin, Antonia, Magdalena, Ingeborg und Kathrin!

Recht herzlicher Dank gilt auch meiner Schwester Beatrix Aigner-Köfinger & Co. für das Korrekturlesen.

Danke auch meinen Interviewpartnerinnen des OSS!

III. Abstract

Diese Diplomarbeit behandelt das Thema *„Psychosoziale Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund“*. Der Hauptaspekt liegt auf den Einflussfaktoren auf die psychosoziale Gesundheit dieser spezifischen Berufsgruppe. Zu diesen Einflussfaktoren zählen: die Art der Migration der Weg zur Eingliederung in die neue Gesellschaft und die Wichtigkeit von sozialen Netzwerken sowie des Sozialkapitals im Beruf und im Privaten. Sozialkapital stellt die Summe an persönlichen Ressourcen dar, die aus den Netzen sozialer Beziehungen stammen. Zusätzlich wurden psychische Auffälligkeiten/Symptome recherchiert, die sich bei einem Mangel an psychologischer Gesundheit zeigen können. Zusätzlich wurden vier Interviews mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen des Orthopädischen Spitals Speising geführt. Die Interviewteilnehmerinnen stammten aus Polen, Bulgarien, Mazedonien und Deutschland. Die Ergebnisse wurden mittels der qualitativen Methode nach Mayring (vgl. Mayring, Philipp (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken analysiert. Diese kleine Stichprobe zeigt insgesamt, dass - zumindest laut Aussage der Teilnehmerinnen - keine schwerwiegenden psychologischen Gesundheitsprobleme bestehen. Im Allgemeinen wurde die Eingliederung aber als *„nicht einfach“* empfunden. Vor allem das Knüpfen von Kontakten, das Erlernen einer neuen Sprache sowie das Bewältigen der Distanz zum Heimatland, erwiesen sich als markante Punkte.

Diese Diplomarbeit soll einen Anstoß für weitere Untersuchungen geben. Psychosoziale Gesundheit ist allgemein, besonders aber für das Zusammenleben als auch für das Zusammenarbeiten von Pflegekräften ein wichtiger Faktor. Nur Personen, die mit ihren Mitmenschen und der Umwelt im Einklang sind, können einen guten Umgang mit Patienten gewährleisten. Nur mit ihnen ist man auch in der Lage, die Pflegequalität weiter zu steigern.

This diploma thesis deals with the topic *„Psychological Health of Nurses with Migration Background“*. The main aspect is focused on the psychological influencing factors of this occupation group. Among these influencing factors there are: the type of migration background, the integration into the new society and the importance of social networks and social capital in matters of private and business. Additionally, psychological abnormalities/symptoms were researched, which can occur along with a lack of psychological health. Consequently, four personal interviews were conducted with qualified nurses employed at the Orthopaedic Hospital Speising. The participants come from Poland, Germany, Bulgaria and Macedonia.

The results were analysed by the qualitative content analysis of Mayring. According to the statements of the interviewees, this small sample shows that serious problems with psychological health do not exist. Generally, integration (into the new country) has been experienced as a difficult process by these nurses. Especially socializing with local people, learning a new language and coping with the distance to their home countries seemed to be striking points. All in all, this diploma thesis should be an inducement for further investigations. Psychosocial health is important for working and living together. Only a person, who is in harmony with its fellow men and the environment, is able to deal with patients in an appropriate and better way. Moreover, the quality of care may be increased by psychosocial health.

IV. Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Problematik.....	1
1.1. Einleitung	1
1.2. Aufbau der Arbeit.....	3
1.3. Vorgehensweise	3
1.4. Forschungsfrage.....	4
1.5. Ziel der Arbeit	4
1.6. Modell der Fragestellung der Diplomarbeit	5
2. Begrifflichkeiten.....	7
2.1. Migration	7
2.2. Multikulturalität, Interkulturalität und Transkulturalität	8
2.3. Sozialkapital.....	9
2.4. Nostrifikation	11
2.5. Soziales Netzwerk	11
2.6. Gesundheit	12
2.6.1. Allgemeine Definition	12
2.6.2. Definition von psychosozialer Gesundheit	13
3. Migration im Gesundheitsbereich.....	15
3.1. Internationale Migration	15
3.2. Migrationstrends in Österreich.....	17
3.3. Motive der Migration	18
3.3.1. Push- und Pull-Faktoren	18
3.3.2. Formen der Migration	20
4. Interkulturelle Pflegesituation in Österreich.....	23
4.1. Interkulturelle Kompetenz von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund	23
4.2. Multikulturelle Pflege- und Betreuungsteams	24
4.3. Möglichkeiten und Herausforderungen von multikulturellen Pflegekräften	27
4.3.1. Übersetzen im Pflegebereich	28
4.3.2. Diversity Management im Gesundheitswesen	29
5. Soziale Netzwerke und Sozialkapital im Leben von Pflegekräfte mit Migrationsh.....	31
5.1. Aspekte des Sozialkapitals	31
5.2. Rolle der sozialen Netzwerke	33
5.3. Förderung des Sozialkapitals und der sozialen Vernetzung	34

6. Faktoren für die Psychosoziale Gesundheit bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund – Allgemeine Fakten	39
6.1. <i>Lifecourse Epidemiology</i> - Modell.....	41
6.2. Relevanter Einflussfaktor Migrationshintergrund.....	42
6.2.1. Psychologische Phasen von Migration.....	42
6.2.2. Heimweh-Reaktion	44
6.2.3. Identitätsentwicklung	44
6.2.4. Rassismus	45
6.2.5. Kulturschock	46
6.2.6. Marginalisierung	48
6.2.7. Sprachprobleme	49
6.2.8. Fremdsein	50
6.3. Relevante Einflussfaktoren im beruflichen Umfeld.....	51
6.3.1. Patient.....	52
6.3.2. Arzt.....	52
6.3.3. Vorgesetzte.....	53
6.3.4. Mitarbeiter/Kollegen.....	53
6.3.5. Arbeitsumgebung.....	54
6.4. Relevante Einflussfaktoren im privaten Umfeld.....	55
6.4.1. Familie, Kinder und Freundeskreis.....	55
6.4.2. Organisationen/Vereine	56
6.5. Folgen und Auswirkungen von psychischer Belastung bei Migration	57
6.5.1. Heimweh- und Entwurzelungssyndrom	58
6.5.2. Angst und Depression	59
6.5.3. Paranoia und Schizophrenie	59
6.5.4. Posttraumatische Belastungsstörung	60
 7. Psychosoziale Gesundheit von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund – Methodik ...	 63
7.1. Forschungsablauf	63
7.2. Stichprobe und Forschungsfeld.....	64
7.3. Erhebungsmethode – Das qualitative Interview	65
7.4. Auswertungsmethode – Inhaltsanalyse nach Mayring	66
7.4.1. Inhaltliche Strukturierung	68
7.4.2. Kategorien	68
 8. Zusammenfassung der Interviews	 69
8.1. Interview V	69
8.2. Interview Z	69

8.3.	Interview A	70
8.4.	Interview R	70
9.	Deskriptive Darstellung der Ergebnisse	71
9.1.	Untersuchungsziel und Fragestellung - Übersicht.....	71
9.2.	Allgemeine Charakteristik der Daten	72
9.2.1.	Kategorie A Push/Pull Migrationshintergrund.....	74
9.2.2.	Kategorie B Ausbildung	76
9.2.3.	Kategorie C Arbeit	80
9.2.4.	Kategorie D Lebenswelt	86
9.2.5.	Kategorie E Ausblick.....	90
9.3.	Ergebnisse zu den Forschungsfragen	93
9.3.1.	Psychosoziale Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund	93
9.3.2.	Einflussfaktoren der psychosozialen Gesundheit.....	93
9.3.3.	Integration in die Aufnahmegesellschaft.....	96
9.3.4.	Soziale Netzwerke und Sozialkapital.....	97
9.3.5.	Psychische Erkrankungen	99
10.	Ausblick.....	101
11.	Zusammenfassung	103
12.	Literaturverzeichnis	105
13.	Abbildungsverzeichnis und Tabellenverzeichnis	113
14.	Anhang	115
14.1.	Lebenslauf	115
14.2.	Interviewleitfaden.....	117

1. Hintergrund und Problematik

1.1. Einleitung

Krankenhäuser, Pflegeheime und andere Gesundheitsinstitutionen werden aufgrund der multiethnischen Zusammensetzung von Patienten als auch Pflegekräften immer mehr zu Zentren kultureller Vielfalt. Pflegerinnen und Pfleger mit Migrationshintergrund leisten einen wichtigen Beitrag zum österreichischen Gesundheitssystem, das in Zukunft von einem dramatischen demografischen Wandel betroffen sein wird. Nur mit der Hilfe von "ausländischem" Pflegepersonal wird es möglich sein, eine von drastischer Überalterung betroffene Gesellschaft ausreichend pflegerisch bzw. medizinisch zu versorgen. (vgl. LENTHE, 2011, S.133)

Die Beliebtheit Österreichs als Einwanderungsland ergibt sich aus vielerlei Tatsachen. Die Gründe reichen von höheren Verdienstmöglichkeiten bis hin zu besseren Arbeits- und Lebensbedingungen. Pflegepersonal aus weit entfernten Ländern wie den Philippinen, Indien aber auch aus europäischen Ländern wie Tschechien, Polen oder der Slowakei stellt den österreichischen Gesundheitseinrichtungen deshalb seine Arbeitskraft zur Verfügung.

Mehr und mehr werden dadurch im Pflgeteam kulturelle Brücken gebildet. Multikulturelle Beziehungen werden immer wichtiger und sollten gefördert werden. Diese Beziehungen zeigen sich im Pflegealltag in der guten interkulturellen Zusammenarbeit.

Ulrike Lehnte, eine Pflegeforscherin und Autorin des Buches „*Transkulturelle Pflege*“ (2011) meint: *„wenn Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft in einem Team zusammenarbeiten, müssen sie vor allem über ein hohes Maß an Toleranz gegenüber anderen Denk- und Sprechweisen, Wertvorstellungen und Verhaltensweisen verfügen.“* (LENTHE, 2011, S. 141) Ebenfalls spielt das Vertrauen zu seinen Arbeitskollegen eine entscheidende Rolle, denn es ist wichtig *„den anderen in seiner Art und Weise nicht nur gelten zu lassen, sondern ihm dies auch zu signalisieren, schlägt verbindende Brücken über alle bestehenden kulturellen Unterschiede hinweg.“* (EBD.)

Diese Zusammenarbeit ist von weiteren Faktoren abhängig. Einen wesentlichen Faktor stellt dabei die psychosoziale Interaktion und das Wohlbefinden der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund dar, dem in dieser Diplomarbeit besondere Bedeutung zugemessen wird. Die Basis der psychosozialen Gesundheit wurzelt im zwischenmenschlichen Bereich. Menschen brauchen soziale Anlaufstellen, Freunde, Verwandte und Vertrauenspersonen, um mit Geist und Körper in Einklang zu sein.

Das folgende Zitat aus einer österreichischen Tageszeitung fasst die Problematik gut zusammen:

„Einwanderung kann eine große persönliche Chance darstellen. Das Verlassen der Heimat und die Anpassung an das Aufnahmeland können aber auch zu großen Belastungen führen, und der seelische Stress sowie Diskriminierung sind Risikofaktoren für psychische Erkrankungen.“(STANDARD.AT:<http://derstandard.at/1289608818565/Integrationshindernis-Seelische-Gesundheit-und-Migration>, 12.3.2012) Dieser Artikel zeigt, dass es zumindest teilweise ein Bewusstsein für diese Problemstellung gibt.

Ausgangspunkt für diese Diplomarbeit war aber eine Studie der Universität Wien und der Donau-Universität Krems zum Thema *„Migrant Nursing Study“*, die 2010 veröffentlicht worden ist. Diese untersuchte fortlaufend Migrationserfahrungen und Arbeitssituationen von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in österreichischen Krankenhäusern. Die Verfasserinnen sind Dr. Ursula Karl-Trummer, Dr. Sonja Novak-Zezula, Astrid Glatz und Birgit Metzler. Zusätzlich weckte der Artikel *„Zweimal bitte und dann hat sie schon keine Geduld mehr“*, in dem Erfahrungen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in österreichischen Pflegeeinrichtungen beschrieben wird, weiteres Interesse an der Thematik. (vgl. TRUMMER, NOVAK-ZEZULA, GLATZ, METZLER, 2010)

Zudem gab auch ein Praktikum im Bereich der Pflege im orthopädischen Spital Speising einen hervorragenden Einblick in die Zusammenarbeit von interkulturellen bzw. multikulturellen Pflegeteams und ihre Lebenswelt. Dabei wurde in dem einen oder anderen Gespräch mit den dort zuständigen Pflegepersonen der Grundstein dieser Diplomarbeit gelegt.

1.2. Aufbau der Arbeit

Die Diplomarbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Zunächst wird die Forschungsfrage sowie die Problematik erklärt. Anschließend wird auf den aktuellen Forschungsstand eingegangen. Das zweite Kapitel beinhaltet relevante Definitionen sowie Begrifflichkeiten, um einen Überblick über die Grundaspekte der Diplomarbeit zu geben. Das dritte Kapitel beschäftigt sich grundsätzlich mit Migration im Pflegebereich. Hierzu werden Daten und Fakten zur aktuellen Situation in Österreich und in Europa angegeben. Weiters werden Push- und Pull-Faktoren, die für eine Auswanderung ausschlaggebend sind, angeführt.

Im darauffolgenden Abschnitt (4. Kapitel) werden die interkulturelle Pflegesituation in Österreich und Begriffe wie „*interkulturelle Kompetenz*“ sowie unter anderem das „*multikulturelle Pflegeteam*“ näher erläutert. Das fünfte Kapitel der Diplomarbeit beschäftigt sich schließlich mit dem Sozialkapital und im Speziellen mit der Rolle der sozialen Netzwerke im Leben einer Pflegeperson mit Migrationshintergrund. Im letzten theoretischen Teil (6. Kapitel) wird der Fokus auf die psychosoziale Gesundheit und ihre Belastungsfaktoren im beruflichen, privaten und sozialen Leben gelegt.

Im empirischen Teil wird zunächst auf die Methodik eingegangen und anschließend werden die mit Pflegepersonen geführten Interviews präsentiert. Es folgen Ausschnitte aus dem Transkriptionsmaterial und die Analyse der Daten. Zum Schluss werden die Ergebnisse zusammengefasst, Forschungsfragen beantwortet sowie Empfehlungen für die Praxis abgegeben.

1.3. Vorgehensweise

Als erster Schritt wurde eine umfassende Literaturrecherche in der Wiener Stadtbibliothek, der Pflegebibliothek Rudolfinerhaus, und die Universitätsbibliothek Wien sowie in den Onlinedatenbanken (PubMed, MEDLINE, etc.) durchgeführt, wobei englisch- und deutschsprachige Literaturquellen gefunden und gesammelt wurden. Die gefundene Literatur erlaubte einen guten Einblick in die Thematik. Je spezifischer jedoch gesucht wurde, desto schwieriger wurde es, passende Literatur zu finden. Es wurde deutlich, dass es rund um diese Thematik noch zahlreiche Forschungslücken gibt. Nichtsdestotrotz konnten einige für die Diplomarbeit nützliche Artikel und relevante Bücher analysiert und synthetisiert werden.

In weiterer Folge erschlossen sich durch Interviews mit Pflegepersonen mit Migrationshintergrund neue Quellen. Diese Interviews dienten dazu, einen Eindruck vom

Leben, der psychosozialen Gesundheit, dem ethnischen Hintergrund, dem sozialem Umfeld und beruflichen Alltag zu erhalten. Als interviewte Personen dienten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund aus einer Station des Orthopädischen Spitals Speising in Wien Hietzing.

Die gesammelten Daten wurden mittels eines qualitativen Interviewleitfadens erfasst und anschließend nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dazu stand ein halbstrukturierter qualitativer Interviewleitfaden von „*Migrant Nurse Study, Vienna*“ (KARL-TRUMMER, NOVAK-ZEZULA, 2011) zur Verfügung. Die Auswertung der Daten erfolgte nachdem alle Daten erfasst worden waren.

1.4. Forschungsfrage

Die Hauptfragestellung lautet: *„In welcher Verfassung befindet sich der psychosoziale Gesundheitszustand von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund?“*

Aus dieser Hauptfragestellung leiten sich folgende weiteren Fragen ab:

- Welche Einflussfaktoren spielen bei der psychosozialen Gesundheit von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund eine Rolle?
- Inwiefern spielt der Migrationshintergrund bei der psychosozialen Gesundheit von Pflegepersonen eine Rolle?
- Wie erleben Pflegepersonen mit Migrationshintergrund die Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft?
- Wie wichtig sind Familie, Freunde und soziale Netzwerke für Pflegepersonen mit Migrationshintergrund?
- Welche Arten von psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen können bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in der Aufnahmegesellschaft auftreten?

1.5. Ziel der Arbeit

Diese Arbeit hat zum Ziel, darzustellen, welche Faktoren Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund nehmen. Sie soll einen Einblick in das Leben dieser Menschen geben und darstellen, mit welchen Schwierigkeiten und Herausforderungen diese im Zuge ihrer Migration und Anpassung an die neuen Lebens- und Arbeitsbedingungen konfrontiert worden sind. Welche Probleme gab es zu bewältigen? Welche (positiven und negativen) Erfahrungen wurden im privaten und öffentlichen Sektor gemacht?

1.6. Grafische Darstellung der Fragestellung der Diplomarbeit

Zur besseren Veranschaulichung der Fragestellung wurde ein grafisches Modell erstellt.

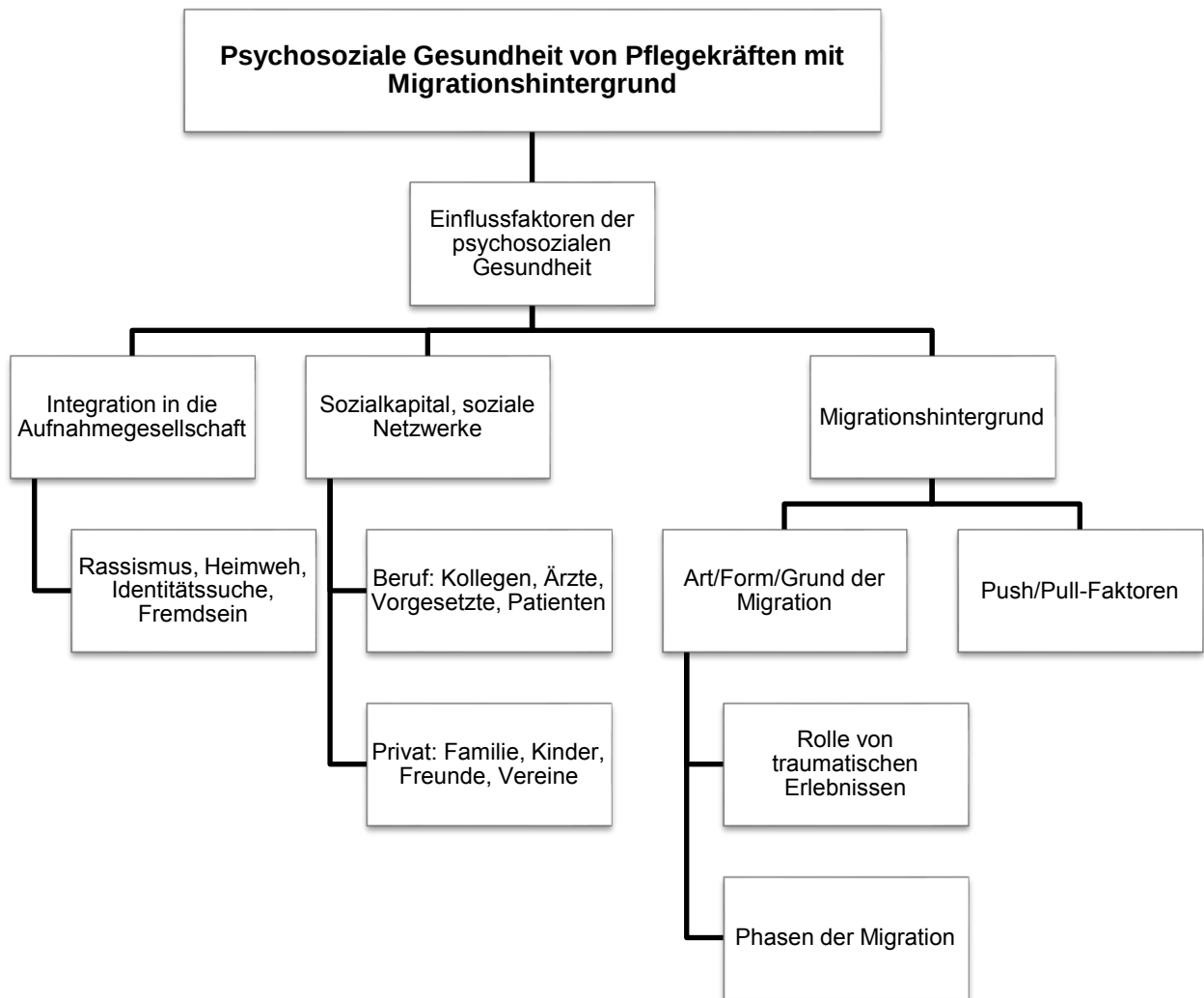


Abb. 1. GRAFISCHE DARSTELLUNG DER FRAGESTELLUNG DER DIPLOMARBEIT

Die psychosoziale Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Die „*Integration in die Aufnahmegesellschaft*“ ist verbunden mit den Erfahrungen, die im Aufnahmeland hinsichtlich Rassismus, Heimweh, der Identitätssuche und des Fremdseins gemacht wurden. Das Sozialkapital und die sozialen Netzwerke sind wichtig für die Eingewöhnung im beruflichen und im privaten Umfeld. Letztlich ist die Art und Weise der Migration ausschlaggebend.

2. Begrifflichkeiten

Die wichtigsten Begriffe, auf die in der Arbeit immer wieder Bezug genommen wird, sollen hier erklärt werden.

2.1. Migration

Das Wort „*Migration*“ stammt aus der lateinischen Sprache und leitet sich vom Verb „*migrare*“ (auswandern) sowie vom lateinischen Hauptwort „*migratio*“ (die Auswanderung) ab. Aufgrund der Migrationsforschung, deren Ursprung in England liegt, hat sich diese Begrifflichkeit auch in unserem Sprachraum eingebürgert und wird seither in der deutschen Alltags- und Wissenschaftssprache angewendet. Der Begriff Migration ist komplex und wird von vielen Wissenschaftszweigen als Forschungsgegenstand genutzt. Jeder Wissenschaftszweig versucht auf seine Weise, Definitionen und Erläuterungen zu entwickeln.

Die Betrachtungsweise des Begriffes „*Migration*“ ist sehr vielschichtig und man versucht, diesen mittels diversen Typologien zu erfassen. Diese setzen sich mit dem räumlichen und dem zeitlichen Aspekt auseinander. Unter dem räumlichen Aspekt wird die Binnenwanderung vom Land in die Stadt und die internationale Wanderung verstanden. Der zeitliche Aspekt hingegen gliedert sich in temporäre Wanderung wie Saisonarbeit, Gastarbeit oder Flucht und in die permanente Wanderung. Die Anzahl der Migranten wird in Einzel-, Gruppen- und Massenwanderung gegliedert.

Eine tragende Rolle spielt der Grund für die Einwanderung. Hierbei unterscheidet man zwischen freiwilliger und gezwungener Wanderung. Zur freiwilligen Einwanderung zählen Arbeitsmigration oder Studienaufenthalte. Eine gezwungene Einwanderung stellen Flucht, Vertreibung oder sogar Verschleppung dar.

Darüber hinaus ist die sogenannte „*Multikausalität*“ ein wichtiger Punkt der Migration. Sie beruht häufig auf einer Verkettung von Ursachen. Diese können demografischer, wirtschaftlicher, kultureller, politischer, religiöser und ethnischer Natur sein. Der Migrationsvorgang ist als individuelles Geschehnis zu verstehen, bei dem alle Facetten des Migrationsvorgangs ins Auge gefasst werden sollten. (vgl. LENTHE, 2011, S. 84-85)

Die Definition des Begriffs „*Migrationshintergrund*“ wurde der Statistik Austria aus den „*Recommendations for the 2010 census of population and housing*“ von der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) entnommen:

„Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in weiterer Folge in Migrantinnen und Migranten der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Zuwanderer der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern.“ (STATISTIK AUSTRIA:http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html, 12.4.2012)

2008 lebten etwa 1,427 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich. Hierzu werden Migranten der ersten und zweiten Generation gezählt. Migranten der ersten Generation sind Personen, die im Ausland geboren wurden und deren Eltern in ihrem Heimatland leben. Migranten der zweiten Generation sind in Österreich geboren, die Eltern stammen aber aus dem Ausland. Schon seit den 1950er-Jahren wird der Begriff „Migrationshintergrund“ für eingewanderte Personen und deren Nachkommen verwendet. (vgl. PILLWEIN, 2010, S.59)

2.2. Multikulturalität, Interkulturalität und Transkulturalität

Grundsätzlich gibt es drei Begriffe, die bei der Thematik Migration unterschieden werden müssen. Diese sind

- Transkulturalität
- Interkulturalität und
- Multikulturalität.

Unter dem Begriff Interkulturalität versteht man das Resultat aus Kommunikation und Interaktion von zwei oder mehreren Kulturen. Dabei behält jede einzelne Kultur ihre Identität. (vgl. LENTHE, 2011, S. 14)

Der Begriff Transkulturalität wurde erstmals im Jahr 1940 vom Kubaner Fernando Ortiz in seiner soziologischen Studie *"Contrapunteo Cubano del Tabaco y el Azúcar"* erwähnt. (vgl. NEUENDORFF, SCHMIDT, 2007, S. 51-52) Transkulturalität ist eine wissensbasierte und universale Fähigkeit, die Eigenheiten einer anderen Kultur zu registrieren und sie mit der eigenen Kultur gleichzusetzen. Im Vergleich haben beide Kulturen - die Fremde und die Eigene - den gleichen Stellenwert. Im Idealfall handelt man dabei in jeder Kultur adäquat, empathisch, dialogisch und integrativ. (vgl. LENTHE, 2011, S. 14)

Zusammengefasst steht Transkulturalität für ein Konzept, das über die eigenen kulturellen Grenzen hinausgeht, ohne dabei die eigene persönliche Kultur zu vernachlässigen. Sie

vereint Berührungspunkte, Gegensätze und Ähnlichkeiten miteinander. (vgl. LENTHE, 2011, S. 15)

In dieser Diplomarbeit wird ebenfalls vermehrt auf den Begriff der Multikulturalität eingegangen. *Duden online* definiert Multikulturalität als „*Das Vorhandensein von Einflüssen mehrerer Kulturen; kulturelle Vielfalt.*“

(DUDEN ONLINE: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Multikulturalitaet>, 12.1.2012)

Das Eigenschaftswort „*multikulturell*“ beschreibt einen Zustand der Gesellschaft. Dieser ist dadurch gekennzeichnet, dass verschiedene Gesellschaften mit verschiedenen Kulturen nebeneinander oder miteinander leben. (vgl. LENTHE, 2011, S.14) Aufgrund der Globalisierung haben sich viele multikulturelle Gesellschaften gebildet. Diese multikulturellen Gesellschaften bestehen aus Menschen mit verschiedener Nationalität, Religiosität, Kultur und ethnischer Herkunft. (vgl. YOUSEFI, BRAUN, 2011, S. 105) Besondere Bedeutung erhält der Begriff Multikulturalität im Gesundheitswesen. Im Pflegebereich gibt es die Bezeichnung des multikulturellen Teams. Das ist ein Team bestehend aus Pflegepersonen, die aus verschiedenen Kulturen stammen. (vgl. LENTHE, 2011, S. 14) Im Kapitel 4 wird der Begriff „*Multikulturelle Teams im Pflegebereich*“ näher erläutert werden.

2.3. Sozialkapital

Der Begriff des Sozialkapitals setzt sich zunächst aus zwei Begriffen zusammen: Der Begriff „*sozial*“ stammt aus der lateinischen Sprache (*socialis*) und bedeutet „*gemeinschaftsbildend, die menschliche Gesellschaft/Gemeinschaft betreffend*“. Ebenfalls ist das lateinische Wort „*socius*“ übersetzbar mit „*Freund*“ oder „*Verbündeter*“. Der weitere Begriff „*Kapital*“ ist ebenfalls Lateinisch und wird von dem Hauptwort „*caput*“ zu Deutsch Kopf oder „*capitalis*“ auf Deutsch „*den Kopf/ Leben betreffend*“ hergeleitet. (vgl. HAGEN, 2011, S. 8, 12.04.2012)

Einige Forscher haben sich dem Begriff des Sozialkapitals angenommen und erklärt. Darunter befinden sich Glenn C. Loury, James S. Coleman, Pierre Bourdieu, Jane Jacobs, Robert D. Putnam, Henk Flap, Ronald S. Burt, Alejandro Portes und Thomas Faist.

Laut Pierre Bourdieu, einem Soziologen und Philosoph, und seinen Forscherkollegen (Burt, Coleman) stellt sich „*soziales Kapital als instrumentell einsetzbare, individuelle aber nicht unabhängige von anderen Personen verfügbare Ressource*“ dar. (HAUG, 2000, S. 62) Bourdieu ist somit der Meinung, dass das Sozialkapital direkt und dauernd an die Beziehung zu einem anderen Menschen bzw. zu einer anderen Person abhängig ist.

Ein weiterer Sozialwissenschaftler, James S. Coleman, formulierte eine andere Definition von Sozialkapital: „*Ich werde diese sozialstrukturellen Ressourcen als Kapitalvermögen für das Individuum bzw. als soziales Kapital behandeln. Soziales Kapital wird über seine*

Funktion definiert. Es ist kein Einzelgebilde, sondern ist aus einer Vielzahl verschiedener Gebilde zusammengesetzt, die zwei Merkmale gemeinsam haben. Sie alle bestehen nämlich aus irgendeinem Aspekt einer Sozialstruktur, und sie begünstigen bestimmte Handlungen von Individuen, die sich innerhalb der Struktur befinden. (...) Anders als andere Kapitalformen wohnt sozialem Kapital den Beziehungsstrukturen zwischen zwei und mehr Personen inne.“ (COLEMAN, 1995, S. 392)

Der Soziologe und Politikwissenschaftler Robert D. Putnam nahm sich ebenfalls des Begriffs des „Sozialkapitals“ an. In einer seiner Studien (Bowling Alone: The Collapse and Revival of America's Community, New York 2000) kam er zum Resultat, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen dem wirtschaftlichen Aufstreben und dem Engagement der Menschen in Organisationen und Vereinen gibt. (vgl. EBD., S.8-9)

Eine weitere Definition von Sozialkapital führt der österreichische Soziologe und Psychologe Ernst Gehmacher an: *„Liebe, Freundschaft, gute Beziehungen, Ehre und Achtung in Gemeinschaften, ein erfreuliches Betriebsklima, die Geborgenheit in politischen und religiösen Glaubensgemeinschaften – all das ist ein Kapital, das mehr wert ist als Geld und auch mit Geld allein gar nicht zu kaufen ist. Die Gesamtheit dieses Schatzes an Stärken aus sozialen Verbindungen nennt man Sozialkapital. Jeder Mensch hat sein eigenes Sozialkapital. Jede Gemeinschaft, vom Kegelklub bis zur politischen Partei und von der Wohnhausanlage bis zur Nation, braucht zum Überleben ausreichend Zusammenarbeit und Zusammenhalt, eigenes Sozialkapital.“*

(GEHMACHER: <http://socialcap.at/download/Sozialkapital-kurzgesagtSko71028.pdf>, 2001, S. 1, 22.7.2011)

2.4. Nostrifikation

Nostrifikation bezeichnet die Anrechnung bzw. die Anerkennung von Schulzeugnissen und Diplomen, die nach einem ausländischem Lehrplan erworben wurden. Dies ist z. B. in Österreich Voraussetzung für die Berufsausübung auf dem jeweiligen Fachgebiet. Die Nostrifikation stellt bei der Ausübung des Pflegeberufs in Österreich eine große Hürde dar. Ohne diese Anerkennung können Pflegepersonen mit Migrationshintergrund ihren Beruf in Österreich nicht ausüben.

Zum Ablauf einer Nostrifikation in Österreich bzw. in Wien finden sich folgende Informationen auf www.wien.gv.at: *„Die Ausbildungen in Gesundheitsberufen (gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, PflegehelferIn, gehobener medizinisch-technischer Dienst usw.), beruhen in den einzelnen Staaten auf unterschiedlichen Ausbildungskonzepten und Ausbildungssystemen. Wenn die Ausbildung inhaltlich und umfangmäßig nicht oder nicht auf allen Gebieten gleichwertig ist und die für die Ausübung in Österreich notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht ausreichend vermittelt hat, muss eine Ergänzungsausbildung absolviert werden. Die Gleichwertigkeit der Ausbildung muss sowohl in der theoretischen, als auch in der praktischen Ausbildung gegeben sein.“*

(WIEN.GV.AT:<http://www.wien.gv.at/amtshelfer/gesundheit/gesundheitsrecht/nostrifikation/ausbildung-erkennung.html>, 12.4.2012)

„EU- oder EWR-Staatsangehörige, die eine der folgenden Ausbildungen in einem EU-Mitgliedsstaat oder einem EWR-Vertragsstaat absolviert haben, stellen ihren Antrag an das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.“ (WIEN.GV.AT: <http://www.wien.gv.at/ma15/nostri-eu.htm>, 12.4.2012)

2.5. Soziales Netzwerk

Netzwerke, Networks, Seilschaften werden heute als Grundlage für beruflichen Erfolg und Aufstieg angesehen. Wie aber definiert sich ein "soziales Netzwerk"? Aus einem Proseminar der Universität Köln geht hervor, dass das soziale Netzwerk aus Personen besteht, die zueinander in sozialen Beziehungen stehen und dadurch verbunden sind. Die jeweiligen sozialen Kontakte wurden dabei persönlich hergestellt.

Ein soziales Netzwerk habe zwei Hauptfunktionen. Zunächst diene es dem Informationsaustausch. Die verbundenen Personen würden wichtige Lebensinhalte austauschen. Früher geschah dies mittels Brief oder durch persönliche Gespräche. Heutzutage würden diese Austauschprozesse unter anderem auch über das Internet abgewickelt. Die zweite Hauptfunktion stelle die soziale Unterstützung dar. Diese könne materiell kognitiv oder emotional erfolgen. Im Falle eines guten sozialen Netzwerks können

Hilfe und Unterstützung in Form von sozialen Beziehungen geboten werden. (vgl. INFORMATIK UND GESELLSCHAFT 2010: <http://www.informatik.uni-oldenburg.de/~iug10/sn/html/content/definition.html>, 31.5.2012)

Wenn eine Person in ein Netzwerk tritt, geschieht dies nicht nur mehr aus Eigeninteresse. Sie tritt in einen sozialen Kontext, in dem sie mit anderen Menschen in Beziehung tritt und Kontakte unterhält. Die Person erhält durch die Interaktion in den Netzwerken und durch den sozialen Kontext, Sozialkapital. Das Ausmaß des Gewinns von Sozialkapital, hängt dabei von Größe, Art und Position der Person im Netzwerk ab. Darüber hinaus existieren schwache und starke Beziehungen in den Netzwerken. Ebenfalls nehmen verschiedene Beziehungsarten in Netzwerken Einfluss auf den Profit für die einzelne Person. (vgl. DEINDL, 2005, S. 2)

In der heutigen Zeit wird der Begriff des sozialen Netzwerks mit dem Internet assoziiert. Diese „social networks“ wie Facebook oder Myspace stellen Online-Plattformen zum regen Austausch von zwischenmenschlichen Informationen zur Verfügung. Durch diese Art des sozialen Netzwerkes ist es einfacher geworden, mit Menschen in Kontakt zu kommen und zu bleiben. (vgl. ZIMMER, 2009, S. 4)

2.6. Gesundheit

2.6.1. Allgemeine Definition

Die Definition der World Health Organisation (WHO) wurde nach Ende des 2. Weltkriegs formuliert und lautet wie folgt:

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

(WHO: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>, S.1, 15.4.2012)

Das allgemeine Verständnis, dass Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen darstellt, ist demnach unvollständig. Gesundheit ist nach der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen (United Nations, UN) ein Grundrecht. Die Bewahrung und Verbesserung der Gesundheit sind Zweck des staatlich regulierten Gesundheitssystems. (vgl. ROCHE, 2003, S. 701)

2.6.2. Definition von psychosozialer Gesundheit

Das Adjektiv „*psychosozial*“ gilt als Synonym für „*psychisch*“ und stammt aus dem Griechischen. Die psychosoziale Gesundheit ist ein menschliches Grundbedürfnis. Sie entwickelt sich aus dem gelebten Alltag eines Menschen. In der Gesellschaft wird die psychosoziale Gesundheit zu einem Leitgedanken, der psychisches, soziales und körperliches Wohlbefinden in Harmonie in sich vereint. Dabei wird bewusst auf die Ich-Bezogenheit verzichtet und partnerschaftliche Beziehungen angestrebt, um somit produktive, kooperative und verantwortungsvolle Beziehungen im sozialen Umfeld knüpfen zu können. Das Zwischenmenschliche fördert die Teamfähigkeit, steigert Lernfähigkeit sowie die Leistungen und hat somit in der psychosozialen Gesundheit eine besondere Stellung. (vgl. GFM: <http://www.gfmonline.de/download/PsychosozialeGesundheit.pdf>, 14.4.2012)

3. Migration im Gesundheitsbereich

Um die grundsätzliche Problematik zu verstehen ist es wesentlich, zu erkennen, was sich hinter dem Begriff *"Migrationshintergrund"* alles verbergen kann. Deshalb wird in diesem Kapitel der Begriff Migration beschrieben sowie die Unterschiede von Migrationsarten und -formen dargestellt. Als erster Schritt wird allgemein auf die internationale Migration eingegangen. In einem zweiten Schritt wird auf die Besonderheiten des Einwanderungslandes Österreich und den damit verbundenen Migrationsarten Bezug genommen.

3.1. Internationale Migration

Um die internationale Migration zu erklären, ist es nötig, den SOPEMI -Bericht vorzustellen. Der SOPEMI Bericht ist ein Berichterstattungssystem über Migration der OECD. Seit einiger Zeit wurde diese französische Abkürzung „SOPEMI“ in den Titel *„International Migrationtrends“* bzw. *„Internationale Migrationsausblick“* umgeändert (vgl. INTERNATIONALER MIGRATIONSAUSBLICK, 2007, S. 3)

Im SOPEMI-Bericht 2007 wird berichtet, dass in den letzten zehn bis 15 Jahren viele hochqualifizierte Arbeitskräfte vorwiegend aus den Entwicklungsländern in die OECD-Länder zugewandert sind. Daraus ergibt sich das Problem, dass diese Länder mehr und mehr an Fachkräften und Experten verloren haben und weiter verlieren.

Aus dem SOPEMI-Bericht geht hervor, dass diese Entwicklung besonders innerhalb des Gesundheitssektors drastische Ausmaße angenommen hat. Innerhalb der OECD-Länder werden immer weniger Kinder geboren, die durchschnittliche Bevölkerung wird immer älter, die Überalterung der Gesellschaft bedingt einen höheren Bedarf an medizinischem und pflegerischem Fachpersonal. Gleichzeitig werden immer weniger alte Menschen zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt. (vgl. SOPEMI 2007, S.1)

„Die Ergebnisse zeigen, dass um das Jahr 2000 durchschnittlich 11% der beschäftigten Krankenpflegekräfte und 18% der beschäftigten Ärzte im OECD-Raum aus dem Ausland stammten. Diese Zahlen decken sich mit denen, die für hochqualifizierte Kräfte insgesamt zu beobachten sind. Allerdings besteht zwischen den Ländern hier eine erhebliche Varianz, die z.T. auf Unterschiede in den Zusammensetzungen des Gesundheitspersonals sowie bei den historischen Migrationsmustern zurückzuführen sind. Der Prozentsatz der im Ausland geborenen Ärzte reicht z.B. von weniger als 5% in Japan bis zu über 30% in Irland, dem Vereinigten Königreich, Kanada, Australien und Neuseeland. Desgleichen liegt auch der

Prozentsatz der im Ausland geborenen Krankenpflegekräfte in Australien, der Schweiz und Neuseeland über 20%.“ (SOPEMI 2007, S. 2)

Heute sind Migranten im Gesundheitssektor nicht mehr wegzudenken. Sie leisten einen essentiellen Beitrag für das Gesundheitswesen und decken den immer größeren Bedarf an Pflegepersonal ab. Besonders Nacht- und Wochenenddienste werden dank ihrer Arbeitskraft besser abgedeckt. (vgl. SOPEMI 2007, S.2)

Die Philippinen, Indien und weitere Herkunftsländer sind von zentraler Bedeutung für den Gesundheitsbereich der OECD-Länder, denn sie liefern zahlreiches Gesundheitspersonal. Ebenfalls innerhalb der OECD-Länder kann man eine Bewegung dieser Berufsgruppen erkennen vor allem aus Deutschland und England. Weiters besteht eine starke Süd-Süd-Migration von Gesundheitskräften besonders von Afrika und Asien nach Südafrika und in den Nahen Osten. Eine hohe Abwanderung von Ärzten findet derzeit in den karibischen und afrikanischen Staaten statt. Das bedeutet, dass in diesen Ländern die medizinische Grundversorgung für die Bevölkerung stetig reduziert wird.

Folgende Tabelle aus dem Jahr 2006 veranschaulicht dies in Zahlen:

Tabelle 1: Geschätzter kritischer Mangel an Ärzten, Pflegekräften und Hebammen (nach WHO-Region)

WHO-Region	Anzahl der Staaten		Fachkräftemangel innerhalb der Staaten		
	Gesamt	Staaten mit Mangel an med. Fachkräften	Gesamtbestand an med. Fachkräften	Geschätzter Mangel an med. Fachkräften	Erforderlicher Anstieg in Prozent
Afrika	46	36	590.196	817.992	139
Nord- und Südamerika	35	5	93.603	37.886	40
Südostasien	11	6	2.332.054	1.164.001	50
Europa	52	0	k.A.	k.A.	k.A.
Östlicher Mittelmeerraum	21	7	312.613	306.031	96
Westpazifischer Raum	27	3	27.260	32.560	119
Insgesamt	192	57	3.355.728	2.358.470	70

Quelle: Weltgesundheitsorganisation - WHO (2006).

Abb. 2.: WHO 2006: Geschätzter kritischer Mangel an Ärzten, Pflegekräften und Hebammen nach WHO Region

Gezielte Anwerbeprogramme für den Gesundheitsbereich gibt es nur in wenigen OECD-Ländern. In den letzten fünf Jahren gab es jedoch merkliche Veränderungen in der Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften (Ärzte, Pflegepersonen, etc.) Die Tendenz verzeichnet eine Steigerung bei der Zuwanderung von Gesundheitspersonal. (vgl. EBD. S. 3)

Die OECD versucht, die Kompetenzen und Fähigkeiten der ausländischen Ärzte und Krankenpflegepersonen zu bewegen und gleichzeitig die Qualität im Gesundheitswesen zu sichern. Dabei ist die Anerkennung von ausländischen medizinischen Qualifikationen von Gesundheitsfachkräften sehr wichtig. Hierfür werden theoretische und praktische Prüfungen, Praktika und Sprachtests von der OECD veranstaltet.

In weitere Folge müssen Herkunfts- und Aufnahmeländer enger zusammenarbeiten, um Gesundheitsfachkräfte zu nützen. (vgl. EBD. S.3)

Medizinisches Fachpersonal ist Mangelware - in Entwicklungsländern ebenso wie in entwickelten OECD-Staaten mit maßgeblichen Gesundheitsbudgets. Um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in den Industriestaaten gewährleisten zu können, werden gezielt Pflegekräfte und Ärzte aus weniger entwickelten Staaten abgeworben. Diese nehmen die Übersiedelung, etwa nach Europa oder nach Australien, in Kauf, weil diese Arbeitsmärkte ihnen völlig andere Einkommens-, Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten bieten. Ob diese Migration als freiwillig oder unfreiwillig bezeichnet werden soll, sei dahingestellt.

Es gibt keine schlüssige Antwort auf die Frage, wie dem Mangel an medizinischem Fachpersonal gegengesteuert werden kann. Die WHO unternimmt derzeit einige Schritte für einen Verhaltenskodex für die Anwerbung von Gesundheitsfachpersonal im Ausland. (vgl. EBD. S.4)

„Diese Aktionen müssen jedoch, in den Herkunfts- ebenso wie den Aufnahmeländern, durch Maßnahmen zur Erhöhung der Ausbildungskapazitäten im Inland, zur Verbesserung der Personalbindung, zum Ausbau des Kompetenzspektrums und der koordinierten Pflege sowie zur Steigerung der Produktivität ergänzt werden.“ (SOPEMI 2007, S. 4)

3.2. Migrationstrends in Österreich

Wie gestaltet sich die Situation in Österreich?

Österreich verfügt über eine lange Tradition der Einwanderung von Fachkräften aus dem Pflegebereich aus den umliegenden Ländern. Laut den Quellen migrierten bereits in den 1960er Jahren Pflegekräfte nach Österreich. Im Jahr 1974 förderte man etwa die Migration von 700 philippinischen Krankenschwestern.

Die Gesamtheit der Migrationen nach Österreich ist jedoch nur dürftig dokumentiert und daher schwer nachzuvollziehen. Mittels Eurostat Labour Force Survey, dem statistischen Amt der europäischen Union, wurden ungefähre Schätzungen durchgeführt. Demnach waren im Jahr 2001 zirka 6,75 Prozent der Pflegekräfte in Österreich, nicht-österreichische Staatsbürger. 29 Prozent der Pflegekräfte kamen von Bosnien-Herzegowina, 13,4 Prozent von Rumänien und 11,6 Prozent aus Kroatien.

Weiters wurde durch die Statistik Austria im Jahr 2001 verlautbart, dass 6,2 Prozent der Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte aus dem Ausland stammten. Folglich sind von den ausländischen Pflegekräften 24 Prozent jugoslawische Staatsbürger ohne Slowenien, 33 Prozent EU-Bürger seit 2004 und 25 Prozent EU-15-Staatsbürger ohne Österreich. Detaillierte Unterlagen, die über die Entwicklung der Einwanderung von medizinischem Fachpersonal nach Österreich Auskunft geben, sind kaum vorhanden. Für zukünftige Statistiken wäre es wichtig, nicht nur die Herkunftsländer der Pflegekräfte zu erfassen, sondern auch Auskunft über deren Motivation zu erfragen.

Auf europäischer Ebene gab es in den letzten Jahren vermehrt Zuwanderung von ausländischen Pflegekräften aus den neuen osteuropäischen EU-Mitgliedsländern (Estland, Lettland, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn, Zypern, etc.) in die alten EU-Mitgliedsstaaten. Aufgrund des immer größer werdenden Problems des demografischen Wandels steigt der Bedarf an ausländischen Pflegekräften immens - damit liegt Österreich im europäischen Trend. In den nächsten Jahren wird der Arbeitsmarkt seine Pforten weiter öffnen müssen, um die Wanderung von Pflegekräften im Gesundheitsbereich zu begünstigen. Gleichzeitig steigt damit das Risiko, dass es in den Herkunftsländern zu einem Engpass an Pflegepersonen kommen kann. (vgl. LENHART, ÖSTERLE, 2007, S. 8-11)

3.3. Motive der Migration

Grundsätzlich unterscheidet man zwischen freiwilliger und gezwungener Migration. Freiwillige Migranten sind jene, die eigenständig beschlossen haben, ihr Land zu verlassen wie Arbeitsmigranten oder Studenten. Flüchtlinge oder Migranten, die wegen etwaiger Lebensumstände fliehen, sind gezwungen ihr ursprüngliches Land hinter sich zu lassen. (vgl. WHO 2009: <http://www.who.int/hhr/activities/en/FINAL-Migrants-English-June04.pdf>, S.9, 12.04.2012) In den folgenden Unterpunkten werden Motive zur Migration angeführt.

3.3.1. Push- und Pull-Faktoren

Der Migrationsforscher E. S. Lee entwickelte eine Theorie des Push- und Pull. Dieser Ansatz, der als zentrales Motiv gilt, trägt den Namen „*Theorie der Wanderung*“. Mit dieser Theorie untersuchte er das Phänomen der Migration und gliederte dieses in vier Faktoren:

- Der Push-Faktor: Dieser Faktor steht in Verbindung mit dem Herkunftsland und beschreibt den Grund für die Auswanderung. Der Motivation, auszuwandern kann freiwillig oder erzwungen sein und steht meist in Zusammenhang mit niedrigem Einkommen, Armut, religiöser oder politischer Verfolgung, Krieg, Naturkatastrophen

oder Überbevölkerung. Es ist wichtig zu wissen, dass in der Regel viele Faktoren eine Rolle spielen, die eine Auswanderung begünstigen (Multikausalität). Das rührt daher, dass die einzelnen Faktoren miteinander verwoben sind. (vgl. LENTHE, 2011, S.86)

- Der Pull-Faktor: Die jeweiligen Zielländer locken mit einer großen Arbeitsnachfrage, hohen Löhnen, politischer Sicherheit, Religionsfreiheit, einem sicherem Sozialsystem, stabilem Gesundheitssystem und günstigen Migrationsgesetzen. Nicht zu vergessen ist vor allem die Möglichkeit der illegalen bzw. irreguläre Einwanderung.
- Die intervenierenden Hindernisse: Physische Barrieren, Distanz zwischen Herkunfts- und Zielgebiet, Gesetze, Aufenthaltsvorschriften, strenge Grenzkontrollen und Arbeitsauflagen. Früher galt, dass je größer die Entfernung war, desto größer gestaltete sich der finanzielle Aufwand und Informationsmangel für die Emigrantin oder den Emigranten. Das hat sich verändert, da durch die schnelle Entwicklung der Technik und der Medien kaum mehr Grenzen gesetzt werden. Moderne Transportmöglichkeiten und Medientechnologien verhelfen den Menschen, rasch ins jeweilige Zielland zu gelangen bzw. Informationen einzuholen. Auch die einfach zu passierenden EU Grenzen (Schengen Grenzen) wirken positiv auf die Migrationsbereitschaft. Strengere Grenzkontrollen hemmen das Bedürfnis nach Migration. (vgl. EBD., S. 87)
- Die individuellen Hindernisse: Diese Hindernisse stellen den persönlichen Aspekt einer Auswanderung dar. Alter, Ausbildung, Beruf, Familienstand oder soziale Netzwerke sind maßgebliche Gründe, die das Migrationsverhalten einer Person beeinflussen können. Je jünger die Personen sind, desto leichter fällt es ihnen üblicherweise, die Heimat zu verlassen. Ebenfalls muss man das soziale Umfeld wie die Familie berücksichtigen, denn dieses trägt einen wesentlichen Teil zur Entscheidung für oder gegen die Migration bei. Die Größe der Familie ist dabei ausschlaggebend. Oft kommt es vor, dass nur ein Familienmitglied das Heimatland verlässt, um Geld für die Familie zu verdienen. Unterstützend wirken Organisationen, die den Migranten bei der Übersiedlung ins Zielland und bei der Arbeitsfindung helfen. (vgl. EBD., S. 88)

3.3.2. Formen der Migration

- Die Fluchtmigration:

Die Genfer Konvention hat 1951 eindeutig bestimmt, wer als Flüchtling zu gelten hat. Ein Flüchtling ist laut Definition eine Person, die sich außerhalb ihres Heimatlandes aufhält, da ihr dort aufgrund ihrer Rasse, ihrer Religion, Nationalität, politischen Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe Verfolgung droht. Diese bestimmt ebenfalls, dass man Flüchtlinge weder aus- noch zurückweisen darf. Staaten, die die Genfer Konvention unterzeichnet haben, verpflichten sich dazu, die Grundversorgung der Flüchtlinge zu gewähren, ihnen Religionsfreiheit zu ermöglichen und ihnen den Zugang zu ordentlichen Gerichten zu geben. In Österreich werden Flüchtlinge und österreichische Staatsbürgern gleichgestellt, sodass ein Anspruch auf Sozialhilfe, Wohnbeihilfe und Krankenversicherung besteht. Nach vier Jahren können Flüchtlinge eine Einbürgerung beantragen. (vgl. LEHNTE, 2011, S.89-90)

- Die Arbeitsmigration:

Unter dem Begriff Arbeitsmigration wird das Auswandern von Menschen aus dem Geburtsland verstanden, weil im Zielland ein höheres Lohnniveau, eine bessere Berufsauswahl und ein sichereres Sozialsystem existieren. Das verdiente Geld (Gehalt) im Zielland wird ganz oder teilweise ins Heimatland zurückgeschickt. Dort dient es dazu, der eigenen Familie einen höheren Lebensstandard zu bieten. (vgl. EBD., S.90)

Ein Großteil der Pflegekräfte, die sich für die Migration entscheiden, fällt in diese Kategorie. Die Problematik, die durch die vermehrte Abwanderung von Pflegefachkräften entsteht, nennt man „*care drain*“. Dieser Begriff ist in Verwendung, wenn durch den Wegzug von Pflegepersonen aus dem Herkunftsland in ein neues Zielland spricht. Dieser Wegzug wird von den Pull-Faktoren positiv beeinflusst. Ein Land mit einem höherem Lohnniveau im Gesundheitswesen und generell besseren Arbeitsbedingungen wirkt besonders attraktiv für eine Migration. Nun tritt aber das Problem des „*brain drain*“ auf, was einen Verlust an Fachkräften aus der Medizin und Pflege sowie anderen beruflichen Sparten bezeichnet. Die Folge ist ein spürbarer Engpass an qualifizierten Pflegekräften im Ursprungsland.

- Die Familienmigration:

Die Familienmigration steht in Verbindung mit der Arbeitsmigration. Viele sogenannte Gastarbeiter (Personengruppe, die für einen bestimmten Zeitraum als Arbeitskraft gezielt von einem Land angeworben werden) hatten ihren permanenten Wohnsitz im Zielland und wollen die Integrität ihrer eigenen Familie aufrechterhalten. Daher lassen sie weitere

Familienmitglieder ins neue Heimatland nachziehen. Laut einer Studie der OECD ist das die häufigste Art der Migration. (vgl. EBD., S.92)

- Heiratsmigration:

Bei einer Heiratsmigration besteht ein wechselseitiges Verhältnis von Migration und Heirat. Viele der Einwanderer schließen mit einer Partnerin oder einem Partner, die oder der aus dem gleichen Land kommt, den Bund der Ehe. Ebenfalls werden auch gerne Partner geheiratet, die noch im Herkunftsland leben. Das hat zur Folge, dass weitere Familienmitglieder ins Zielland einwandern. (vgl. EBD. S.93)

- Die irreguläre Migration:

Diese Form der Einwanderung – im Volksmund auch als „*illegale*“ Migration bekannt - zielt auf die Missachtung der Gesetze des Ziellandes ab. Zunächst gibt es Personen, die mit einem korrekten Visum einreisen und nach der abgelaufenen Frist länger im Land ohne weitere Genehmigung bleiben. Weiters besteht eine irreguläre Migration, wenn ein Flüchtling ohne Dokumente und Pass ins Zielland geschleust wird. Auch die Einreise mit gefälschten Pässen und Papieren ist eine Variante der unerlaubten Einreise. Oft sind internationale Schlepperbanden an der irregulären Migration von Menschen beteiligt. Dieses äußert kriminelle, skrupelloses und auch lukratives Geschäft des Menschenhandels gewinnt in der heutigen Zeit immer mehr an Aktualität. (vgl. EBD. S. 94)

4. Interkulturelle Pflegesituation in Österreich

Zum weiteren Verständnis der Thematik ist es notwendig, einen Einblick in die momentane Pflegesituation in Österreich zu bekommen. Besonderes Augenmerk wird dabei auf das multikulturelle Pflegeteam gelegt.

„Ein gelingender Pflegeprozess setzt einerseits das Bemühen um interkulturelle Verständigung voraus. Andererseits ist er von der Überzeugung getragen, dass es die Grenzen der Kulturen überschreitende moralische Grundüberzeugungen gibt. In vielen Krankenhäusern setzen sich das ärztliche und das Pflegepersonal multinational, multikulturell und multireligiös zusammen wie im AKH. Pflegende aus 28 europäischen und außereuropäischen Ländern arbeiten hier zusammen.“ (KÖRTNER, 2004, S. 107-108)

Für die Zusammenarbeit im Pflegeteam ist es wichtig, mit der Multikulturalität der Kollegen umgehen zu können. Die Fähigkeit der interkulturellen Kompetenz ist ausschlaggebend für die Beziehungen im Team und das psychosoziale Wohlbefinden für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und auch alle weiteren Personengruppen. Im folgenden Kapitel wird dies näher beschrieben.

4.1. Interkulturelle Kompetenz von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund

Die Definition von interkultureller Kompetenz besagt, dass das Wissen über andere Kulturen erweitert und nicht stereotypisiert wird. Dabei ist es wichtig, über seine eigene kulturelle Identität im Klaren zu sein. (vgl. HEGEMANN, 2010, S. 140)

Generell kann interkulturelle Kompetenz für die Kommunikation und die Kooperation der verschiedenen Kulturen im Gesundheitswesen förderlich und günstig sein. Im multikulturellen Pflegeteam ist ein respektvoller und aner kennender Umgang sehr wichtig für die Zusammenarbeit. (vgl. THOMAS IN BORDE, 2007, S. 48)

Besonders Pflegekräfte mit Migrationshintergrund haben Vorteile, interkulturelle bzw. transkulturelle Kompetenzen zu entwickeln. Sie besitzen meist bereits Wissen über kulturelle, politische und gesellschaftliche Wertvorstellungen, Verhältnisse, Situationen und Normen. Weiters haben sie die Fähigkeit, andere Sprachen als Ausdrucksform zu benutzen, können sich zusätzlich in die Gefühlswelt der Migrationserfahrung leichter hineinversetzen und sich an neue Situationen oftmals schnell anpassen.

Jedoch müssen Pflegende mit Migrationshintergrund nicht automatisch Experten für interkulturelle Kompetenz sein. Menschen mit Migrationshintergrund können ebenfalls von Vorurteilen, Überheblichkeit, Arroganz oder Stereotypen geleitet sein. Erst eine Reflexion und das Wissen über Migration führen zu Empathie von Fremdheit. (vgl. FRIEBE, 2006, S. 51-52)

4.2. Multikulturelle Pflege- und Betreuungsteams

In Österreich ist die Beteiligung der ausländischen Mitarbeitern in der Heimhilfe, Hauskrankenhilfe und in den Krankenhäusern in den letzten Jahrzehnten stark angestiegen. Die Folgen sind neue sprachliche und kommunikative Herausforderungen für die Beteiligten, aus denen man wertvolle Ressourcen (auf die im Folgenden noch eingegangen werden) schöpfen kann. (vgl. WALTER, SCHNEPP, 2009, S. 90-91)

Generell besteht ein multikulturelles Pflorgeteam aus mehr als zwei Pflegepersonen, die jeweils eine unterschiedliche Kultur und Herkunft besitzen und ein gemeinsames Pflegeziel bei einem Patienten anstreben. (vgl. SCHNEIDER, HIRT, 2007, S. 277)

Multikulturelle Teams erbringen Leistungen, die von vielen Einflussfaktoren abhängig sind. Diese Faktoren sind in bestimmte Kategorien eingeteilt:

- Umfeldfaktoren
- Gruppendynamik
- Organisation
- Interkulturelle Fähigkeiten (vgl. EBD., S. 280ff)

Die folgende Abbildung gibt eine Übersicht über die Kategorien.

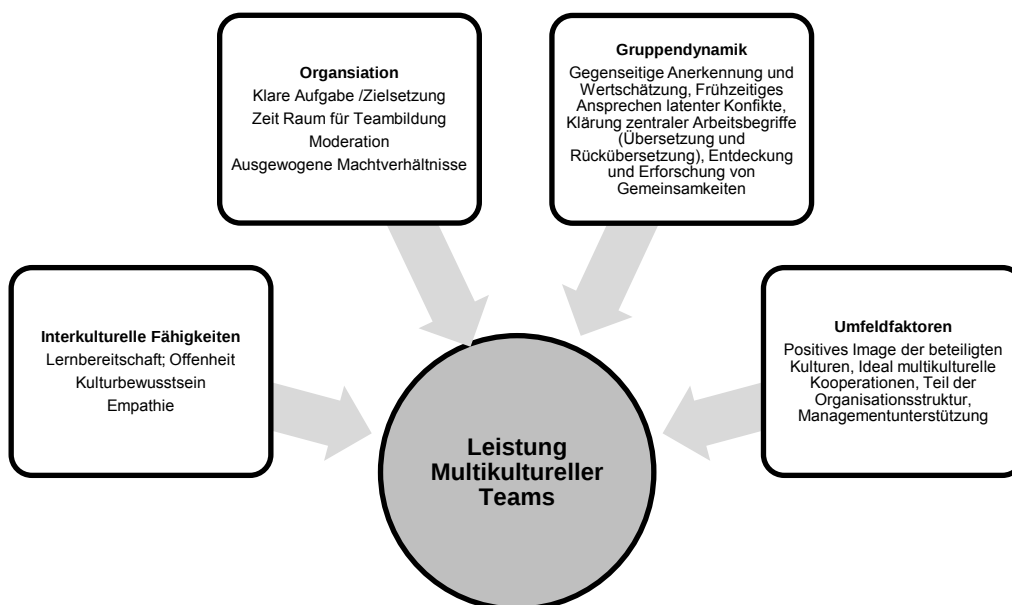


Abb. 3.: SCHNEIDER, HIRTE, 2007

Ebenso ergeben sich Konfliktbereiche in multikulturellen Teams, die sich in folgenden Aspekten ausdrücken können:

1. Kommunikationsprobleme: Untersuchungen ergaben, dass sich besonders bei der Kommunikation in gemischten Teams Probleme entwickeln. Missverständnisse und Fehlinterpretationen können aus Situationen resultieren. Kulturelle und unterschiedliche Ansichten sowie eine überhöhte Kommunikationsanforderungen in der Pflege, können dies begünstigen. Der Mangel an Sprachkenntnissen ist dabei das zentrale Problem bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund. (vgl. FRIEBE, 2003, S. 150-151)
2. Kränkungen: Diese können sich in Form von beleidigenden Bemerkungen, ungerechtfertigte Kritik, Demütigungen, Tadel und Bloßstellungen im Pflegealltag zeigen.
3. Ignoranz: Diese stellt sich in Form von „*Übersehen werden*“ oder keine Beachtung bei den Arbeitskollegen im Alltag zu finden (vgl. LEBENSHILFE: <http://www.lebenshilfe-abc.de/kraenkung.html>, 09.09.2012)
4. Vorurteile/Stereotypisierung: In den letzten drei Jahrzehnten erfuhr der Populismus in Europa einen drastischen Aufschwung. Politische Parteien versuchten mit einer Politik der Ausgrenzung und der unreflektierten Schuldzuweisungen Stimmen zu gewinnen - und waren dabei in vielerlei Hinsicht erfolgreich. In Österreich ist dieses Phänomen mit dem Aufstieg der FPÖ seit 1986 verbunden, als Jörg Haider den Parteivorsitz von Norbert Steeger übernahm. Die alteingesessenen Großparteien hatten und haben dieser Schwarz-Weiß-Politik wenig entgegenzusetzen. Sie versuchten, die für diese Ideen empfängliche Klientel zu binden - vielfach, indem sie selbst diese Tendenzen übernahmen. Boulevardmedien transportierten und unterstützten diese Politik, schließlich sind mit einfach gestrickten, eindimensionalen und platten Inhalten reißerischere Schlagzeilen zu machen als mit dem Versuch, komplexe und schwer verständliche Themen darzustellen. Vorurteile, wie z.B. Ablehnung von Patienten aufgrund des Migrationshintergrundes einer Pflegeperson, begünstigen die Entwicklung von Konflikten in den multikulturellen Pflgeteams. Es fällt somit schwerer, eine solide Vertrauensbasis im Pflgeteam aufzubauen. (vgl. SCHNEIDER, HIRTE, 2007, S. 282)

5. Unterschätzung bei der Pflegekompetenz: Aufgrund des Mangels an Sprachkenntnissen werden die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund oftmals in ihren Fähigkeiten unterschätzt und nicht verstanden. Dabei geht wertvolles interkulturelles Pflege-Know-how verloren und wird nicht weiter wertgeschätzt. (vgl. ZINGEL-LANG, 2007, S. 3)
6. Überforderung: Neue Arbeitsregeln, der Kontakt zu Patienten und zu neue Kollegen begünstigen eine Überforderung im Pflegealltag. Es kann sich in Form von Burn-out oder dem klassisch Helfer-Syndrom zeigen. (vgl. FÜRSTLER, HAUSMANN, 2000, S. 117)

Pflegekräfte mit Migrationshintergrund sind nicht davor geschützt, in der neuen Berufswelt mit Diskriminierungserfahrungen in Berührung zu kommen.

Solche Diskriminierungsprobleme könnten mit interkulturellem Lernen Stück für Stück aus der Welt geschafft werden, solange die Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Background bereit sind, voneinander und miteinander zu lernen. Zusätzlich hat interkulturelles Lernen den Vorteil, die Teamentwicklung zu verbessern und die psychosoziale Gesundheit zu fördern. (vgl. FRIEBE, 2003, S. 150-151) *„Ziel des interkulturellen Lernens ist es jedenfalls, über die Wertschätzung des Fremden Wertschätzung für das jeweils Eigene zu erfahren wobei kulturelle Differenz angstfrei gesehen und als Wert anerkannt wird.“* (BIXA, 2005, S.12)

Besonders das Pflegemanagement sollte die Aufgabe haben, Ressourcen für die Personalentwicklung innerhalb der multikulturellen Teams zu erkennen und zu fördern. Mehrsprachlichkeit des Pflegepersonals sollte als Vorteil und nicht als Nachteil verstanden werden.

Weiters sind verschiedene Pflege- und Krankheitsauffassungen eine kreative Lösung, um mit Pflegeproblemen fertig zu werden. Diese Aspekte müssen jedoch entdeckt, erkannt sowie gefördert und in den interkulturellen Dialog mit einbezogen werden. (vgl. EBD., S. 150-151)

Generell sollten als Aufgaben des Pflegemanagements in Bezug auf multikulturelle Teams folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Eine Förderung des interkulturellen Dialoges
- Eine Förderung der interkulturellen Arbeit, um Qualität und Karrierepläne zu optimieren. (vgl. FRIEBE, 2004, S. 4)

Eine „Diversity@care“-Studie (EU-Projekt), deren Inhalt die Zusammenarbeit im multikulturellen Team war, untersuchte die Probleme bei der Arbeitssituation und nötige

Verbesserungsmaßnahmen. 75 Prozent der befragten Pflegepersonen hält die Zusammenarbeit im multikulturellen Team für gut. Des Weiteren wurde die Zusammenarbeit zwischen den anders- und deutschsprachigen Arbeitskollegen sehr positiv bewertet. Aufgrund dessen lässt sich aus den Daten eine hohe Kooperationsfähigkeit der Pflegenden herauslesen.

Die Wissenschaftler fanden heraus, dass Fragen und Probleme der Pflegepersonen in den Teambesprechungen hervorragend bearbeitet werden können. Man konnte somit eine gute und vertrauensvolle Beziehung in den Teams erkennen. Tatsächlich sind Kooperationsfähigkeit und gegenseitiger Respekt die relevanten Aspekte für das Wohlbefinden des Pflegeteams. Diese besonderen Werte haben einen positiven Effekt auf die Pflegequalität und Durchführung der Arbeit. (vgl. WALTER, SCHNEPP, 2009, S. 100-101)

Im Orthopädischen Spital Speising übernimmt die Wertegruppe das Diversity Management. Umgesetzt wird dies mittels Veranstaltungen, Schulungen, Vorträgen und Workshops. Jährlich wird den Mitarbeitern dort eine Fülle an Möglichkeiten gegeben, sich untereinander bekannt zu machen. Ein neuer Programmpunkt des Wertemanagements stellt das „Fest der Kulturen“ dar. Dabei werden die einzelnen Nationalitäten des Spitals vorgestellt. Mittels kulinarischer Begleitung, können sich die Mitarbeiter aller Berufsgruppen in einer angenehmen Atmosphäre kennenlernen. (vgl. www.oss.at, 14.04.2012)

4.3. Möglichkeiten und Herausforderungen von multikulturellen Pflegekräften

Die Möglichkeiten, die sich Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in ihrer beruflichen Karriere bieten, sind vielfältig. Aufgrund ihrer Herkunft besitzen sie eigene persönliche Migrationserfahrungen, die ihnen dabei helfen, ausländische Patienten besser verstehen zu können. Sie wissen selbst, wie es ist, in einem Land zu sein, dessen Sprache und Leute fremd erscheinen.

In einer Studie des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) wurde untersucht, ob und welche Ressourcen sowie Vorteile Pflegende mit Migrationshintergrund im Gegensatz zu deutschem Pflegepersonal mitbringen. 18 Prozent der Befragten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund gaben an, über keine besonderen Vorteile zu verfügen. Vielleicht wurden die Fragen aber nur nicht ausreichend beantwortet, weil die Deutschkenntnisse dafür zu mangelhaft waren. Das größte Problem stellen die mangelnden Deutschkenntnisse dar, da die schriftliche Ausdrucksweise in der Pflegedokumentation darunter leidet. (vgl. ROMMELSPACHER, 2008, S. 227)

„DIE“ hat Fortbildungsangebote eingeleitet, die an „*Pflegende mit Migrationshintergrund*“ adressiert sind. Sprache, kulturelle Sensibilität, Kompetenz, Pflegeverständnis und kulturelles Wissen lauten die Bildungsinhalte. Leider fühlen sich die Pflegekräfte durch solche Fortbildungskurse oftmals „*überraumpelt*“ und sehen es als eine Art verpflichtete Nachhilfe an. (vgl. EBD., S. 233-235)

Die Herausforderungen von multikultureller Zusammenarbeit zeigen sich in vielerlei Hinsicht. Besonders das Pflegemanagement steht vor einer Herausforderung, die Ressourcen für die Personalentwicklung zu fördern und anzuerkennen. Besonders die Mehrsprachigkeit sollte als wichtige Ressource gefördert werden, schließlich sind auch immer mehr Patienten mit nicht-deutscher Muttersprache zu betreuen. Die ausländischen Pflegekollegen geben wichtige Anstöße für neue Impulse in der Pflegeroutine. Sie tragen unterschiedliche Betrachtungsweisen von Pflege- und Krankheitsverständnis zusammen. Dies kann ein hilfreicher Effekt von Multikulturalität sein. Aufgrund der Multikulturalität können kreative Lösungsansätze gegen Probleme im Pflegealltag ausgearbeitet werden. Ebenfalls können nicht nur Pflegekräfte von multikulturellen Teams profitieren, sondern auch die Patienten erleben einen positiven Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen. (vgl. FRIEBE, 2006, S.55)

4.3.1. Übersetzen im Pflegebereich

Eine Ressource stellt die Mehrsprachlichkeit dar. Die Mehrsprachlichkeit im Pflegesektor und der Bedarf des Dolmetschens steigen von Jahr zu Jahr. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund nehmen eine essentielle kommunikative Vermittlerrolle zwischen dem ausländischen Patienten und dem pflegerischen bzw. medizinischen Personal ein. Die Sprachbarrieren werden leichter und einfacher umgangen, sobald qualifizierte Übersetzer zur Verfügung stehen. (vgl. KAMM, 2006, S. 13) Heute ist es vielfach noch so, dass in erster Linie die Angehörigen der Patienten im Krankenhaus zum Dolmetschen zur Verfügung stehen. Begleitpersonen wie Ehegatte oder Ehegattin sowie Kinder oder andere Verwandte helfen bei sprachlichen Barrieren. (vgl. PÖCHHACKER IN WALTER, SCHNEPP, 2009, S. 208) Darüber hinaus fungieren zweisprachige Mitarbeiter des Gesundheitswesens als Übersetzern. Neben den Kindern der Patienten nehmen diese die zweitwichtigste Übersetzerrolle im Gesundheitswesen ein.

Aufgrund von rascher Verfügbarkeit, Kostenersparnis und sachgemäßem Wissen werden Mitarbeiter des Gesundheitswesens als pragmatische Lösung herangezogen. Es können sich jedoch einige Probleme ergeben, wenn Pflegepersonen als Dolmetscher dienen. Diese zeigen sich in den Bereichen der Organisation, im Dienstrecht, bei Rollenkonflikten und bei Kompetenzmängeln. Dolmetschen im medizinischen Bereich ist eine spezielle Tätigkeit,

welche Schulungen und Qualifikationen benötigt. Im Jahr 2000 wurde daher ein Pilotprojekt zur Schulung von Krankenhausmitarbeitern des Wiener Krankenanstaltsverbundes gestartet und durchgeführt, um Mitarbeiter gezielt auszubilden. (vgl. EBD. S. 211-213)

Aktuell wird die Art und Weise des Dolmetschens im Krankenhaus jedoch von den Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt. Beispielsweise verfügt das Orthopädische Spital Speising über eine Dolmetscherliste und ein Dolmetschgerät. Bei Bedarf werden diese eingesetzt. (vgl. www.oss.at, 14.04.2012)

4.3.2. Diversity Management im Gesundheitswesen

„Diversity Management ist eine Methode, um innerbetriebliche Produktivität, Kreativität und Effizienz zu verbessern; sie kommt sowohl dem Unternehmen als auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugute.“ (BERATUNGSZENTRUM FÜR MIGRANTEN UND MIGRANTINNEN, WWW.MIGRANT.AT, S.69, 23.11.2011)

Das Diversity Management im Gesundheitswesen versucht, Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen in ihrer Kreativität zu optimieren, die Bindung der Mitarbeiter an ihren Arbeitgeber und ihr Team zu fördern und Organisationziele zu erreichen. Ebenfalls werden Organisationsprozesse ständig an aktuelle kulturelle, demografische und kommunikative Bedingungen angepasst. Diversity Management meint die Vielfalt zu nützen und zu gestalten. (vgl. STUBER, 2004, S. 20)

Neben Kostenreduktion, Flexibilität und Personalmarketing ist eines der führenden Argumente für die Strategie Diversity Management auch die Kreativität. Homogene (gleiche) Teams haben den Vorteil, dass sie schnelle Lösungen und Entscheidungen zu einem Problem finden können. Hingegen sind multikulturelle Teams in der Lage, vielfältige Perspektiven für eine Lösung einzubringen. Aufgrund des multikulturellen Faktors erzielt man eine gesteigerte Lösungsqualität mittels der Entfaltung von Kreativität und Innovation. (vgl. VEDDER, UNIVERSITÄT TRIER, 2012)

Am Beispiel des Orthopädischen Spital Speising ist die Wertegruppe mit der Thematik des „Diversity Management“ vertraut, aber auch die anderen Stabstellen wie Qualitätsmanagement, Personalmanagement und die Verwaltung bauen dies in den Krankenhausalltag aktiv ein. Jede Berufsgruppe des Spitals beschäftigt sich mit kultureller Vielfalt in Form von Festen, Workshops und Schulungen. Auch Mitarbeitergespräche und Teamsitzungen setzen sich laufend mit multikulturellen Fragestellungen auseinander. Diese aktive Beschäftigung mit dem Thema Kultur fördert die Gemeinsamkeit und die Freude am Kontakt mit multikulturellen Arbeitskollegen. (vgl. www.oss.at, 14.04.2012)

5. Soziale Netzwerke und Sozialkapital im Leben von Pflegekräften mit Migrationshintergrund

5.1. Aspekte des Sozialkapitals

Der Sozialforscher Pierre Bourdieu definiert das Sozialkapital wie folgt:

„Die Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind; oder anders ausgedrückt, es handelt sich um Ressourcen, die auf der Zugehörigkeit zu einer Gruppe beruhen.“ (BOURDIEU, 1992, S.62)

Das Sozialkapital spiegelt sich in jeder Form von sozialen Beziehungen der Menschen wider und stellt eine Bereicherung dar. Das menschliche Glück und die Gesundheit kann oftmals auf den Einfluss von Gemeinschaft und Gesellschaft zurückgeführt werden.

Das Sozialkapital ist bei jeder Person individuell vertreten und gliedert sich laut Hagen in drei Bereiche:

„Das sind die 'Bindungen', die wir haben – also der organisierte oder spontane persönliche Kontakt. Damit sind die 'Normen' verbunden: unsere Lebensregeln und Verhaltensmuster, die sich aus den Bindungen entwickelt haben und die diese letztlich auch wieder zusammen halten. Die dritte Säule ist das 'Vertrauen'. Ohne Vertrauen, dass ein Mitmensch die Regeln einhält, halten auch die Bindungen nicht.“ (HAGEN, 2011, S. 10)

Das Sozialkapital ist meist eine Art „Nebenprodukt“ der Beziehungen im alltäglichen Leben. Das Ausmaß des Sozialkapitals lässt sich an der Größe der Netzwerke bzw. an den Mitgliedern ablesen. Mitgliedschaften in Vereinen, Verbindungen oder Arbeitsplatzkontakte, helfen dem Menschen, Wissen und Meinungen untereinander auszutauschen und somit das Sozialkapital zu vergrößern. Es ist aber auch möglich, Sozialkapital zu zerstören, indem ein Gruppenmitglied verloren geht oder Normen nicht eingehalten werden. Generell gilt aber, dass jeder Einzelne die Möglichkeit und Fähigkeit besitzt, das eigene Sozialkapital zu verbessern und zu vermehren. (vgl. DEINDL, 2005, S.3-4)

Das Sozialkapital erstreckt sich auf verschiedenen Ebenen im Alltag. Diese lauten folgendermaßen:

- Die „*Mikro-Ebene*“ beinhaltet die Familie und den engeren Freundeskreis.
- Die „*Meso-Ebene*“ beinhaltet Vereine, Verbindungen, Netzwerke und den Bekanntenkreis.

- Die „*Makro-Ebene*“ beinhaltet die eigene Weltanschauung, die Religion, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe. (vgl. BÜRO FÜR ZUKUNFTSFRAGEN, 2007, http://www.oevp.at/Common/Downloads/Sozialkapital_Buero_fuer_Zukunftsfragen.pdf, S. 1, 19.9.2011)

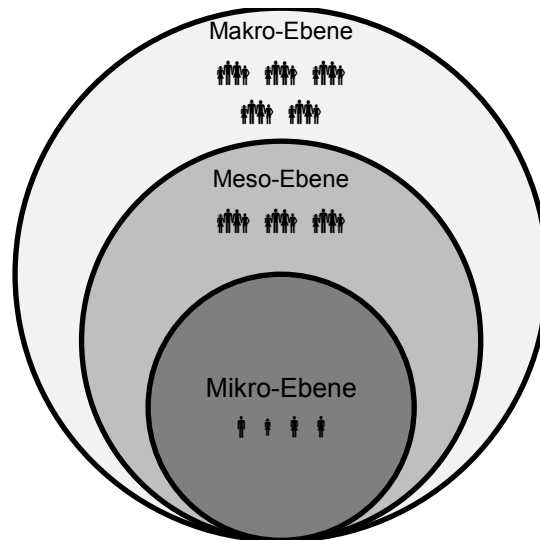


Abb.4: DARSTELLUNG VON MIKRO-, MESO- UND MAKRO-EBENE

Es gibt drei Arten von Sozialkapital:

- Strukturelles und kognitives Sozialkapital:
Strukturelles Sozialkapital beschreibt die Verknüpfungen von Gruppen und Menschen mit anderen Verbindungen von Beziehungen, Netzwerken und Institutionen, z.B. Kirchengemeinschaften, örtlichen Gesellschaften, Fußballvereinen, etc. Das kognitive Sozialkapital enthält die Werte Verantwortung, Normen und Ansichten.
- „*Bonding*“ und „*Bridging*“ Sozialkapital:
Sozialkapital kann die Ausprägung „*Bridging*“ und „*Bonding*“ haben. „*Bonding*“-Sozialkapital ist auf die inneren Werte eines Menschen konzentriert und meint die Normen, Werte, Loyalität und Gleichheit. Es basiert auf einer sehr starken Bindung und ist oft in Familien zu finden. Hingegen ist „*Bridging*“-Sozialkapital auf die Außenwelt des Menschen fokussiert und verbindet verschiedene Gruppen in der Gesellschaft. Diese Art von Sozialkapital ist schwächer und instabiler. „*Bonding*“-Sozialkapital kann einen negativen Effekt auf die Gesellschaft haben. Das veranschaulicht sich in Gruppierungen, die sich kriminell betätigen wie Mafia-Clans. „*Bridging*“-Sozialkapital ist somit positiver zu sehen. (vgl. MCKENZIE, 2008, S. 367)

Die Definitionen kurz zusammengefasst:

„‘Bonding’-Sozialkapital ist die Kommunikation und Interaktion innerhalb der Gemeinschaft.

‘Bridging’-Sozialkapital kann man gut wörtlich nehmen: als Brücken bauen zu fremden, anderen Menschen; diese können sich sowohl innerhalb als auch außerhalb der jeweiligen Gemeinschaft befinden.“ (HAGEN, 2011, S. 10)

- Horizontales und vertikales Sozialkapital:

Horizontales Sozialkapital beschreibt Sozialkapital zwischen Menschen, die sich in gleichen Gesellschaftsschichten befinden. Vertikales Sozialkapital ist das Sozialkapital von Personen, die sich in unterschiedlichen Gesellschaftsschichten integrieren. (vgl. MCKENZIE, 2008, S. 367)

Nach Aussagen der Studie *„Urbanization, Social Capital and Mental Health (2008)“* haben Gemeinschaften mit stabiler Bevölkerung eine Tendenz zu einem erhöhten Sozialkapital als jene mit einem signifikanten Ein- und Auswanderungsverhalten. Migration kann somit die Verbindungen zwischen Personen instabiler machen und das Sozialkapital einschränken. Es ist ein komplexes System und es sollte aus mehreren Perspektiven betrachtet werden. Bestimmte Bereiche der menschlichen Bevölkerung können somit nicht einfach in niedriges oder hohes Sozialkapital gegliedert werden. (vgl. MCKENZIE, 2008.S.364)

5.2. Rolle der sozialen Netzwerke

Das soziale Netzwerk stellt den Kreis der Beziehungen im Leben eines Menschen dar. Man unterscheidet zunächst dabei das primäre, sekundäre und tertiäre Netzwerk.

Das primäre Netzwerk besteht aus der Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft und den engeren Bezugspersonen. Das sekundäre Netzwerk ist institutionell. Es besteht aus öffentlichen Einrichtungen, Betrieben und Unternehmen. Tertiäre Netzwerke fungieren als Medium (Vermittler) zwischen primärem und sekundärem Netzwerk. Dies besteht aus Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen und gesundheitlichen Diensten.

(vgl.: INFORMATIK UND GESELLSCHAFT 2010: <http://www.informatik.uni-oldenburg.de/~iug10/sn/html/content/definition.html>, 31.5.2012)

Zusätzlich gibt es bei sozialen Netzwerken die Unterscheidung von schwachen und starken Beziehungen. Zu den starken Beziehungen, die auch als geschlossenes Netzwerk gelten, gehören: der enge Freundeskreis, die Partnerschaft oder die Kernfamilie. Offene Netzwerke

enthalten oft schwache Beziehungen wie beispielsweise das Vereins- oder Verbindungsleben. (vgl. DEINDL, 2005, S. 2) „Diese unterschiedlichen Beziehungsarten in Netzwerken haben Einfluss auf die Gewinne, die ein Einzelner aus Netzwerken ziehen kann.“ (EBD. S. 2)

Darüber hinaus hat die Qualität von sozialen Beziehungen großen Einfluss auf die Gesundheit. Je unterstützender und hilfreicher das soziale Netzwerk eines Menschen ist, desto weniger besteht die Möglichkeit, an psychischen oder somatischen Erkrankungen zu leiden. (vgl. WEISS, TRÄNHARDT 2005, S. 44-45) Laut des Artikels „*Urbanization, Social Capital and Mental Health (2008)*“ von Kwarne McKenzie, gibt es in sozialen Netzwerken mit hohem Sozialkapital weniger Probleme mit der psychischen Gesundheit. Besonders Gebiete in denen mehr „*Bridging*“ Sozialkapital vorhanden ist, wird mehr Sicherheit und Unterstützung geboten. Das hat einen positiven Effekt auf das psychische Wohlbefinden. Generell ist es wichtig zu wissen, dass Sozialkapital leicht zu verlieren oder zu zerstören, jedoch schwierig aufzubauen ist. (vgl. MCKENZIE, 2008, S.371)

5.3. Förderung des Sozialkapitals und der sozialen Vernetzung

Die Wahl der Freunde ist ein wichtiger Aspekt der sozialen Interaktion. Besonders die Schule setzt einen Meilenstein in der Entwicklung und Entstehung von interkulturellen Freundschaften und das nicht nur bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund. Je höher das Bildungsniveau eines/einer MigrantIn ist, desto leichter und schneller findet dieser Anschluss an Einheimische. Auch die Religiosität spielt oftmals eine Rolle, ob man Anschluss finden kann. Das Fazit lautet: Die Freundschaftsnetzwerke sind Maßstäbe für die Höhe der Integration, weil sie die Beziehungen der verschiedenen interkulturellen Gruppen widerspiegeln. (vgl. HAUG IN GAMPER, 2010, S. 254)

Zusätzlich sind soziale Netzwerke da, um Stabilität und Unterstützung zu bieten, denn dies hat besonders positiven Einfluss auf die psychische Stabilität eines Menschen. Die Familie, die Freunde und die Bekannten verstärken das Zugehörigkeitsgefühl und den Rückhalt, was besonders für Migranten von großer Bedeutung ist. (vgl. JANSSEN IN GAMPER, 2007, S. 334-335) Vor allem Pflegepersonen mit Migrationshintergrund können aus einer guten sozialen Vernetzung und dem dadurch vermehrten Sozialkapital, Kraft für den schwierigen beruflichen Alltag schöpfen. Dies begünstigt die psychosoziale Gesundheit.

Im Zuge einer Internetrecherche wurde versucht, einige Organisationen bzw. Vereine zu finden, die die Integration von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund unterstützen. Die angeführten Organisationen bzw. Vereine befinden in Österreich und richten sich an alle

Berufssparten und Personen mit Migrationshintergrund. Für die Berufsgruppe Pflege wurde keine spezielle Organisation gefunden.

Verein zur Förderung des Menschen in seinem Bedürfnis nach Gesundheit, Kommunikation, Integration sowie Kunst und Kultur in Wien



Im Wiener Bezirk Ottakring befindet sich seit 15 Jahren das Zentrum „NL 40“, in dem sich Menschen miteinander vernetzen und arbeiten können. Der Verein setzt sich aus Therapeuten und Künstler verschiedenster Ausprägung zusammen. Sie Abb. 5.:

NL 40 bieten einen Ort an, an dem Farb-, Körper-, Klang- und Bewegungsarbeit sowie Ernährungsberatung, Heilrituale und Raumgestaltung angeboten werden. Es werden immer wieder Projekte im Gesundheitsbereich, Integrationsbereich und Kunst initiiert. Nicht nur Therapeuten und Künstler arbeiten im Verein, sondern auch Experten aus Ethik, Ethnologie, interkultureller Kompetenz, Sprachunterricht, Ernährung, Sport, Religion und Architektur. (vgl. VEREIN ZUR FÖRDERUNG DES MENSCHEN IN SEINEM BEDÜRFNIS NACH GESUNDHEIT, KOMMUNIKATION, INTEGRATION SOWIE KUNST UND KULTUR: www.nl40.at)

– MiGaY – MigrantInnen, Miteinander, Minderheiten in Wien



Abb. 6. MiGay

Der Verein bzw. die Organisation „MiGaY“ steht für die Integration und Förderung von homosexuellen Migranten und geht besonders auf die Bedürfnisse und Wünsche dieser Gruppe ein. Ebenso werden Auskünfte über etwaige Veranstaltungen und Termine erteilt. Es ist seit 2009 die erste Onlineplattform für homosexuelle Migranten. (vgl. MiGAY, 2011, <http://www.migay.at>, 31.05.2012)

– Beratungszentrum für Migrantinnen und Migranten



Abb.7. Beratungszentrum für Migrantinnen und Migranten

Im Jahre 1983 wurde von Ex-Sozialminister Alfred Dallinger und weiteren Mitarbeitern das Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen gegründet. Es folgten etliche Beratungseinrichtungen für ausländische Arbeitnehmern sowie für die Familien in den umliegenden Bundesländern. 1993, genau zehn Jahre nach der Gründung, wurde zusätzlich ein spezielles Beratungszentrum für Frauen eingerichtet. Der Wiener Integrationsfonds übernahm 2004 das Betreuungsangebot und erweiterte es. Heutzutage steht eine Bandbreite an verschiedenen Projekten, diverse öffentliche

Aktionen und Beratungsangebote für Migranten zur Verfügung. (vgl. BERATUNGSZENTRUM FÜR MIGRANTEN UND MIGRANTINNEN: www.migrant.at, 23.11.2011)

- Club International – Verein zur Integration von Zuwanderern im 16. Wiener Gemeindebezirk



Der Club International ist ein Lokal, in dem sich Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund aus allen Altersklassen zusammenfinden können. Der Austausch von verschiedenen Kulturen steht dabei im Vordergrund. Diverse Veranstaltungen von Musikgruppen bis hin zu EDV-Kursen dienen dabei als Medium zum Kennenlernen. (vgl. CLUB INTERNATIONAL, 23.11.2011)

Abb.8. Club International

- Helping Hands



Abb. 9. Helping Hands

Helping Hands ist eine nicht staatlich anerkannte Organisation, die Menschen bei der Integration in Österreich unterstützt. Es werden zahlreiche Projekte initiiert, um Menschen, die sich in einem Ausnahmezustand befinden, zu helfen. Ein Team aus

Juristen versucht mittels Rechtsberatung im Fremdenrecht den Bedürftigen mittels konkreten Lösungsansätzen im Bereich Rassismus und rechtlicher Integration zu helfen. (vgl. HELPING HANDS: www.helpinghands.at, 10.11.2011)

- LEFÖ – Beratung, Bildung und Begleitung für Migrantinnen



Abb.10. LEFÖ

Der Verein LEFÖ begleitet, berät und betreut Migranten in Österreich. Ebenso bietet dieser Verein rechtliche, gesundheitliche und psychosoziale Hilfe an. Ein weiteres Anliegen ist die Integration von Frauen, damit diese gleiche Chancen im Leben haben.

Dieser Verein setzt sich besonders für folgende Anliegen von Migranten ein:

- Generelle Unterstützung und Empowerment
- Unterstützung von Frauen im Migrationsprozess
- Optimierung der Lebens- und Arbeitsbedingungen

- Vermeidung von Rassismus, Ausbeutung, Gewalt und Verletzungen des Menschenrechts
- Passende Bildungs- und Beratungsangebote
- Sammlung und Austausch von Informationen über Sexarbeit, Frauenmigration und Frauenhandel
- Verhinderung von Stigmatisierung (vgl. LEFÖ: www.lefoe.at, 23.11.2011)

- SINTEM – Interkulturelle psychotherapeutische und psychologische Angebote für Flüchtlinge im Familienzentrum Wien

Caritas

Abb.11. Caritas

Diese Organisation kümmert sich um das psychische Wohlbefinden von Migranten und bietet kostenlos psychologische Beratung sowie Psychotherapie an. Die Zielgruppe sind Flüchtlinge, die unter einem besonderen Trauma leiden. Dabei stehen Dolmetscher und Konsiliarpsychiater zur Seite.

(vgl. CARITAS-WIEN: <http://www.caritaswien.at/hilfeeinrichtungen/asylmigrationintegration/beratung-fuer-asylwerberinnen/psychosoziale-angebote/>, 23.11.2011)

6. Faktoren für die psychosoziale Gesundheit bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund – Allgemeine Fakten

In der psychosozialen Forschung existieren viele verschiedene Erklärungsansätze von möglichen psychischen Störungen und deren Einflussfaktoren auf Migranten bzw. auf Pflegepersonen mit Migrationshintergrund: das Stress-Modell, das Vulnerabilitäts-Konzept und die Kulturschock-Theorie. Letztere wird in dieser Arbeit beschrieben und dabei Bezug auf den Pflegeberuf genommen. Darüber hinaus existieren ebenfalls Konzepte, welche die soziale Unterstützung, die sozialen Netze betreffen und wichtig für die psychosoziale Gesundheit sind. Denn je mehr persönliche und soziale Ressourcen der Migrantin bzw. dem Migranten zur Verfügung stehen, desto erfolgreicher werden migrationsspezifische Probleme bewältigt. (vgl. BORDE, 2007, S. 9)

Nach einem Beitrag von Murat Ozankan und Zeynep Atik im Buch von Theda Borde und Matthias David (*„Migrations und psychische Gesundheit- Belastungen und Potentiale“*, 2007) existieren auch medizinsoziologische Theorien zur Migration. Diese Theorien geben weitere Erklärungsansätze für ein erhöhtes psychisches oder physisches Krankheitsrisiko im Falle von Migration:

- *„Theorie der sozialen Verursachung: Die sozialen Umweltbedingungen in der Aufnahmegesellschaft sind die Verursacher von Anpassungsproblemen und dem Auftreten von psychischen und physischen Störungen.*
- *Theorie der sozialen Unterprivilegierung*
Geringer sozialer Status, Armut, Zugehörigkeit zu einer diskriminierten Gruppe, schlechte und enge Wohnverhältnisse etc. erhöhen das Erkrankungsrisiko.
- *Theorie der unerfüllten Statusaspiration*
Das Nichterreichen des Migrationszieles, das in einem sozialen Aufstieg gesehen wird, kann zum Auftreten von psychischen und psychosomatischen Beschwerden führen.
- *Theorie des Kulturschocks:*
Die Kulturunterschiede zwischen Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft in Bezug auf Normen, Verhaltensweisen, Kenntnisse, Sprache etc. verlangen von den MigrantenInnen große Anpassungsleistungen. Solange diese Leistungen von den MigrantInnen nicht erbracht werden, erscheint die Kultur des Einwanderungslandes als bedrohlich und uneinschätzbar. Die Intensität des Kulturschocks wird in

Abhängigkeit von der Größe der Distanz zwischen beiden Kulturen und dem Entstehen einer ethischen Gruppe in der Aufnahmegesellschaft gesehen.

– *Theorie des Kulturwechsels*

Nach dem Einsetzen des Kulturschocks kommt es durch den hohen Anpassungsdruck zu einem Ablösen aus der Herkunftskultur, einer Anpassung des Lebensstils und somit zu einer Änderung des Selbstbildes, was Orientierungslosigkeit und soziale Entwurzelung zur Folge haben kann.“ (OZANKAN, ATIK IN BORDE, DAVID, 2007, S. 176)

6.1. Lifecourse Epidemiology - Modell

Die Lebensbiographie eines/einer MigrantIn bzw. einer Pflegeperson mit Migrationshintergrund ist ein bedeutender Faktor für die psychosoziale Gesundheit. Viele Migranten nehmen verschiedene Lebensgeschichten und Erfahrungen aus ihrem Herkunftsland mit ins Aufnahmeland. Diese Lebenserfahrungen sind bereits in der Kindheit durch verschiedene Einflüsse gekennzeichnet und können psychische und physische Krankheiten bedingen. Es ist daher nötig, die ganze Lebensbiographie von Migranten zu erfassen, um so auf etwaige psychische oder chronische Erkrankungen schließen zu können. Das „Lifecourse Epidemiology“-Modell hat hierzu die Aufgabe, den Lebenslauf der Migranten zu untersuchen.

(vgl. SPALLEK, RAZUM, 2009, <http://www.bpb.de/files/IKZF9X.pdf>, S. 7, 12.04.2012)

Dieses Modell wurde von Oliver Razum und Jacob Spallek, wissenschaftlichen Mitarbeitern an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, erstellt. (vgl. EBD., S.9)

Das Modell von „Lifecourse Epidemiology“ veranschaulicht folgende Darstellung:

Abbildung 1: Einflussgrößen auf die Gesundheit von Migranten aus der Sicht der Lifecourse Epidemiology

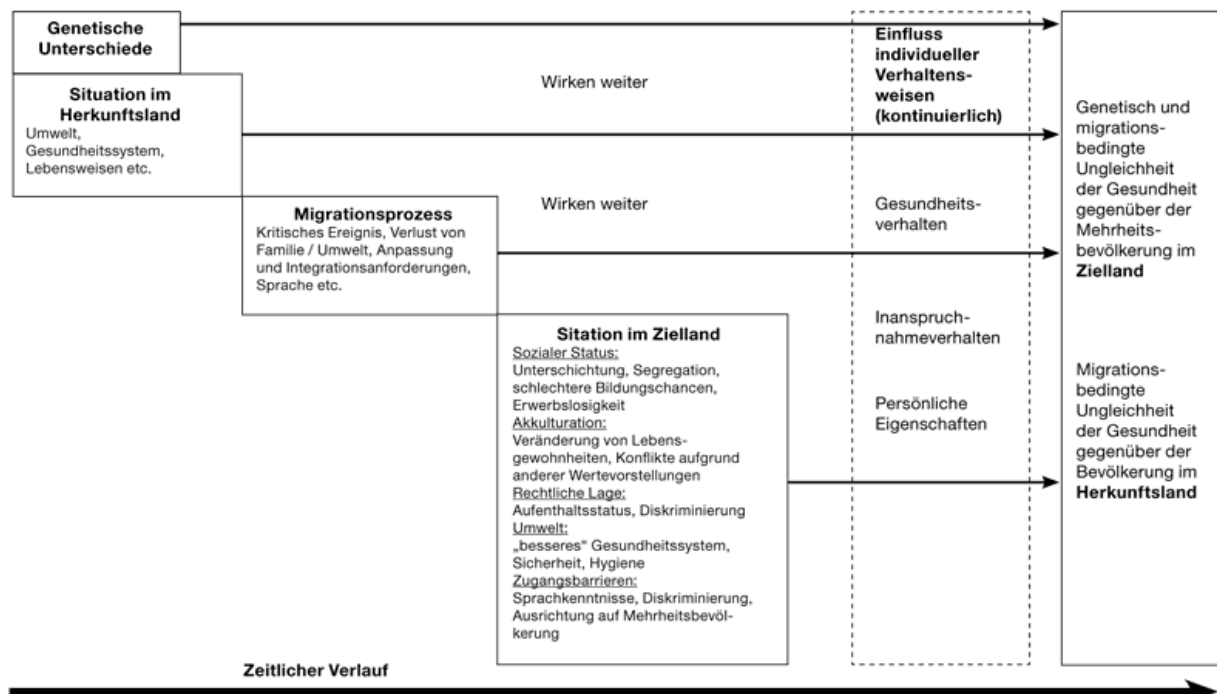


Abb. 12.: MODELL LIFECOURSE EPIDEMIOLOGY, SPALLEK, RAZUM, 2009, S. 7

Zusammenfassung der Einflussgrößen auf die Gesundheit von Migranten des *Lifecourse Epidemiology*-Modells:

In erster Linie sind die genetischen Unterschiede eine wichtige Einflussgröße für die Lebensgeschichte eines Migranten. Ebenfalls wirkt die Situation im Herkunftsland z.B. bestehende Gesundheitssystem und die Umwelt auf den Menschen ein. Der Migrationsprozess ist ein weiterer Meilenstein, der von Verlust, Anpassung und Integrationsanforderung geprägt ist. Im Zielland ist die Situation des Menschen mit Migrationshintergrund neu d.h. der soziale Status, die rechtliche Lage und die Akkulturation wirken auf das Leben des Menschen.

- Genetische Unterschiede:
- Situation im Herkunftsland
- Migrationsprozess
- Situation im Zielland
- Einfluss individueller Verhaltensweisen

(vgl. EBD., S. 7)

Die angeführten Aspekte wirken sich auf die individuellen Verhaltensweisen, auf das Gesundheitsverhalten und die persönlichen Eigenschaften von Migranten und hier im Speziellen somit auch auf Pflegepersonen mit Migrationshintergrund aus.

6.2. Relevanter Einflussfaktor Migrationshintergrund

In diesem Kapitel der Diplomarbeit wird auf die verschiedenen Einflussfaktoren der psychosozialen Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund eingegangen.

6.2.1. Psychologische Phasen von Migration

Migration ist ein komplexer sowie vielfältiger Prozess und erfolgt in vier typischen Phasen:

1. Vorbereitungsphase
2. Migrationsakt
3. Phase der Überkompensierung
4. Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse

Jede Phase ist durch verschiedenen Abläufe und familiäre Bewältigungsmuster gekennzeichnet. Ebenfalls können die einzelnen Phasen verschiedene Symptome und Konfliktsituationen auslösen.

Die erste Phase ist die Vorbereitungsphase:

Hier werden die ersten Wege eingeleitet, die eine Auswanderung möglich machen, zum Beispiel die Beantragung eines Visums. Diese Phase kann zeitlich gesehen plötzlich auftreten oder wohl überlegt sein. (vgl. HEGEMANN, 2010, S.109-112)

Die nächste Phase ist der Migrationsakt:

Die Art und der Ablauf des Migrationsakts können unterschiedlich ablaufen. Einerseits gibt es Migranten, die für immer auswandern wollen und all ihre Verbindungen zur Heimat hinter sich lassen. Andererseits gibt es Migranten, die nur befristet im Zielland leben und nach einiger Zeit zurück in ihr Heimatland möchten. Viele Familien wissen, wo sie sich genau niederlassen wollen und andere planen wiederum Probephasen in diversen Ländern ein. Manche ziehen einen „*Aufbruch ins Unbekannte*“ vor und andere ergründen vorerst ihr zukünftiges Zielland. (vgl. EBD., S.112-113)

Eine weitere Phase stellt die Überkompensierung dar:

Nicht die ersten Wochen und Monate stellen die schwierigste Zeit der Migration dar, sondern die darauffolgenden Phasen. Meistens wird in der ersten Zeit eine große Anpassungsbereitschaft gezeigt. Durch negative oder widersprüchliche Erfahrungen können Unstimmigkeiten zwischen Erwartungen und Realität im Aufnahmeland auftreten. Aufgrund dessen kann eine Vielzahl an Belastungen auf die Migrantin bzw. den Migrant einbrechen. Diese sind Auslöser für Krisen mit familiärer Desorganisation oder psychiatrischer Symptomatik. (vgl. EBD., S.113-115)

Die vierte Phase ist die Dekompensation:

Sie stützt sich auf Konflikte, Symptome und Probleme. Viele Familien mit Migrationshintergrund befinden sich in dieser Phase, wenn sie eine therapeutische Institution oder eine Beratungsstelle aufsuchen. Ein wichtiger Punkt ist es dann, eine neue Realität für die Familie zu formen. Es gilt nicht nur, die Kontinuität der Familie aufrecht zu erhalten, sondern auch die Anpassungsfähigkeit an die neue Umgebung zu fördern. Auf der einen Seite müssen bestimmte familiäre Gewohnheiten unterstützt werden, auf der anderen müssen einige Verhaltensweisen abgelegt werden, um in der neuen Gesellschaft und Kultur bestehen zu können. Zu berücksichtigen ist, dass Kinder sich viel schneller anpassen können als ihre Eltern. (vgl. EBD., S.115)

6.2.2. Heimweh-Reaktion

Als nächster relevanter Faktor für psychosoziale Gesundheit bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund gilt das Phänomen „*Heimweh*“. Dieses ist der emotionale Ausdruck einer Person, die sich nach der Sicherheit und Geborgenheit ihrer Heimat sehnt. Der Begriff wurde in der Schweiz im 17. Jahrhundert geprägt. Dazumal war Heimweh eine typische Krankheit von schweizerischen Söldnern. Diese waren im Ausland stationiert, um für fremde Herren im Krieg zu kämpfen. Hinter Heimweh verstecken sich auch die Synonyme „*Nostalgia*“ und „*Nostrasia*“, die aus einem Konversations-Lexikon stammen. (vgl. MATTHIAS, DAVID IN BORDE, DAVID, 2007, S. 14-15)

In diesem Lexikon findet sich folgende Definition von Heimweh:

„(...) durch unbefriedigte Sehnsucht nach der Heimat begründete Art von Melancholie, welche in den verschiedensten Graden beobachtet wird, in schweren Fällen zu bedeutender Zerrüttung bei körperlicher Gesundheit führen, ja als vollkommen entwickelte Geistes- und Gemütskrankheit (...) sich darstellen und dadurch zum Tode führen kann.“ (MATTHIAS DAVID IN BORDE, DAVID, 2007, S. 15)

Heimweh oder auch Nostalgie ist ein essentieller Gegenstand der internationalen Migrationsforschung. In erster Linie sehnen sich Migranten nach der Heimat und ihren dort bestehenden sozialen Beziehungen. Dies manifestiert sich in ihren individuellen und kollektiven Erinnerungen, die ihre kulturelle Identität formen. (vgl. DIETZEL- PAPAKYRIAKOU IN KARAKAŞOĞLU, LÜDDECKE, 2004, S. 29-31)

Heimweh oder Nostalgie kann Melancholie oder Monomanie (Einzelwahn) herbeiführen. (vgl. DOWN UNDER ONLINE MAGAZIN, 2006, S.4, <http://www.martin-freinatis.de/downloads/documents/down-under-magazin-ausgabe4.pdf>, 12.12.2011)

Häufig ist es so, dass gerade ältere Menschen sich vergangenen Zeiten der Kindheit oder Jugend in ihrer alten Heimat herbeiwünschen. Zu bemerken ist, dass Heimweh kein Phänomen einer bestimmten Kultur ist, sondern es jeder Person widerfahren kann. (vgl. DIETZEL- PAPAKYRIAKOU IN KARAKAŞOĞLU, LÜDDECKE, 2004, S. 29-31)

6.2.3. Identitätsentwicklung

„Ich habe meine Füße auf zwei Planeten. Ich trage zwei Welten in mir aber keine ist ganz; Sie bluten ständig. Die Grenze verläuft mitten durch meine Zunge.“ (KÜRSAT-AHLERS, 1995, S. 167)

Die Identitätsentwicklung ist ein langer Prozess im Leben eines Menschen, bei dem das „Innere“ und das „Äußere“ im Verhältnis stehen. Dieser Prozess verlangt ein Gleichgewicht zwischen innerer und äußerer Lebenswelt des Menschen bzw. Pflegekraft mit Migrationshintergrund. Die Persönlichkeit, Verhaltensnormen, kulturelle Werte und die Rolle in der sozialen Umwelt sind einige Faktoren, die bei der Identitätsentwicklung bedeutend sind und diese beeinflussen können. (vgl. WOHLFART, KLUGE, ÖZBEK IN BORDE, 2006, S. 122-126)

Jeder Mensch ist ein individuelles Lebewesen mit vielfältigen Eigenschaften, Fähigkeiten, Kenntnissen und Verhalten. Die Mitgliedschaft in Gruppen (Vereine, Clubs) und die Anpassung an soziale Rollen (Vater, Mutter, Angestellte etc.) veranlassen den Menschen, seine eigene individuelle Identität aufzubauen. Durch den Austausch mit anderen Menschen, Organisationen und der Umwelt wird die Identität bestätigt. Im Laufe des Lebens durchwandert die Identitätsentwicklung des Menschen drei Stufen:

- Geschlechtsidentität: Zugehörigkeit zum eigenen Geschlecht
- Altersidentität: Zugehörigkeit zum eigenen Alter
- Körperidentität: Zugehörigkeit zum eigenen Körper

Zu beachten ist, dass spezielle Lebensabschnitte, die durch eine Umstellung psychisch und sozial geprägt sind, Krisen und Konflikte hervorrufen können. (vgl. DOMENIG, 2007, S. 328-329)

6.2.4. Rassismus

Rassismus spielt im Pflegealltag leider immer noch eine Rolle. Diese Diskriminierungsform kann auf das psychosoziale Wohlbefinden von Pflegekräften mit Migrationshintergrund Einfluss nehmen. Aus diesem Grund soll der Begriff Rassismus hier kurz erläutert werden.

Das Thema Rassismus hat in Europa eine lange, traurige Geschichte. Besonders Menschen mit unterschiedlicher Hautfarbe werden diskriminiert und ausgegrenzt. Während die Menschen jahrhundertlang Herrschaftsansprüche aufgrund ihrer Hautfarbe und Herkunft stellten, ist diese Art der Unterscheidung heute längst nicht mehr tragbar. (vgl. HEGEMANN, 2010, S. 69) Schließlich zeichnet sich Westeuropa gerade durch seine Multikulturalität aus. Bei gewissen Bevölkerungsgruppen besteht eine gewisse Besorgnis über die Vermischung des einheimischen Volkes und dessen natürlichen Eigenschaften. Diese Ansicht resultiert aber aus dem jahrhundertealten Missverständnis der Begriffe Kultur und Rasse. (vgl. EBD.S. 71)

Ein Rassenvorurteil ist eine Verallgemeinerung falscher Tatsachen. Es sind vielmehr Gefühle und Geisteshaltungen, die in Form der Abneigung gegenüber fremden Menschen ans Tageslicht treten. Wenn diese Form von rassistischer Einstellung in gesellschaftlichen Institutionen (z.B. im Krankenhaus) vorkommt, spricht man vom „institutionellen Rassismus“. In vielen beruflichen Sparten wie in der Psychiatrie, klinischen Psychologie, Sozialarbeit und der Psychotherapie kann dieses Phänomen beobachtet werden. (vgl. EBD. S. 70)

Heutzutage besteht ein „neuer“ Rassismus, der sich weniger auf die biologischen Merkmale stützt, sondern sich gegen spezifische Menschengruppen richtet. Diese Menschengruppen unterscheiden sich durch kulturelle, religiöse, sprachliche und historische Merkmale. Es entsteht dabei eine „Wir-Gruppe“, die positive Eigenschaften hat und die „Andere-Gruppe“, die für negative Eigenschaften steht. (vgl. DOMENIG, 2007, S. 107)

Häufig kommt es vor, dass ausländisches Pflegepersonal vor Diskriminierung und Vorurteilen nicht gefeit ist. Patienten verweigern den Kontakt oder beschimpfen das Pflegepersonal. Aber auch von Seiten der eigenen Berufsgruppe sind Vorfälle bekannt. (vgl. ALBERT, 2001, S. 38)

Ein Beispiel einer Unterschriftenaktion aus dem Jahr 2010 mit dem Titel *„KrankenpflegerInnen gegen Rassismus und Fremdenfeindlichkeit“*, die vom Fonds Soziales Wien initiiert wurde, zeigt den Kampf gegen den Rassismus. Krankenpfleger wurden aufgefordert, für ein besseres Miteinander in Wiens Pflegebereich ihre Unterschriften abzugeben. Die außerordentliche gute Zusammenarbeit von Pflegepersonen in multikulturellen Teams war Anlass und Vorbild für diese Unterschriftenaktion in Wien. Zirka 3.000 gesammelte Unterschriften wurden schließlich der Integrationsstadträtin Sandra Frauenberger übergeben. (vgl. FONDS SOZIALES WIEN, IRAIDES, 2010, http://www.fsw.at/medienservice/presseinfos/20101006_presseinfo_pflegegegenRassismus.pdf S. 1-2, 10.11.2011)

6.2.5. Kulturschock

Viele Pflegepersonen mit Migrationshintergrund stehen im Aufnahmeland vor einer großen kulturellen Hürde. Die Normen, Kenntnisse, Verhaltensweisen, Traditionen, Sprache etc. des Aufnahmelandes unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht vom Herkunftsland und verlangen eine rasche Anpassung an die neuen Umstände. Diese Kulturunterschiede gelten als unheilvoll, solange keine Anpassung stattfindet. Ausschlaggebend für die Situation, auch Kulturschock genannt, ist das Ausmaß der Distanz der beiden Kulturen und der Schaffung

von ethischen Gruppen in der neuen Aufnahmegesellschaft. (vgl. OZANKAN, ATIK IN BORDE UND DAVID 2007, S. 176)

Der Kulturschock ist keine Krankheit. Es ist ein Anpassungsvorgang an eine andere Kulturgesellschaft, an fremde Verhaltensmuster und –regeln, neue Traditionen, Sitten und Gebräuche. Ebenso verändert sich die psychische Reaktion der Migranten. Zu beachten ist, dass ein Kulturschock nicht nur im Ausland auftreten kann, sondern etwa auch bei einem Wohnortswechsel im eigenen Heimatland.

Der Kulturschock wurde bereits in einem Modell veranschaulicht, das als „W-Kurve“ bekannt ist. In diesem Modell werden das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der migrierten Person erfasst. Das Modell gliedert sich dabei in folgende Phasen:

- Phase A: Ankunft und Entdeckung
- Phase B: Ernüchterung und Enttäuschung
- Phase C: Kulturschock
- Phase D: Anpassung an die fremde Kultur
- Phase E: Sich zu Hause fühlen
- Phase F: Rückkehrschock
- Phase G: Reintegration in der Heimat (vgl. KOPPER, 1997, S. 31- 39)

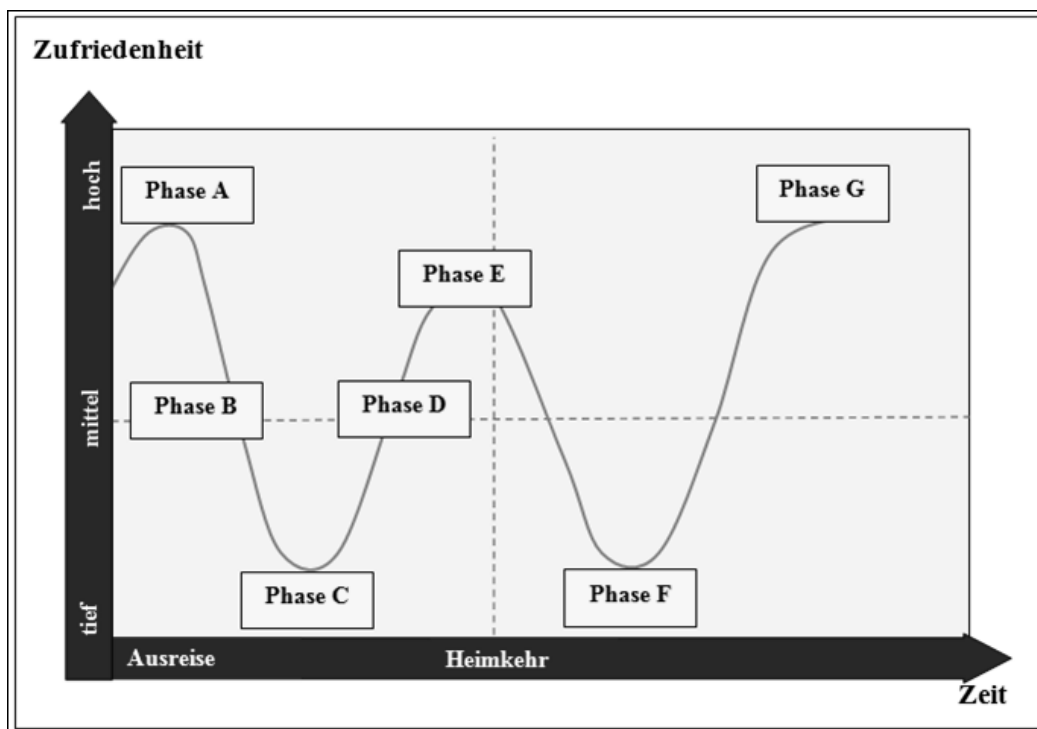


Abb. 13.: MUNICH BUSINESS SCHOOL

Der Kulturschock ist ein Phänomen, das sich bei jedem Menschen individuell zeigt. Auch wenn man sich vor einem Wohnortswechsel oder einer Ausreise über das Zielland ausreichend informiert, ist man nicht vor diesem gefeit.

Es bestehen viele Möglichkeiten, den Kulturschock zu lindern. Vor allem mit Hilfe und Unterstützung von Familienmitgliedern, die sich in der gleichen Situation befinden, kann dem Phänomen entgegengewirkt werden. Meist hilft aktives Reden über die neuen Eindrücke und Ereignisse, um die Situation des Kulturschocks leichter zu überwinden.

Unternehmungen gegen den Kulturschock:

- Aktive Gestaltung des Aufenthaltes im Ausland
- Aufrechterhaltung der Kontakte zum Heimatland
- Aufbauen von Beziehungen und Aktivitäten im Aufnahmeland
- Pflegen der Heimat im Ausland
- Bewusste Steuerung der eigenen Meinung und Einstellung
- Verwöhnen und Belohnen der eigenen Person (vgl. KOPPER, 1997, S. 31-39)

6.2.6. Marginalisierung

Ein weiterer Einflussfaktor für psychosoziale Gesundheit bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund ist die Marginalität.

Für den amerikanischen Soziologen Everett Verner Stonequist ist Marginalisierung ein psychologischer Zustand. Dieser Zustand zeichnet sich dadurch aus, dass ein Individuum seine Identität mit dem Heimatland aufgibt, um im Aufnahmeland akzeptiert zu werden. Es gibt zwei Einflussfaktoren auf die Marginalisierung:

1. Vorurteile über Migranten im Aufnahmeland
2. Krankheitsgefühl der Migranten im Aufnahmeland

Viele versuchen, die Herkunftskultur zu erhalten und sich gleichzeitig in die Aufnahmekultur einzufügen. Das Resultat davon ist oftmals das Gefühl, keiner Gruppe richtig anzugehören. Diesen Zustand nennt man „*marginalisierten Übergangszustand*“, ein psychologischer Zustand, der aus der Spannung zweier Kulturen entsteht.

Everett Verner Stonequist behauptet, dass jede Kultur für sich eine Persönlichkeit bildet, aber nicht jede Person ist davon betroffen oder durchläuft diesen Prozess. Dazu erstellte er ein Prozessmodell, das drei Phasen durchläuft:

1. Das Ausmaß des kulturellen Konflikts ist dem Einwanderer bzw. der Einwanderin im Zielland nicht bewusst.
2. Der kulturelle Konflikt wird vom Einwanderer bzw. der Einwanderin im Zielland erlebt und führt zu einer Veränderung der kulturellen Identität und des Selbstkonzepts.
3. Der Einwanderer bzw. die Einwanderin versucht, die Konflikte zu lösen und sich anzugleichen, was jedoch nicht gelingt.

Dieses Prozessmodell ist sehr einfach aufgebaut, doch nicht sehr ausführlich formuliert worden.

Ein weiterer Forscher namens Jinchul Choi hat Marginalisierung als einen Zustand der „Nicht-Verortung“ beschrieben. Die betroffenen Personen würden sich zwischen den Orten bewegen, ohne dabei einen eigenen Ort zu haben. Auch die Forscherin Annette Treibel hat ihre Definition von Marginalität: Es sei eine Art Dauerkrise für „*entwurzelte Menschen*“ am Rand einer Gesellschaft zu stehen. Diese Menschengruppe der Migranten fände sich in ihrer neuen Umgebung nicht zurecht und entfremde sich ebenso von ihrer Herkunftskultur. (vgl. ZICK, 2009, S. 139-141)

6.2.7. Sprachprobleme

Viele Führungskräfte berichten, dass die Sprache eines der markantesten Probleme in der Zusammenarbeit mit Pflegekräften aus dem Ausland darstellt. Die mündlichen und schriftlichen Sprachkenntnisse seien mangelhaft ausgebildet und führten oftmals zu Kommunikationsproblemen und Missverständnissen. (vgl. KILCHER, 2006, S. 10-11)
In der Pflegearbeit passiert die Gestaltung des Arbeitsalltags größtenteils durch mündliche Kommunikation. Die Aufträge im Team werden mündlich verteilt. Zudem ist die Sprache nicht nur für die Arbeit nützlich, sondern auch für die Knüpfung von persönlichen Kontakten im Team unabdingbar. (vgl. BUCHINGER, 2008, S. 41)

Ein großer Konfliktbereich stellt das Reden im österreichischen Dialekt dar. Heimische Pflegekräfte verwenden häufig Dialekt und sind für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund schwer zu verstehen. Auch die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund unterhalten sich oftmals in ihrer Muttersprache, was ein hohes Belastungspotenzial für die Kollegen darstellen kann.

Folgende Punkte könnten die sprachliche Situation verbessern:

- Hochdeutsch sprechen
- Deutsch als einzige Umgangssprache
- Verbesserung der Sprache durch Kurse einleiten (vgl. EBD. S. 42)

Aktuell gibt es ein Angebot einen Deutschkurs durch den Österreichischen Integrationsfond „*Einstieg in die Pflege*“ zu absolvieren. Migranten sind somit im Stande sich für ihre Ausbildung zum Pflegehelfer oder zur Heimhilfe vorzubereiten. Das Haus der Bildung – kurz Habibi – stellt dafür die Räumlichkeiten zur Verfügung. Mit diesem Angebot soll somit eine leichtere berufliche Integration für Migranten gegeben werden. Ebenfalls gibt es spezielle Deutschkurs für die Berufssprache Pflege und richtet sich an die Berufsgruppe der Gesundheit- und Krankenpflegepersonen, die im Ausland ihr Diplom gemacht haben. Im Halbjahres Takt wird dieser Kurs am AKH angeboten. (vgl. Integrationsbericht 2012, S.43)

6.2.8. Fremdsein

Der Mensch hat seit jeher Angst vor dem Unbekannten, Neuen und Fremden. Es ist ein natürliches Gefühl, vor Dingen, die einem unbekannt sind, Angst zu haben. Anschaulich beobachten kann man diesen Umstand der Angst vor dem Neuen und Unbekannten schon bei Kindern. Diese leiden oft an „*Acht-Monate-Angst*“ oder haben generell Angst vor fremden Leuten. Auch Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sind von den neuen Eindrücken in ihrem Aufnahmeland geprägt und können Ängste entwickeln.

Laut Georg Simmel, ein berühmter Philosoph und Soziologe des 19. Jahrhunderts, ist der Fremde jemand, der „*heute*“ in ein neues Land kommt und sich „*morgen*“ in seinem Zielland niederlassen will. Der „*Gekommene*“ löst mit seiner Auswanderung in ein neues Land zahlreiche Probleme für sich und seine Umwelt aus. Ein Problem ist die Marginalisierung, die im Kapitel 6.2.6 beschrieben wurde. Eine Umsiedlung bedeutet nicht nur die räumliche Umgebung zu wechseln, sondern auch die Einstellung und Gefühlswelt neu zu gestalten.

Die marginale Situation veranlasst, dass er/sie einerseits die eigenen Traditionen beibehält und andererseits von der neuen Gesellschaft nicht akzeptiert wird. In gewisser Weise lebt der Fremde oder die Fremde in einer kulturellen Zwischenwelt, in der er oder sie psychosoziale Konflikte erdulden muss und seine oder ihre Zugehörigkeit unklar ist. Zusätzlich hat die neue Umgebung eine starke Wirkung auf die Probleme des Fremden oder der Fremden. Das fremde Wesen, die Religion, die Sprache und die Kultur des Zuwanderers löst in manchen Einheimischen das Gefühl der Angst aus, weil es unbekannt ist. (vgl. zit. n. Simmel aus BORDE, DAVID, 2007, S. 26-28)

In der Angstforschung ist bekannt, dass „*Angst vor Fremden*“, die beispielsweise einem Großteil der Bevölkerung herrscht, auf keinen Fall verdrängt werden sollte. Vielmehr würde dies zu einer situationsbezogenen Zustandsangst („*anxiety state*“) und in weiterer Folge zu einer Verhaltensdisposition und einem Wesenszug („*anxiety trait*“) führen.

Weiters neigt die Menschheit dazu, sich ein hilfloses Objekt bzw. einen Sündenbock zu suchen, auf den die große Angst vor Fremdheit projiziert wird. Diese Angst resultiert jedoch nur aus diffusen Vorstellungen und Empfindungen.

Ein Verzicht auf Fremde in der sozialen Umwelt und den Interaktionen ist ebenfalls keine angemessene Art und Weise, gegen die Angstbewältigung vorzugehen, denn so werden Vorurteile, Stereotypen und die Angst vor Fremden nur noch mehr geschürt. Für eine positive Verarbeitung der Angst vor Fremden ist es ratsam, sich kritisch und konstruktiv damit auseinanderzusetzen. Auf diese Weise legt man den Grundstein für eine erfolgreiche Entwicklung interkultureller Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit fremden Menschen. (vgl.EBD., S. 33-34)

6.3. Relevante Einflussfaktoren im beruflichen Umfeld

Allgemein betrachtet gibt es unendlich viele Ursachen, die negativen Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit speziell von Pflegekräften mit Migrationshintergrund im Beruf haben. Diese sind:

- Arbeitsfehler
- Geringe Arbeitszufriedenheit
- Gesteigerte Zahl von Konflikten
- Mobbing
- Lange und zahlreiche Krankenstände
- Personalabgang (Fluktuation)
- Frühpensionierung (vgl. DIETSCHER, NOWAK, STIDL, 2003, http://bihpr-pub.lbg.ac.at/publ/EA-PDF_00483.pdf, S. 1,12.04.2011)

Psychosoziale Probleme lauern – laut dem Wiener Informationsnetzwerk - in vielen Berufssparten, jedoch gehört das Gesundheitswesen zu den am meisten betroffenen Gruppen. Die Folgen von psychosozialen Problemen am Arbeitsplatz sind nicht nur für die Betroffenen selbst spürbar, sondern wirken sich kontinuierlich auf das Umfeld aus. Patienten, Mitarbeitern und Vorgesetzte tragen genauso die Folgen mit sich. Vor allem die Qualität der Pflege und die generelle Leistung im Gesundheitswesen werden in Mitleidenschaft gezogen.

Unterschiedlich ist die Auffassung, wann eine Situation für den Betroffenen bzw. die Betroffene belastend wird. Erstens kann dies von der Veranlagung und andererseits von der eigenen Bewältigungsstrategie und Bewältigungsmöglichkeit abhängig sein. (vgl. EBD. S. 2)

Im folgenden Abschnitt werden einige Parameter angeführt, die psychosoziale Gesundheit von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund beeinflussen können. (vgl. EBD. S. 2)

6.3.1. Patient

Die Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson steht im zentralen Mittelpunkt der Arbeitswelt. Die Patienten sind oft schwer und unheilbar krank. Pflegepersonen sind somit tagtäglich mit Leiden, Sterben, Hoffnungslosigkeit, Schmerz und Verzweiflung konfrontiert. Extremsituationen, die andere Menschen nur selten in ihrer Welt erleben, sind für Pflegepersonen der Alltag und ganz normal. (vgl. HORNING, LÄCHLER, 2006, S.273)

Überforderung oder Unterforderung stehen dabei oftmals an der Tagesordnung. Meist sind es berufsfremde Arbeitsanweisungen, die als Auslöser für psychosoziale Gesundheitsprobleme am Arbeitsplatz gelten. Die geringe Arbeitsplanung, die Pflegeorganisation, der Arbeitszeitdruck, der nicht gerade üppige Lohn und die schwierige Finanzierung von Materialien wirken zusätzlich auf die Pflegeperson und können das psychosoziale Befinden drastisch verschlechtern.

Das Thema Gewalt im Pflegebereich ist ebenfalls sehr präsent. In Europa sind ungefähr vier Prozent der Pflegepersonen von Gewalt betroffen. Der Prozentsatz im Gesundheitsbereich ist jedoch deutlich höher angesiedelt. Laut Statistik ist Gewalt im Gesundheitsbereich dreimal häufiger als bei anderen Berufsgruppen. (vgl. DIETSCHER, NOWAK, STIDL, 2003, http://bihpr-pub.lbg.ac.at/publ/EA-PDF_00483.pdf, S. 2, 12.04.2011)

Die Arbeiterkammer Niederösterreich (AKNÖ) hat im Jahr 1998 eine Befragung über die mangelhafte Ausbildung im Umgang mit Belastungen im Pflegeberuf durchgeführt. 74 Prozent der befragten Pflegepersonen gaben an, dass sie nicht ausreichend auf die Arbeitsbelastungen vorbereitet wurden. (vgl. LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR MEDIZIN- UND GESUNDHEITSSOZIOLOGIE, 2003, S.29)

6.3.2. Arzt

Die Zusammenarbeit, die Wertschätzung und die Kooperationsbereitschaft zwischen Arzt und Pflegeperson mit Migrationshintergrund sind ein weiterer wichtiger Einflussfaktor für die psychosoziale Gesundheit. Das Machtgefüge zwischen Arzt und Pflegeperson hat bedeutende Wirkung auf die Kommunikation sowie den Berufsalltag. Es stellt eine Konfliktquelle für Kompetenz, Verantwortlichkeit und Konkurrenzkampf dar. Häufig ist das

Pflegepersonal unzufrieden mit der Geringschätzung der Pflegearbeit, der ärztlichen Anweisungsbefugnis und ihrem Machtstatus. Die Pflegepersonen fühlen sich vermehrt unterschätzt und nicht gleichberechtigt behandelt. Dies kann zu erheblichen Spannungen und Kontroversen führen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit blockieren. Die Resultate führen meist zur generellen Arbeitsunzufriedenheit. (vgl. KULBE, 2001, S. 197-198)

Generell betrachtet ist die Beziehung zwischen Arzt und Pflegeperson im Krankenhaus komplementär und zeichnet sich durch viele verschiedene Handlungs- und Verhaltensweisen aus. Diese ergänzen einander. Laut Annedore Napiwotzky, Leiterin des Hospizes in Stuttgart, ist diese Beziehung metakomplementär zu sehen. Das bedeutet, dass der Mediziner nur augenscheinlich der Pflegeperson die Verantwortung überlässt, unterschwellig hat dieser jedoch das Sagen. (vgl. FUCHS, FOIDL, 2010, S. 29)

6.3.3. Vorgesetzte

Ausschlaggebend in dieser Beziehung sind die Führungskultur und das Organisationstalent der Vorgesetzten. Die fehlende oder mangelnde Führungskompetenz kann psychosoziale Probleme bei den Pflegepersonen mit Migrationshintergrund hervorrufen. Oftmals ist ein zu autoritärer Führungsstil, eine starre oder unklare hierarchische Personalstruktur sowie unklare Zielsetzung kontraproduktiv im Pflegealltag. (vgl. EBD. S. 2)

Der Trend zu Mitarbeitergesprächen und Teamsitzungen in Spitälern und Pflegeeinrichtungen verhilft zu mehr Einsicht in die psychosoziale Thematik. Die Mitarbeiterbefragung ist somit ein empfohlenes Instrument, um belastende Arbeitssituationen frühzeitig zu erkennen und Abhilfe zu schaffen. In der Regel findet ein Mitarbeitergespräch mindestens einmal im Jahr statt.

(vgl. DEUTSCHMANN, 2006: http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2006/03/deutschmann.pdf, S. 33, 12.04.2011)

6.3.4. Mitarbeiter/Kollegen

Im Krankenhaus wird die Pflege im Team ausgeführt. Die Beziehung mit den Teamkollegen ist oftmals eine sehr herausfordernde, da man sehr eng miteinander zusammenarbeiten muss. Das Konkurrenzdenken kann als Auslöser von Konflikten gesehen werden. Zum Beispiel kommt es manchmal vor, dass Ärzte eine Pflegeperson präferieren. Das kann interne Konflikte begünstigen und sich auf die psychosoziale Gesundheit bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund auswirken. (vgl. SPERL, 2002, S. 137)

So kann es passieren, dass Konflikte nicht adäquat verarbeitet werden und keine Lösung gefunden wird. Infolgedessen bleiben Interessens-, Bedürfnis- und Machtkonflikte über längere Zeit hinweg bestehen. Das Arbeitsverhältnis wird drastisch beeinträchtigt und kontraproduktive Arbeit wird unvermeidbar. Im äußersten Fall kann dies zu Mobbing-Handlungen führen. (vgl. EKERT, EKERT, 2005, S. 304)

Auch ergeben sich schwierige Situationen, wenn eine Pflegeperson soziale und psychische Isolierung vorzieht und sich der Gemeinschaft im Pflorgeteam entzieht. Als Einzelgänger im Berufsalltag können so Konflikte mit Berufskollegen begünstigt werden. Auch wenig Entscheidungsfreiheit bei hoher Verantwortung und wenig Mitspracherecht fördern psychosoziale Problemstellungen. (vgl. DIETSCHER, NOWAK, STIDL, 2003, http://bihpr-pub.lbg.ac.at/publ/EA-PDF_00483.pdf, S. 3, 12.04.2011)

6.3.5. Arbeitsumgebung

Die Arbeitsumgebung hat – wie auch andere Faktoren – ebenso großen Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit der Pflegepersonen mit oder ohne Migrationshintergrund. Großer Arbeitsdruck, kaum steuerbare Arbeitszeiten, unflexible Dienstpläne, spontane Arbeitseinsätze und lange Arbeitsdauer nehmen Einfluss auf das psychosoziale Wohlbefinden. (vgl. DIETSCHER, NOWAK, STIDL, 2003, http://bihpr-pub.lbg.ac.at/publ/EA-PDF_00483.pdf S. 2, 12.04.2011)

Nacharbeit, Schichtarbeit und unflexible Freizeitplanung sind solche Irritationen und Unmut auslösende Faktoren. Besonders der aufgrund von Personalmangel und Einsparungen große Zeitdruck ist eine Belastung und zieht ungeahnte Folgen in der Pflegequalität mit sich. Aufgrund des ständigen Zeitdrucks und dem Bemühen, Arbeitsfehler zu vermeiden, werden immer mehr seelische Spannungen aufgebaut und verlangen eine Ausdrucksform. (vgl. HORNING, LÄCHLER, 2006, S. 273)

In weiterer Folge gibt es Problembereiche, die in der Arbeitsplatzausstattung anzusiedeln sind. Darunter fallen:

- Platzmangel bei der Pfl egetätigkeit
- Belastung in der Umgebung wie Lärm etc.
- Sicherheitsrisikos wie Verletzungs- oder Ansteckungsgefahr (vgl. DIETSCHER, NOWAK, STIDL, 2003: http://bihpr-pub.lbg.ac.at/publ/EA-PDF_00483.pdf, S.3, 12.04.2011)

6.4. Relevante Einflussfaktoren im privaten Umfeld

Grundsätzlich ist zu erwähnen, dass unterschiedliche Arbeitszeiten wie Nachtdienst bzw. häufiger und langer Schichtdienst sowie wenige und unregelmäßige Freizeitplanung große Auswirkungen auf das Privatleben der Pflegeperson haben. (vgl. EBD. S. 3)

6.4.1. Familie, Kinder und Freundeskreis

Das Familien- und Arbeitsleben bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund kann nur sehr schwer miteinander vereint werden. Viele Disziplinen wie Psychologie, Soziologie und Ökonomie widmen sich diesem Problem im Gesundheitsbereich. Bisher wurden nur wenige Studien zur Thematik durchgeführt. Es werden drei Hauptproblembereiche bei der Vereinbarung von Arbeit und Familie beschrieben:

1. Zeitprobleme: Die verbrachte Zeit in der Arbeit kann das Familienleben stören.
2. Belastungsprobleme: Es ist möglich, dass durch Überbeanspruchung in der Arbeit die Rolle, die die Pflegeperson in der Familie ausüben soll, darunter leidet. Dieser Effekt kann auch in die entgegengesetzte Richtung wirken. Beispielsweise kann Schlafmangel, der durch Kinderbetreuung bedingt ist, zu Müdigkeit am Arbeitsplatz führen.
3. Verhaltensprobleme: Die unterschiedlichen Rollen, die man in der Familie und in der Arbeitswelt einnimmt, können zu Verhaltensstörungen führen. (vgl. HASSELHORN, MÜLLER, TACKENBERG, KÜMMERLING, SIMON, 2005, S. 82)

Für die/den EhepartnerIn und auch für die Kinder kann es sehr belastend sein, wenn immer wieder kurzfristige Dienstplanänderungen vorgenommen werden. Private Angelegenheiten geraten in den Hintergrund und werden nachrangig behandelt. Auch wenn diese möglichen Konfliktsituationen nicht direkt an der Arbeitsstelle stattfinden, können diese auf die Arbeitshandlungen übertragen werden.

Oftmals können bestimmte Freizeitaktivitäten nicht mehr ausgeübt werden, da die Dienstzeiten es nicht zulassen. So besteht die Möglichkeit, dass Kontaktmangel zu Freunden und Isolation in der Gesellschaft zunehmen. Nicht nur die Familie und die Kinder sondern auch der Freundeskreis werden allmählich vernachlässigt. Viele Ventile der Stressbewältigung und Psychohygiene gehen somit verloren. Auch wenn Pflegepersonen Probleme mit Mitarbeitern besprechen muss dies keine Lösung privater Probleme bedeuten. (vgl. EKERT, EKERT, 2005, S. 304)

Pflegepersonen der jüngeren Generation sind oftmals junge Mütter bzw. Väter, die vielfach Probleme mit der Organisation ihrer Kinderbetreuung und -erziehung haben. Die speziellen

Öffnungszeiten der jeweiligen Kindergärten und anderen Betreuungseinrichtung sind oft nicht an deren Arbeitszeiten angepasst. (vgl. LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR MEDIZIN UND GESUNDHEITSSOZIOLOGIE, 2003, http://lbim.gs-archiv.lbg.ac.at/berichte/pnoe_gutachten.pdf, S. 30, 12.04.2011)

6.4.2. Organisationen/Vereine

Der Mensch gilt von jeher als soziales Wesen, das daran gewöhnt ist, inmitten seiner Mitmenschen zu handeln und zu leben. Die Familie gilt dabei als Primärgruppe, in die sich der Mensch einfügen muss. Im Laufe seines Lebens schließt sich der Mensch an viele Gruppen wie Vereine, Clubs oder Organisationen an. Besonders Pflegepersonen sind der dauernden Tatsache ausgesetzt in Gruppen zu „funktionieren“ - die im Pflegeteam und in der Institution des Krankenhauses.

Bereits Alfred Adler – Begründer der Individualpsychologie - hat dem Gemeinschaftsgefühl einen Grundpfeiler seiner Lehren in der Individualpsychologie gewidmet. Die Mitmenschlichkeit ist eine Basis für das menschliche Leben. Bereits in der frühen Kindheit prägen die ersten Kontakte den menschlichen Charakter und formen die Persönlichkeit. (vgl. RATTNER, 2006, S. 41-42) Adler meinte außerdem: *„Alle Kulturerrungenschaften sind auf dem Boden des Gemeinschaftslebens entstanden. Sprache, Werkzeuggebrauch und begriffliches Denken sind Resultate der sozialen Evolution. Nur auf Grund der gemeinschaftlichen, kooperativen Lebensweise war der Fortschritt der Kultur möglich.“* (RATTNER, 2006, S. 41)

Ein sogenanntes „Wir-Gefühl“ veranlasst den Menschen, sich in der Umgebung von Gleichgesinnten wohl zu fühlen. Die psychosoziale Gesundheit profitiert davon. Der Grund, warum sich Menschen diversen Gruppierungen anschließen ist, dass dieselben Ziele verfolgt werden. Diese bestehen in erster Linie aus den „sozial-emotionalen Zielen“, welche dem Wunsch nach Abwechslung, Kontakt, Bestätigung, Respekt und Macht darstellen sowie aus den „leistungsorientierten Zielen“. Die leistungsorientierten Ziele befriedigen das Bedürfnis nach Information, Lösungen, Gewinn und Arbeitserleichterung. (vgl. HORNING, LÄCHLER, 2006, S. 241)

Folgende Gruppierungen sind für Menschen bzw. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund von Bedeutung:

- Familie: Diese stellt das Fundament sozialer Beziehungen dar.
- Gemeinden: Diese Organisationsform trägt Verantwortung für ihre Mitglieder, bietet Unterstützung und Hilfe an und stärkt die Zusammengehörigkeit.

- Politische Gruppen: Diese können die Identität stärken sowie eigene Ziele und Werte fördern.
- Schicksalsgemeinschaften: Menschen, welche zwanghaft aus ihrem eigenen Land vertrieben worden sind, treten in solchen Organisationen in Kontakt. Sie haben somit gemeinsame tragische Schicksale.
- Kulturelle Gruppierungen und Sprachgruppen: Diese verbinden Menschen mit gleicher Sprache, Religion und Kultur.
- Nationalität: Sie ist der Urtyp von Gruppierung und schweißt Menschen mit gleichem nationalem Hintergrund zusammen. (vgl. HEGEMANN, SALMAN, 2001, S. 222-223)

6.5. Folgen und Auswirkungen von psychischer Belastung bei Migration

Psychische oder physische Beschwerden aufgrund psychosozialer Konflikte kommen bei Migranten sehr häufig vor. Nach einigen Studien der Universität Gießen findet man immer wieder Befunde bei Migranten, die auf eine psychosomatische Störung hinweisen. Diese Störungen drücken sich durch Depressionen, Ängste oder psychosexuelle Störungen in Kombination mit körperlichen Beschwerden wie Magen-Darm-Problemen aus. Folglich kann dies auch für Pflegepersonen mit Migrationshintergrund übernommen werden.

Ursachen für psychosomatische Störungen wie Depressionen und Ängste sind beispielsweise ein zu schneller Lebenswandel, Verlust von Familie, Freunden und Beziehungen sowie Isolation und Sinnverlust. Schmerzen, Herzbeschwerden, Rückenprobleme, Magen-Darm-Probleme sind einige Arten, wie sich psychosomatische Störungen bei Migranten auswirken können.

Die körperlichen Ausdrucksformen von Problemen bei Migranten sind nur schwer zu verstehen, jedoch sind die drei Paradigmen wie „*Krankheit als Sprache*“, die „*Krankheit als Lösung*“ und die „*Krankheit als System*“ hilfreiche Konzepte, um einen Zugang zum Körperlichen, Sozialen und Psychischen zu erlangen. Herzbeschwerden, Magen-Darm-Störungen, Rückenschmerzen, Brustenge und Kopfschmerzen sind eigentliche Anzeichen von Angst, Hemmung, Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit und Nervosität. (vgl. SCHULZE, 2006, S.26-28)

Besonders die Annahme von Migration als belastende Situation und der Verlust des Vertrauens in die Umwelt und das Aufnahmeland sind als mögliche Auslöser für

psychosomatische Störungen in den Raum zu stellen. (vgl. EBD., S. 30)

Seit Sigmund Freud – Begründer der Psychoanalyse - ist bisher bekannt, dass die Lebensgeschichte, zu welcher auch die Migration zählt, eine Rolle im Erleben und im Entstehen von psychischen und physischen Krankheiten spielt. (vgl. EBD., S. 51)

Nicht nur die Verarbeitung von neuen Erfahrungen und Situationen sondern auch der Umgang mit Verlust nimmt eine tragende Rolle bei Migrationsgeschichten ein. Dies benötigt oftmals langwierige Anpassungsprozesse im Aufnahmeland und führt zu psychischen und physischen Spannungszuständen. Diese Zustände werden vom jeweiligen psychosozialen Kontext und der sozialen Lage im Leben der Migranten beeinflusst. Die Faktoren von Stressoren und Probleme, die sich hier stellen, sind mit körperlichen, psychosozialen, religiösen, soziokulturellen, gesellschaftspolitischen und rechtlichen Bereichen des Lebens verwoben. (vgl. EBD., S.55)

Aus der Fülle an psychischen Auffälligkeiten, an denen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund leiden können, werden im Folgenden näher beschrieben.

6.5.1. Heimweh- und Entwurzelungssyndrom

In der heutigen modernen Psychologie und Psychotherapie hat das Phänomen „*Heimweh*“ noch zu wenig Behandlung gefunden. Das „*Heimwehsyndrom*“ wird nicht als eigenes Symptom gesehen, sondern es ist vielmehr eine Begleiterscheinung, die sich aus verschiedenen Ursachen zusammensetzen kann. Die betroffenen Personen haben unterschiedliche gesundheitliche Probleme, die meistens durch Stress bedingt sind. Typische Folgeerscheinungen sind Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, Muskelkrämpfe, Erbrechen, Durchfall und Magengeschwüre. In weiterer Folge ist das Auftreten von Fieber und Kraftlosigkeit sowie Selbstmordgefahr möglich.

Die betroffenen Personen fühlen sich traurig, frustriert, deprimiert, frustriert, hoffnungslos, wütend und allein. Die Symptome können bei jedem Menschen individuell ausfallen. Es gibt somit kein universelles Symptomschema, das auf alle Betroffenen zutrifft. Schenkt man jedoch dem Symptom „*Heimweh*“ zu wenig Beachtung, kann dieses sehr schnell in einer physischen und psychischen Erkrankung manifestieren. (vgl. DROLLMAN, 2007, S.2-3)

6.5.2. Angst und Depression

Das Gefühl der Einsamkeit, Heimweh und des Rollenverlusts kann bei vielen Menschen bzw. bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zur Depression führen. Im äußersten Fall wird sogar an Selbstmord gedacht. Es kommt immer wieder vor, dass die Warnzeichen nicht erkannt werden. Laut Meryam Schouler-Ocak, einer Expertin der Psychiatrie an der Berliner Charité, begeben sich die Betroffenen nur in seltenen Fällen in die Hände von Psychologen oder Psychiatern.

(vgl. RATHSFELD, 2010, <http://www.welt.de/gesundheit/article10948569/Der-Kulturwandel-kann-Migranten-krank-machen.html>, 12.04.2012)

Im Buch „*Migration und seelische Gesundheit*“ von Hans-Jörg Assion werden die Symptome folgend beschrieben: *„Typische Symptome dieser weltweit zu einer der häufigsten Erkrankungen zählenden Störung sind typischerweise die gedrückte-depressive Stimmung, eine Freud- und Interessenlosigkeit und eine erhöhte Ermüdbarkeit, zu der sich bei vermindertem Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Körperbeschwerden und Suizidgedanken neben einer Reihe anderer Symptome einstellen können.“* (ASSION, 2005, S. 138)

Die Depression ist häufig für Berufsunfähigkeit und Selbstmorde verantwortlich. Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Bedrückung und Pessimismus pflastern den Weg der Betroffenen. Es kommt zum sozialen Rückzug, da das Interesse an der Gesellschaft verschwindet. Die Angst ist dabei genauso ein ständiger Begleiter wie das Gefühl der Wertlosigkeit. Die Ursachen für das Entstehen von Depressionen sind zahlreich. Oft folgt eine Depression auf das Burnout-Syndrom, bei Arbeitslosigkeit oder bei anhaltender psychischer Belastung. Ebenso können eine erbliche Veranlagung, Schicksalsschläge oder Kindheitserlebnisse eine Depression mit sich bringen.

(vgl. RATHSFELD, 2010, <http://www.welt.de/gesundheit/article10948569/Der-Kulturwandel-kann-Migranten-krank-machen.html>, 12.04.2012)

6.5.3. Paranoia und Schizophrenie

Paranoia wird als Form der Schizophrenie definiert, als paranoide Schizophrenie. Sie gehört somit zu den schizotypen und wahnhaften Störungen dieser Krankheit. (vgl. ROCHE LEXIKON, 2003, S. 1655)

Eine Definition der Schizophrenie lautet: *“Dementia praecox: endogene Psychose mit oft vielgestaltigem psychopathologischem Zustandsbild (z.B. Halluzinationen, Wahnideen, formale Denkstörungen, Ich-Störungen, Verlust des Strukturzusammenhangs der*

Persönlichkeit mit Spaltung von Denken, Affekt u. Erleben, psychomotorische Symptome)“
(ROCHE LEXIKON 2003, S. 1655)

Einige Bevölkerungsgruppen sind einem größeren Risiko ausgesetzt, an bestimmten psychischen Krankheitsbildern zu leiden. Seit neuestem zählen vor allem auch Menschen mit Migrationshintergrund dazu. Diese neuen Erkenntnisse stammen von der schwedischen Forscherin Kristina Sundquist und deren Kollegen vom Karolinska-Institut in Stockholm. Mittels einer epidemiologischen Studie wurden zwei Millionen schwedische Einwohner beobachtet. Ein Viertel davon waren Menschen mit Migrationshintergrund. Das Resultat ergab, dass zirka die Hälfte der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ein deutlich höheres Risiko hat, an Schizophrenie oder einer ähnlichen Störung zu erkranken. Stress, Zukunftsangst, Anpassungsprobleme, Trennung sowie Wahnzustände machen die Betroffenen arbeitsunfähig und begünstigen den Verlust der Realität. Vor allem spielt die Diskriminierung beim Verfolgungswahn (Paranoia) eine erhebliche Rolle. Aufgrund der neuen Lebensumstände und der negativen Lebenserfahrungen kann es in den extremsten Fällen zu Wahn und Realitätsverlust kommen.

Auch weitere Studien bestätigten den Zusammenhang von Diskriminierung und paranoiden Störungen. Jim van Os von der Psychiatrie und Neuropsychologie an der Universität Maastricht fand heraus, dass der Erkrankung oft mehrere Symptome vorausgehen, wie das Gefühl, beobachtet, ausspioniert oder verfolgt zu werden. (vgl. MARSCHALL, 2006, S. 20-23)

6.5.4. Posttraumatische Belastungsstörung

Ein traumatisches Erlebnis wirkt vielseitig auf die Psyche ein. Es weist eine Bandbreite an psychischen Besonderheiten auf: Depressive Störungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch, Angststörungen, Panikattacken und Posttraumatisches Belastungsstörung (PTBS). (vgl. HEGEMANN, 2010, S. 390) Folter und politisch Gewalt sind große Einflussfaktoren auf die psychosoziale Gesundheit. (vgl. WEISS, REGULA 2005, S. 244) Unter Berücksichtigung der zahlreichen möglichen Folgen von Traumata steht vor allem die Symptomatik des PTBS im Mittelpunkt von Forschung und Therapie. Das Posttraumatische Belastungssyndrom resultiert aus einem traumatischen Erlebnis. Es gliedert sich dabei in Symptomebenen, die sich aus drei Kategorien zusammensetzen.

Die erste Kategorie ist unter dem Ausdruck Intrusion bekannt. Die Intrusion, auch „Flashback“ genannt, ist durch immer wiederkehrende Erinnerungen gekennzeichnet. Zweitens stellt die Vermeidung oder „Avoidance“ einen weiteren Punkt dar. Zuletzt ist die chronische Übererregung oder auch „Arousal“ eine Hauptkategorie in der Symptomebene von traumatischen Erlebnissen. Diese drei Hauptkategorien spielen eine Rolle im sozialen

Leben von Personen mit Migrationshintergrund. Die Folgen zeigen sich nicht nur durch Lern- und Konzentrationsstörungen, sondern auch durch Beeinträchtigungen im Alltag oder bei sozialen Beziehungen. (vgl. HEGEMANN, 2010, S. 390)

Das Posttraumatische Belastungssyndrom wird nach der *„Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“* - kurz ICD (englische Abkürzung für das Diagnoseklassifikationssystem der Medizin) folgendermaßen dargestellt.

„Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubt sein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. (...)“ (DIMDI 2012: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/block-f40-f48.htm>, 12.04.2012)

Ebenfalls kann ein Entfremdungsgefühl dazu führen, dass betroffene Personen – in diesem Fall Pflegepersonen mit Migrationshintergrund - soziale Kontakte vermeiden und sich aus dem sozialen Leben zurückziehen. Rückzug aus der Gesellschaft und ein gravierendes Gefühl des Misstrauens zu den Beziehungen von anderen Menschen können als Folgen gesehen werden. (vgl. HEGEMANN, 2010, S. 383-385)

7. Psychosoziale Gesundheit von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund aus der Perspektive von Betroffenen – Methodik

Für die Diplomarbeit und ihren empirischen Teil wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt. Dieser hilft, die individuellen Erfahrungen und Ereignisse im Leben der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund besser zu verstehen. Vor allem gewährleistet die qualitative Methode einen präziseren Einblick in die individuellen und speziellen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit.

7.1. Forschungsablauf

Zu Beginn veranschaulicht ein Modell den Forschungsverlauf:



Abb.14.: FORSCHUNGSVERLAUF

7.2. Stichprobe und Forschungsfeld

Folgende Kriterien mussten die Interviewten erfüllen:

- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin oder -pfleger
- Dienst an einer Station im Orthopädischen Spital Speising in Wien
- Migrationshintergrund

Weitere Kriterien:

1. Die freiwilligen Teilnehmerinnen wurden mittels Anfrage per Telefon und Internet kontaktiert.
2. Die Interviewpartnerinnen waren weiblich und stammten aus Mazedonien, Bulgarien, Polen und Deutschland.
3. Die Teilnehmerinnen waren zwischen 28 und 51 Jahre alt.

Um die Anonymität zu wahren, wurden anstelle der Namen Buchstaben zur Unterscheidung der Teilnehmerinnen verwendet.

Drei Interviews wurden im Büro der Stationsleitung nach Dienstende durchgeführt. Diese Option gewährleistete eine ruhige und ungestörte Atmosphäre bei der Aufnahme der Interviews.

Die vierte Interviewteilnehmerin wurde abseits des orthopädischen Spitals Speising befragt. Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen wurde keine klare Altersstruktur, Familienstruktur oder Geschlecht gewählt. Die Auswahlkriterien bezogen sich daher lediglich auf das Berufsbild der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Migrationshintergrund im Orthopädischen Spital Speising.

7.3. Erhebungsmethode – Das qualitative Interview

In der qualitativen Forschung nimmt das qualitative Interview einen hohen und traditionellen Stellenwert für die Erfassung von Daten ein. Es verhilft den Interviewteilnehmern das Wort zu ergreifen und Erlebnisse aus dem Leben subjektiv zu schildern. (vgl. MAYER, 2003, S. 95-97)

Das Interview wird in der Forschung auch als mündliche Befragung bezeichnet. Es gibt viele Varianten des qualitativen Interviews, wie das standardisierte Interview, das halb standardisierte Interview oder das offene Interview. Darüber hinaus unterscheidet man Einzel- und Gruppeninterviews. (vgl. MAYER, 2003, S. 95)

Im folgenden Absatz werden die wichtigsten Interviewformen beschrieben:

1. Das narrative Interview: Diese Technik wurde vom Soziologen Fritz Schütze entwickelt und gilt als offenste Interviewform. Die befragte Person erzählt frei ihre Eindrücke.
2. Das problemzentrierte Interview: Es besitzt einen flexiblen Interviewleitfaden und erfasst damit bestimmte Problembereiche der befragten Person.
3. Das fokussierte Interview: Diese Form ist von Robert Merton und Patricia Kendall geprägt worden und behandelt Situationen, die alle Beteiligten erlebten.
4. Das Tiefeninterview: Es ist eine klassische Methode der Forschung in der Psychoanalyse. (vgl. EBD., S. 95-97)

Für das Thema der *„Psychosozialen Gesundheit bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund“* wurde eine gemischte Form von narrativen und problemzentrierten Interviews als geeignet angesehen. Die Interviewpartnerinnen erzählten frei sowie nach vorgegebenen und eingebrachten Fragen ihre persönlichen Erlebnisse und Eindrücke. Zur Vertiefung bei bestimmten Antworten wurde nachgefragt.

Als Hilfe diente der Interviewleitfaden *„MSN_V1 2011 - Migrant Nurse Study, Vienna“*, der von Ursula Karl-Trummer und Sonja Novak-Zezula konzipiert wurde. Der Interviewleitfaden, der mit der Genehmigung der beiden Autorinnen verwendet werden durfte, befindet sich im Anhang der Diplomarbeit.

Nach der erfolgreichen Durchführung der Einzelinterviews wurden diese von der Verfasserin der Diplomarbeit eigenhändig transkribiert.

7.4. Auswertungsmethode – Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Auswertungsmethode der vorliegenden Arbeit ist die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring und damit eine sozialwissenschaftliche Methode. Es werden sowohl formale als auch inhaltliche Aspekte der Kommunikation analysiert. (vgl. MAYRING, 2007, S. 11-12)

Die qualitative Inhaltsanalyse verhilft zu einer Basis an relevanter Information, die für die Beantwortung der Forschungsfragen nötig ist. Das gewonnene Informationsmaterial wird so lange gefiltert und bearbeitet, bis die wesentlichen Faktoren übrig bleiben. (vgl. GLÄSER ET AL., 2009, S. 200)

„Zusammenfassend will Inhaltsanalyse also:

- Kommunikation analysieren.*
- Fixierte Kommunikation analysieren.*
- Dabei systematisch vorgehen.*
- Dabei als regelgeleitet vorgehen.*
- Dabei auch theoriegeleitet vorgehen.*
- Das Ziel verfolgen, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen.“* (MAYRING, 2007, S. 46ff)

Die qualitative Inhaltsanalyse ist durch keinen strengen Ablauf gekennzeichnet und dieser sollte je nach Forschungsmaterial und Thema angepasst werden. (vgl. MAYRING, 2007, S. 46ff)

Die Hauptschritte der qualitativen Inhaltsanalyse im Überblick:

- Bestimmung des Ausgangsmaterials in drei Punkten:
 - Festlegung des Materials
 - Entstehung und Analyse des Materials
 - Charakteristika und Form des Materials: Angabe von mündlichem oder schriftlichem Material. Bei mündlich geführten Interviews müssen Transkriptionen angefertigt werden. (vgl. EBD., S. 46)
- Ausarbeitung der Fragestellung:
 - Zielrichtung der Analyse: Welche Zielgruppe wird untersucht?
 - Theoriegeleitete Differenzierung der Forschungsfrage (vgl. EBD. S. 50)

- Bestimmung der Analysetechnik:
 - Formen von Interpretationstechniken:
 - Zusammenfassung: Zusammenfassung des Materials auf den wesentlichen Inhalt.
 - Explikation: Zur Analyse des Forschungsmaterials werden weitere Hilfsmittel hinzugezogen.
 - Strukturierung: Herausfiltern bestimmter Textbausteine um eine Struktur zu erarbeiten. Folgende Formen sind dabei möglich: inhaltliche, formale, typisierende und skalierende Strukturierung. (vgl. EBD. S. 53)
 - Darstellung des Analyseablaufmodells: Beschreibung des gesamten Analyseprozesses
 - Erklärung der Analyseeinheiten:
 - Kodiereinheit: Festlegung des kleinsten auswertbaren Forschungsmaterialbestandteils
 - Kontexteinheit: Festlegung des größten auswertbaren Forschungsmaterialbestandteils
 - Auswertungseinheit: Festlegung der Reihenfolge der Auswertung
 - Ausarbeitung des Kategoriensystems: Dies ist einer der essentiellsten Schritte für die Inhaltsanalyse. Es gibt hierzu die deduktiv oder induktive Kategorienbildung.(vgl. EBD. S. 53ff)
- Analyse des Forschungsmaterials mit Hilfe des Kategoriensystems und das entweder mit Zusammenfassung, Explikation oder Strukturierung. (vgl. EBD. S. 74 ff)
- Diskussion und Interpretation der Ergebnisse
- Überprüfung der Ergebnisse mit Hilfe der Gütekriterien (vgl. EBD., S. 54)

7.4.1. Inhaltliche Strukturierung

Die inhaltliche Strukturierung, die für die Datenauswertung gewählt wurde, versucht aus dem gewonnenen Material eine Struktur zu erarbeiten. Diese Struktur wird in Form von Kategorien und Unterkategorien dargestellt. Jene Textstellen, die einer Kategorie entsprechen, werden herausgefiltert. Nach dem die Textstellen mit dem Kategoriensystem erfolgreich bearbeitet wurden, folgt die Paraphrasierung. Die Paraphrasierung gliedert das Textmaterial vorerst in Unterkategorien und danach in Hauptkategorien. (vgl. MAYRING, 2007, S. 98)

Für die allgemeine Beschreibung dieses Verfahrens sind folgende Schritte wichtig:

- Bestimmung der Strukturdimensionen
- Aufspaltung der Strukturdimensionen in ein Kategoriensystem
- Einteilung der Materialbestandteile in das Kategoriensystem:
 - Definition der Kategorie
 - Ankerbeispiele wie Textbeispiele
 - Kodierregeln für eindeutige Zuordnung (vgl. EBD., S. 92)

7.4.2. Kategorien

Eine nähere Beschreibung der einzelnen Kategorien des „MSN_V1 2011 - Migrant Nurse Study, Vienna“ in Stichworten:

- Demografische Faktoren: Angaben zu Geschlecht, Alter, Familienstand, Kindern, Herkunftsland, Staatsbürgerschaft, Ausbildung, Beruf und Sprachen
- Migrationshintergrund: Angaben über Anlass zur Migration, Vorinformation über Österreich und Erwartungen
- Ausbildung: Angaben über Nostrifizierung, Einsatz in Österreich und Karriere
- Arbeit: Angaben über Zusammenarbeit mit Patienten, Vorgesetzten und Kollegen sowie Angebote von Diversity Management und Lebenswelt: Angaben über Work-life-Balance, Familie, Bezugsgruppen und Social Support
- Ausblick: Angaben über die berufliche und private Zukunft in Österreich. (vgl. KARL-TRUMMER, NOVAK-ZEZULA, Interviewleitfaden MSN_V1 2011 - Migrant Nurse Study, Vienna)

8. Zusammenfassung der Interviews

Über das Leben und die Situation der Interviewpartnerinnen geben die folgenden Zusammenfassungen Aufschluss.

8.1. Interview V

Interviewteilnehmerin V ist gebürtige Mazedonierin und immigrierte 1993 nach Österreich. Sie ist 42 Jahre und besitzt neben ihrer Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin auch den akademischen Titel einer Magistra der Biologie. Das Biologiestudium absolvierte sie in ihrem Heimatland Mazedonien. Neben ihrer Muttersprache Mazedonisch beherrscht sie Englisch, Deutsch, Serbisch, Serbokroatisch und Bulgarisch.

Sie ist im Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft und lebt mit ihrem Ehemann und ihrem 14-jährigen Sohn in Wien. Sie arbeitet auf einer Station im Orthopädischen Spital Speising in Wien Hietzing. Vor und während des Prozesses der Nostrifizierung in Österreich arbeitete sie als Pflegehelferin. Nach erfolgreicher Nostrifizierung wurde das Orthopädische Spital Speising ihre heutige Arbeitsstelle, wo sie seit einiger Zeit die Praxisanleitung der Gesundheits- und Krankenpflegeschüler inne hat. Momentan ist sie mit ihrem Job mäßig zufrieden. In Zukunft möchte sie eine berufliche Veränderung erwirken. Sie denkt jedoch noch nicht an ihre Pension.

8.2. Interview Z

Interviewteilnehmerin Z stammt aus Bulgarien und ist 51 Jahre alt. Sie ist verheiratet und lebt mit ihrem Mann zusammen in Wien. Ihre Tochter ist bereits volljährig, selbstständig und wohnt nicht mehr bei den Eltern. Im Jahr 1991 kam sie in ihre neue Heimat Österreich. Der Anstoß zur Auswanderung ging ursprünglich von ihrem Ehemann aus, der einer Firmenexpansion folgte. Einige Monate später kam ihre damals kleine Tochter nach. Seit zirka 30 Jahren ist sie als Gesundheits- und Krankenpflegeschwester tätig und davon auch einige Jahre im Orthopädischen Spital Speising in Wien. Die Sprachen, die sie zusätzlich zu ihrer Muttersprache Bulgarisch beherrscht, sind Russisch und Deutsch. Ihre zum Zeitpunkt der Immigration nach Österreich vorhandenen Informationen über Österreich beschränkten sich auf Falco, Mozart und Hitler.

Ihre Nostrifizierung erfolgte in der Ausbildungsstätte des Kaiser-Franz-Josef Krankenhauses in Wien. Parallel dazu arbeitete sie bereits in einem evangelischen Krankenhaus. Nach zirka acht Monaten war der Prozess der Nostrifizierung abgeschlossen. Beim Arbeitsbeginn in Österreich bemerkte sie, dass sich das österreichische Gesundheitssystem vom

Bulgarischen deutlich unterschied. Vor allem medizinische Tätigkeiten wurden ihr verwehrt. Durch ihren medizinischen Bildungsschwerpunkt in der bulgarischen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung hat sie ein besseres medizinisches Verständnis. Ihre Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin ist für sie durch ständige Anpassung und Veränderung gekennzeichnet und das vor allem in der organisatorischen Ebene, wie bei der Patientenadministration. Am liebsten würde sie in fünf Jahren in Pension gehen. Generell ist sie aber sehr zufrieden in ihrem Job.

8.3. Interview A

Interviewteilnehmerin A ist 35 Jahre alt und wurde in Polen geboren; sie besitzt die polnische Staatsbürgerschaft. Sie ist seit 1996 in Österreich wohnhaft, geschieden und lebt in einer neuen Partnerschaft. Im Orthopädischen Spital Speising in Wien arbeitet sie als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Neben ihrer Muttersprache Polnisch beherrscht sie ebenfalls ein wenig Russisch und Deutsch.

Aufgrund von Informationen ihrer Nachbarin in Polen entschied sie sich, nach Österreich zu kommen, weil sie mehr Jobmöglichkeiten und eine bessere Lebenssituation vermutete. Nach Beendigung der Schule erlaubten ihre Eltern den Umzug nach Österreich.

Grundsätzlich wurden ihre Erwartungen nicht erfüllt, da sie sich von ihrer Nachbarin, die schlussendlich nicht mit auswanderte, im Stich gelassen fühlte. Sie wanderte deshalb alleine aus. Die ersten paar Monate fuhr sie nicht nach Polen nach Hause, weil sie Geld sparen wollte.

Aufgrund von Zeit- und Geldmangel machte sie im Landesklinikum Stockerau die Nostrifizierung in drei schnellen Monaten. Währenddessen arbeitete sie als Pflegehelferin im Kaiser-Franz-Josef Krankenhaus in Wien. Nach der Nostrifizierung begann sie im Orthopädischen Spital Speising zu arbeiten.

8.4. Interview R

Interviewteilnehmerin R ist 28 Jahre alt und wanderte von Deutschland nach Österreich aus. Sie ist diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeschwester im Orthopädischen Spital Speising und besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft. Sie befindet sich seit 2003 in Österreich. Eine Nostrifizierung musste sie in Österreich nicht machen. Ihr deutsches Diplom wurde für das österreichische Diplom umgeschrieben und angepasst.

Zurzeit lebt sie in keiner Partnerschaft. An ihrer Arbeitsstelle ist sie gerade in der Ausbildung zur Praxisanleiterin.

9. Deskriptive Darstellung der Ergebnisse

9.1. Untersuchungsziel und Fragestellung - Übersicht

Das Untersuchungsziel der Diplomarbeit ist die psychosoziale Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund. Die Forschungsfragen, die dazu erstellt wurden, lauten wie folgt:

- Welche Einflussfaktoren spielen bei der psychosozialen Gesundheit von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund eine Rolle?
- Inwiefern spielt der Migrationshintergrund bei der psychosozialen Gesundheit von Pflegepersonen eine Rolle?
- Wie erleben Pflegekräfte mit Migrationshintergrund die Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft?
- Wie wichtig sind Familie, Freunde und soziale Netzwerke für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund?
- Welche Arten von psychischen Auffälligkeiten/Erkrankungen können bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in der Aufnahmegesellschaft auftreten?

Dabei spielen die relevanten Einflussfaktoren, welche im theoretischen Modell angeführt werden, eine tragende Rolle und gliedern sich in folgende Bereiche auf:

- Integration in die Aufnahmegesellschaft: Konfrontation mit Rassismus, das emotionale Belastungsphänomen Heimweh, die Identitätssuche im Aufnahmeland, das klassische Phänomen des Fremdseins.
- Sozialkapital und soziales Netzwerk: In Bezug sowohl auf Kollegen, Ärzten, Vorgesetzte und Patienten als auch im Privatleben mit Familie, Kindern, Freunden und Vereinen.
- Migrationshintergrund: Art und Weise der Einwanderung, das heißt die Rolle von traumatischen Erlebnissen im Heimatland, die Wirkung der Migrationsphasen, Push- und Pull-Faktoren.

9.2. Allgemeine Charakteristik der Daten

Die Kategorie A widmet sich dem Faktor „*Push-/Pull Migrationshintergrund*“. Hierbei spalten sich die Unterkategorien in Anlass und Grund, nach Österreich zu kommen. Eine zweite Unterkategorie stellt die Vorinformation und die Informationsquelle über Österreich dar. Die dritte Unterkategorie erfragt die Erwartungen an Österreich und deren Erfüllung.

Eine weitere Hauptkategorie B ist die Ausbildung. Diese spaltet sich auf in die Nostrifizierung, den Einsatz in Österreich und die Karriere. Die Unterkategorie „*Nostrifizierung*“ erfragt die Anerkennung der Ausbildung und deren Prozess. Der Einsatz in Österreich stellt die zweite Unterkategorie dar und beschreibt den Unterschied zwischen Ausbildungsland und Österreich. Die dritte Unterkategorie behandelt die Karriereaussichten und deren Verlauf.

Im dritten Hauptkategorieabschnitt C wird versucht, Informationen bezüglich der Arbeit mit Patienten, Vorgesetzten und den Kollegen zu ermitteln. Der besondere Aspekt liegt dabei im Erleben, in den Erfahrungen und der Auswirkung des Migrationshintergrundes. Ebenfalls gibt es eine Unterkategorie „*Diversity Management*“, welche auf das interkulturelle Angebot und die Zusammenarbeit in der Organisation eingeht.

Der vierte Abschnitt besteht aus der Hauptkategorie D. Hier werden Fragen über den Balanceakt zwischen privater und beruflicher Lebenswelt gestellt. Familie, Bezugsgruppen und die soziale Unterstützung sind dazu beschriebene Unterkategorien, die Auskunft über die sozialen Zustände geben sollen.

Die letzte Hauptkategorie E ist der Ausblick. Dieser beschäftigt sich mit zukünftigen Fragen bezüglich der Planung des Berufes und des Privatlebens.

Eine Tabelle zur Veranschaulichung des Kategoriensystems der Diplomarbeit:

Hauptkategorie	Unterkategorie
A) Push und Pull-Faktoren/ Migrationshintergrund	- A.1 Anlass - A.2 Vorinformation - A.3 Erwartung
B) Ausbildung	- Nostrifizierung - Einblick in Österreich - Karriere
C) Arbeit	- Patienten - Vorgesetzte - Kollegen - Diversity Management
D) Lebenswelt	- Work life balance - Familie - Bezugsgruppen - Social Support
E) Ausblick	- Job - Privat

Tab. 1.: KATEGORIENSYSTEM

Im folgenden Abschnitt wird jede Hauptkategorie bzw. Unterkategorie anhand der Aussagen der Interviews beschrieben und mittels Ankerbeispielen unterstrichen.

9.2.1. Kategorie A Push/Pull Migrationshintergrund

Der Einwanderungsgrund der vier interviewten Personen V, Z, A und R ist unterschiedlicher Art. Zu bemerken ist, dass keine der vier Personen gezwungen wurde, aus dem eigenen Land auszuwandern oder sogar zu flüchten.

Interviewteilnehmerin V wählte Österreich als Aufnahmeland, um in erster Linie eine Weiterbildung zu starten.

„(...) Nach meinem Studium habe ich einfach weitermachen wollen und das was mich interessiert hatte, gab es in Angebot in meinem Land nicht und deswegen bin ich ausgewandert.“ (INTERVIEW V, S.1, Z.25-28)

Aufgrund der Weiterbildung, die in der Heimat nicht möglich war, wurde Österreich als Auswanderungsland herangezogen. Erwartungen waren von Interviewteilnehmerin V vorhanden und wurden nicht ganz erfüllt. Es stellte sich heraus, dass einige Hindernisse die Ausbildung in Österreich erschwerten. Doch Interviewteilnehmerin V ließ sich durch die herrschenden Umstände nicht entmutigen.

„Nicht zu hundert Prozent. Ideale, die man ich damals hatte ähh haben. Es hat sich herausgestellt dass es nicht so leicht zu erreichen ist. Allerdings das war trotzdem kein Hindernis, dass ich ähh doch irgendetwas anderes weiterbringe.“ (INTERVIEW V, S. 1, Z.37-39)

Bei Interviewteilnehmerin Z ergab sich die Migration nach Österreich aufgrund des Ehepartners. Ihr Ehemann bekam ein Angebot für einen Job, der mit einem beruflichen Ortswechsel verbunden war. Diese Firmenexpansion veranlasste nicht nur ihren Ehemann, Bulgarien zu verlassen, sondern auch sie selbst und ihre Tochter folgten nach einiger Zeit.

„Ich hab mein Mann gefolgt hier in Österreich. Er hatte hier Job bekommen und dann nach acht Monate, wo wir getrennt wurden, bin ich ihm nach gefolgt. Und nach paar Monate is auch meine Tochter gekommen.“ (INTERVIEW Z, S.1, Z.24-25)

Ihre Vorinformationen über Österreich stammten aus den Medien und waren gekennzeichnet durch typische und klischeehafte Schlagworte wie Falco, Mozart und Hitler.

„(Lacht.) Falco, Mozart (Lacht.)(...) Darf ich weiter? Oder? (Lacht.) Ja, Hitler.....die Wiener Philharmoniker. Ich wollte immer einmal geträumt in Wiener Oper zu sitzen. (INTERVIEW Z, S. 1, Z.33-36)

Erwartungen spielten bei Interviewteilnehmerin Z keine tragende Rolle und waren nicht vorhanden. Vielmehr war der Wunsch nach dem Zusammenleben mit ihrem Ehemann vordergründig.

„Ich hab gar keine Erwartungen am Anfang gehabt. Ich wollte nur zusammen mit

mein Mann zu sein. Und wir haben gar nicht geplant, dass die Sache sich so ändert das ich so lang und er bleibe. Dass wir überhaupt die Familie hier weiterführen werden.“ (INTERVIEW Z, S.1, Z.40-42)

Die dritte Interviewteilnehmerin A hatte bereits konkrete Pläne, ins Ausland abzuwandern.

„Kein besonderer Grund...eigentlich ich wollte nur immer nach Ausland fahren, schauen wie das ist ja und eigentlich habe ich nicht notwendig gehabt ähh wegzufahren von zu Hause aber ja das wars“ (INTERVIEW A, S. 1, Z.23-24)

Durch eine Idee und den Anreiz einer polnischen Nachbarin beschloss sie nach Österreich zu gehen. Österreich kam aufgrund der von der Nachbarin geschilderten besseren Berufsaussichten und des höheren Lebensstandards in Frage.

„Ja (seufz.) erstes ähh meine Nachbarin war in Österreich. Habe ich gehört, dass ma halt besser leben kann ja leichter Job kriegen kann und so is dazu gekommen. Dass gerade hab ich Österreich gewählt und nicht andere Land.“ (INTERVIEW A, S.1, Z.19-21)

Die Interviewteilnehmerin A hatte äußerst hohe Erwartungen an ihr Aufnahmeland Österreich, die jedoch enttäuscht wurden. In erster Linie gibt sie den Mangel an Sprachkenntnissen die Schuld und in zweiter Linie ihrer Nachbarin, die sich dem Umzug nicht anschloss. Als sie zum ersten Mal Fuß auf österreichischen Boden setzte, wurde sie dort glücklicherweise von einer Bekannten empfangen.

„Eigentlich mit hohe Erwartungen. Ich war dann auch so bissl enttäuscht ja, aber vielleicht ist das so darangelegen dass ich die Sprache nicht konnte. Eigentlich die Nachbarin, kann man so sagen, in Stich gelassen und ich bin dahergekommen und eigentlich war ich da alleine ja. Gott sei Dank habe ich dann erfahren dass eine sehr gute Bekannte von mir da war und hat sie mich eigentlich damals von Südbahnhof abgeholt und hat mir dann weitergeholfen. Ja.“ (INTERVIEW A, S.2, Z.34-38)

Aufgrund von Sparmaßnahmen versuchte sie in den ersten drei Monaten nicht zurück nach Polen zu fahren. Diese schwierige Zeit war durch Einsamkeit und das Gefühl des Fremdseins gekennzeichnet. Der Mangel an sozialen Kontakten und der Wunsch, in die Heimat zu reisen, waren für die äußerst schwierig.

„Erste zwei Wochen muss ich gestehen ehrlich sagen, habe ich nur geweint, meine ohne Sprache, niemand war da(...)“ (INTERVIEW A, S.2, Z41-41)

Ihre Erwartungen, die durch die Erzählungen ihrer damaligen Nachbarin geprägt waren, wurden nicht erfüllt. Die tatsächlichen materiellen und emotionellen Anforderungen holten sie auf den Boden der Realität zurück.

“(...) Enttäuscht ja, dass das nicht eigentlich so ist wie ich das erwartet habe. Das ist überhaupt nicht so leicht wie die anderen erzählt haben.“ (INTERVIEW A, S.2, Z.51-52)

Interviewteilnehmerin R ist aufgrund des Arbeitsplatzmangels in Deutschland nach Österreich zum Arbeiten gekommen. Zusätzlich wählte sie ein Land, in dem sie keine neue Sprache erlernen musste.

„Also erstens weil wir bei uns in der Region es keine Arbeitsplätze gab, ich viele Bewerbungen geschickt habe nichts bekommen habe und dann ist eine Freundin schon in Österreich gewesen hat gesagt ja bewirb dich doch auch in Österreich komm doch her. Dann hab ich das gemacht. (...) Der Anlass weil eben auch hier Deutsch gesprochen wird. Ich muss keine Fremdsprachen lernen ja.“ (INTERVIEW R, S.1, Z.19-22)

Ihre Vorinformationen entstammten den Erfahrungen ihrer Freundin. Weitere Gründe für die Einwanderung waren das angenehme Arbeitsklima und die besseren Arbeitszeiten.

9.2.2. Kategorie B Ausbildung

Alle, bis auf eine Interviewteilnehmerin, mussten die Nostrifizierung in Österreich durchführen lassen.

Interviewteilnehmerin V suchte nicht sofort um Anerkennung ihrer Ausbildung an sondern arbeitete zuerst als Pflegehilfe. Durch ihren Mangel an Deutschkenntnissen war der Prozess der Nostrifizierung für sie problematisch. Auch ihr Bekanntenkreis konnte ihr in ihrer damaligen Situation nicht helfen. So verpasste sie wichtige Fristen zur rechtzeitigen Einreichung der Nostrifizierung, aber auch die Änderung der Gesetze verhinderten eine rasche Anerkennung als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin.

„Ähh, wenn ich gekommen bin da haben sie mir eine Ausbildung überhaupt nicht anerkannt, sondern hatte ich ein Bescheid bekommen als Pflegehelfer nostrifizieren zu dürfen. Und aufgrund am Mangel der Sprachkenntnisse habe ich nicht verstanden Bescheid. Und das hat mir aber auch nicht so verdeutlicht niemand verdeutlicht auch nicht von meinen Bekanntenkreis. (...)“ (INTERVIEW V, S.2, Z.42-53)

Die Arbeit in Österreich gestaltete sich in einigen Aspekten anders als in Mazedonien. So liegt der Schwerpunkt der Ausbildung in Österreich nicht im Pflegerischen, sondern im medizinischen Teil. Viele medizinische Tätigkeiten, die in Mazedonien dem Pflegepersonal erlaubt waren obliegen in Österreich nur den Ärzten.

„Es hat mich viel verwundert. Ich habe mich um über viele Sachen gewundert obwohl ich auch zuhause nicht als Krankenschwester gearbeitet hatte, aber es hat mich sehr sehr

vieles gewundert wieso eine Krankenschwester darf das nicht machen und das nicht machen und das nicht machen. Und was eh normal ist und das eh ausgebildet dafür ist. das hat mich gewundert das wieso darf man kein Blutabnahme machen hmm. Warum darf man nur Bettenmachen und nur Schüsseltragen. Das hat mich gewundert.“ (INTERVIEW V, S.3, Z.81-86)

Interviewteilnehmerin V verwunderten die Prüfungsfächer bei der österreichischen Nostrifikation. Fächer wie Pharmakologie oder Gesetzeslehre haben für sie nichts mit dem Umgang mit Patienten zu tun. Diese Fächer aber bilden die Grundlage für umfangreiches Wissen und beeinflussen den Gesamtblick auf die Umstände der Patienten positiv.

„Es ist ein bisschen ähm das pflegerische Sicht is wohl vertreten aber nicht in diesem Ausmaß sowie es jetzt hier da ist. Eine Krankenschwester ist ähh medizinisch sehr sehr sehr gut ausgebildet was nicht kompatibel zu österreichische Diplom ist (...) (INTERVIEW V, S.65-79, S.3, Z.88)

Zu ihrer Karriere: Nach dem erfolgreichen Prozess der Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpflegerin hat sich ihre Arbeit nicht wesentlich verändert. Nur ihre Verantwortung gegenüber Kollegen und Patienten hat sich drastisch gewandelt.

„(...) dann nach dem ich eh der Diplom nostrifiziert hatte nicht wesentlich verähndert in außer das ich noch mehr Aufgaben zu geteilt bekommen habe. und noch mehr Verantwortung natürlich.(...)“ (INTERVIEW V, S.3, Z.88-94)

Interviewteilnehmerin Z empfand die Antragstellung zur Nostrifizierung nicht sonderlich kompliziert. Nur die Zeiteinteilung von Ausbildungsstätte, Berufsstätte und Familie war anspruchsvoller zu handhaben, jedoch zu schaffen.

„Damals wars nicht so kompliziert. Ich hab meine Unterlagen immer damals war in Ministerium ich glaube 48 welche für Gesundheitswesen dort beim Schwedenbrücke dort irgendwo war diese Ministerium das ist Gesundheit und Jugendwesen ja dort hab ich abgegeben. Dann habe ich ein Platz in meine Schule und Franz Kaiser Franz Josef Spital Krankenschwesterschule Platz bekommen zu Nostrifizierung. Und dann war bissl schwierig weil das eine Gemeindespital und damals habe ich in meinen Privatespital in Evangelische Krankenhaus gearbeitet und dann wurden die Stunden die was ich in der Schule war nicht anerkannt sollte ich zusätzlich zu meine Dienste diese Schule auch machen, aber das war nicht schlimm irgendwie ist gut gegangen.“ (INTERVIEW Z, S.2, Z.47-54)

Die Nostrifizierung selbst war kein außerordentliches Problem für sie in Österreich. Der Schwerpunkt lag vielmehr im Management von Familie, Ausbildung und Beruf.

„Nein eigentlich das war nur die Organisatorische war schwierig für mich dadurch das ich die stunden Anzahl im Spital absolvieren sollte und gleichzeitig die Schule und Familie

mit Kind und das war ein bissl so und ja natürlich die Sprache war auch eine große Problem“(INTERVIEW Z, S.3, 64-66)

Der Einsatz in Österreich war nicht anspruchsvoller als in Bulgarien, jedoch unterschied sich dieser im Tätigkeitsfeld. Da sie im Ausland mehr medizinische Tätigkeiten ausführen hatte dürfen, wurde sie in Österreich mit einer Umstellung konfrontiert. Ein äußerst positiver Aspekt des medizinischen Wissens sei, dass sie besser mit Ärzten in Kontakt treten und kommunizieren könne. Auch setzt sie sich für die ständige Fortbildung in ihrem Beruf ein, die von Nöten sei.

„(...) Ahh dort wird auch viel mehr verlangt von eine Schwester das sie sich auch gut medizinisch auskennt und so ahh und ich seh das is mir große Vorteil wenn ich mit die Ärzte kommuniziere als die Schwester die hier in Österreich die Diplom haben. Das is eine große Differenz, aber man lernt. Man muss lernen immer weiter und so.“(INTERVIEW Z, S.3, Z.71-79)

Aus ihrer Sicht hat sie in Österreich keine Karriere gemacht und sie strebt jene auch nicht an. In ihrem Beruf der Diplomierten Krankenschwester wird ihr nicht langweilig. Vielmehr verlangt der Beruf ohnehin ständige Weiterbildung.

„Ich kann nicht sagen, dass ich hier Karriere mache. (lacht.) Ich arbeite hier wenn bei Karriere ich kann mich vorstellen, dass etwas ähm wo wo immer wieder was neues man zugetraut wird uuund dass er in dem Sinne auch wächst. Also auch in seine innere Auge.mmm ich werde nicht sagen dass hier mir langweilig ist dass wir nicht hier täglich viel neue Sache lernen“(INTERVIEW Z, S.3, Z.81-89)

Da die Ausbildung von Interviewteilnehmerin A in Polen stattfand, musste sie in Österreich nostrifizieren. Zuallererst wusste sie nicht, dass sie während der Nostrifizierung als Pflegehelferin arbeiten konnte. Diverse Gesetzesänderungen erschwerten den Prozess der Nostrifizierung. Besonders die Sprachschwierigkeiten verhinderten einen schnellen Besuch der entsprechenden Ausbildungsstätten. Der Wunsch, der durch Zeitmangel geprägt war, veranlasste sie, in der Ausbildungsstätte Stockerau ihre Nostrifizierung durchzuführen.

„Ich wollte das schnell machen weil von diese Zeit Bescheid is nur zwei Jahre gültig ja und ich hab mich dann gekündigt zum Beispiel das in Stockerau gibt Schule was dauert nur drei Monate und in AKH hätte dieselbe Schule und diese Nostrifikation ein Jahr gedauert ja und außerdem das war damals eh diese Zeitpunkt auch hast du müssen glaube ich ein Jahr warten auf die Aufnahmeprüfung zum AKH und ich hab diese Zeit nicht gehabt. Deswegen habe ich mir ausgesucht Stockerau und dann habe ich nostrifiziert.“(INTERVIEW A, S.2, Z.71-80)

Ihre Karriere begann als Kellnerin und führte über die Pflegehelferin zur Gesundheits- und Krankenpflegerin. Als Pflegehelferin arbeitete sie im Pflegeheim. Diese Zeit war anspruchsvoll und anstrengend für sie, da sie mit Verlust und Tod konfrontiert wurde. Oftmals wurde ein enger Kontakt zu Angehörigen und natürlich zum Patienten gepflegt. Nach dieser Zeit begann sie im Wiener Spital ihre Arbeit als Gesundheits- und Krankenschwester.

„Also am Anfang an überhaupt als Pflegehelferin da hab ich gearbeitet im Pflegeheim das war schon schwer für mich weil ich hab das nicht gekannt von früher und auch die körperliche Arbeit war anstrengend. Da habe ich drei Jahre gearbeitet bissl mehr als drei Jahre und nach der Nostrifikation und zwei Monate später habe ich angefangen da in Speising. (INTERVIEW A, S. 3, Z.86-92)

Auch Interviewteilnehmerin A erfuhr in Polen eine ausgeprägte medizinische Ausbildung und auch sie bemerkte die unterschiedliche Schwerpunktsetzung im polnischen und österreichischen Pflegebereich.

„Eigentlich meine Ausbildung hat fünf Jahre gedauert und äh wir haben damals glaube viel mehr viel mehr praktische Sachen gemacht äh ja viel mehr ah was in Österreich zum Beispiel von die Gesetze nicht erlauben ja und da is a so mehr pflegerisch und wir haben vielmehr medizinische Sachen gemacht, ja. Was da verboten ist. Das hab ich mit dem auch langsam haben müssen umstellen ja ah aber sonst alles in ganze ja. man hat hat mehr Möglichkeiten und vielleicht is da leichter weil es ist da viel viel besser wie sag ma das (...)“ (INTERVIEW A, S.3, Z.95-100) Karriereaussichten sind für sie derzeit keine vorhanden.

Interviewteilnehmerin R musste keine Nostrifizierung durchführen. Stattdessen wurden ihre Prüfungsunterlagen auf ein Diplom umgeschrieben. Die Dauer dieses Prozess nahm zirka ein halbes Jahr in Anspruch. Eine kleine Hürde stellte die Sprache dar, da sich die österreichische Sprache von der Deutschen im Detail unterscheidet. Auch unterschiedliche Ausdrucksweisen im Pflegeberuf machten sich bemerkbar, die jedoch mit der Zeit verständlich wurden.

„(...) Natürlich diese medizinischen ähm Sachen ja dann doch anders heißen wie in Deutschland wo man dann natürlich bisschen Verständigungsschwierigkeiten hatte. Wo ich mal nicht wusste was das jetzt is.“ (INTERVIEW R, S.2, Z. 42-45)

Eine Weiterbildung ist zurzeit nicht in ihrem Sinne.

„(...) Ich hab jetzt nicht vorher zu studieren oder so. Also eigentlich will ich in diesem Beruf bleiben. Fortbilden jetzt eigentlich so Fortbildung haben wir schon aber ich möchte mich jetzt eigentlich nicht aufsteigen.“ (INTERVIEW R, S.2, Z.50-52)

9.2.3. Kategorie C Arbeit

Für Interviewteilnehmerin V ist ihre Arbeit mit Patienten eine Berufung. Darüber hinaus meint sie, dass ihre Art von Ausbildung nicht mit der österreichischen Ausbildung zu vergleichen ist. Die Denkweise, dass ein Patient, ein Mensch mit speziellen Bedürfnissen ist, schöpfte sie nicht aus ihrer Ausbildung, sondern sie eignete sich diese selbst an:

„Ähm So. Es ist mein Berufung sag ich mal. Krankenschwester oder mit Menschen zu arbeiten. Ähh, im Zusammenhang mit der Medizin, mit der Gesundheit der Menschen. Allerdings ich muss sagen, dass ich mich nicht vergleiche mit die Krankenschwester mit die Ausbildung die in Österreich abgeschlossen haben. Weil ich bin der Meinung , dass diese Ausbildung die ich absolvieren durfte hatte äh höhere Qualitätskriterien erfüllt als jetzige in Österreich ähhmm jah meine Arbeit mit da Patienten ich betrachte den Patienten nicht nur als Patient sondern als Mensch überhaupt ja mit all seine Bedürfnisse und das is ja vielleicht auch ein Aspekt den den ich nicht in meine Ausbildung genießen durfe sondern das habe ich ähh quasi für mich übernommen von der Ausbildung was in Österreich ähh dargeboten wird was ich überhaupt diese Kombination ähh ziemlich sinnvoll finde ähh muss ich schon gestehen. (INTERVIEW V, S.3, Z. 103-113)

Die Arbeit mit den Patienten empfindet sie als nicht einfach, da die psychische Verfassung des Patienten eine große Rolle spielt. Auch ihre eigene psychische Stimmung ist täglich unterschiedlich. Ihre Reaktion auf etwaige ausländische Anfeindungen von Seiten der Patienten ist eher gelassen.

„Man muss ja immer im Hintergrund denken, dass arbeiten mit die Menschen ist nie einfach und eins darf man auch nicht vergessen. Da sind Patienten die im Moment vielleicht oder auch nicht nur, sondern chronisch ein Problem haben, der die momentane psychische Lage verändert. Natürlich ich bin auch Mensch und bin jede Tag gleiche psychische Zusammenfassung. Und ja vielleicht sind vorgekommen Sachen dass einer sagt ja ahmm Ausländer iirgendetwas irgendeine Bemerkung im Zusammenhang mit Ausländer. Vielleicht im Moment hätte ich es persönlich genommen nur grundsätzlich lässt mich kalt. (INTERVIEW V, S. 3, Z.116-122)

In ihrer Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten hat sie keine schlechten Erfahrungen gemacht. Führungskraft ist für sie nicht gleich Führungskraft, denn diese zeichne sich durch ihre Kompetenzen aus.

„Ähhmm meine Vorstellung zum Beispiel von eine Führungskraft oder eine führende Persönlichkeit vielleicht ist nicht in Übereinstimmung als das was ich im Moment sehe ahh nicht nur hier sondern vielleicht auch woanders was ich höre von Erfahrung anderer Kolleginnen andere Menschen.“ (INTERVIEW V, S.4, Z.128-136)

Die Zusammenarbeit in ihrem Stationsteam funktioniert hervorragend. Vor allem der Zusammenhalt zeichnet sich durch gegenseitigen Respekt und Toleranz aus.

„Ich bin der Meinung dass ich immer Glück hatte dass ich in einem sehr guten Team arbeiten durft. uund wo der Zusammenhalt wirklich ein ein sehr große Rolle spielte und vor allem jeder wurde als Mensch respektiert und der Migrationshintergrund war überhaupt nie in Rede gestellt.“ (INTERVIEW V, S. 4, Z.140-144)

Interviewteilnehmerin Z lernte in der Beziehung zu ihren Patienten sehr viel und sieht es als bereichernde Situation an, die bei ihr für Freude und Motivation sorgt.

„Ich lerne viel von Patienten. Und ich bin froh wenn ich was helfen kann und natürlich wenn sie auch davon Profit haben. Dann das ist meine Freude noch mehr und das motiviert eigentlich (...).“ (INTERVIEW Z, S.3, Z.92-95)

Der Migrationshintergrund beeinflusst ihre Arbeit mit den Patienten dahingehend, dass diese interessiert Fragen über Herkunft und Traditionen stellen. Es gibt jedoch auch Patienten, die ihre Nationalität eher als störend oder negativ empfinden.

„Natürlich bei manche man spürt schon, dass man nicht so erwünscht ist und ähh man sieht schon dass die andere total aufgeregt sind zu das dass ich Ausländerin bin und eigentlich sie interessieren sich auch nebenbei bissl was was anderes in meine Heimat und wir sind alles verschieden (...).“ (INTERVIEW Z, S. 3, Z.98-100)

Laut ihrer Meinung kann es für Führungskräfte mit Migrationshintergrund schwieriger sein, diese Position auszufüllen, weil jeder seine eigenen individuellen Charakterzüge besitzt. Die Zusammenarbeit funktioniert für sie aufgrund ihrer guten Integration bestens.

„Na, na ich glaube schon dass vielleicht is bissl schwieriger für eine führende Kraft. Egal ob das Lehrerin ist oder Stationskoordinatorin wenn sie sich mit ausländische Elemente (lacht.).“ (INTERVIEW Z, S. 3, Z.104-108)

Weiters ist Interviewteilnehmerin Z mit ihrem Pflgeteam sehr zufrieden. Sie kann sich auf ihre Teammitglieder verlassen und das vor allem, wenn anspruchsvolle Patienten stationiert sind.

„Ich weiß es nicht du warst bei uns kurze Zeit, aber wir haben eine sehr starke Team und eh besonders wenn wir schwierige Patienten oder irgendwelch große Differenzen und so. dass einzige was ich sicher weiß ich kann mich auf meine Kolleginnen verlassen.“ (INTERVIEW Z, S.4, Z.110-112)

Generell fühlt sie sich in ihrem Beruf weder von Kollegen, Vorgesetzten noch Patienten benachteiligt.

„(...) ich fühle mich nicht benachteiligt. Ich meine ich hab niemals Gefühl gehabt,

dass ich was weniger bekomme als jemand andere der bissl was mehr bekommt. Oder sowas nein.“ (INTERVIEW Z, S.4, Z. 127-133)

Laut Interviewteilnehmerin As Aussage, sind für sie Patienten in Österreich viel anspruchsvoller als in Polen. Bei manchen Patienten brauche man eine gewisse psychische Stabilität, um von dem emotionalen Ausnahmezustand nicht mitgerissen zu werden.

„Aber ich glaube mmm besser gesagt kurz gesagt sind äh sind so verschiedene äh verschiedene Charaktere und verschieden Patienten aber das sind die Patienten ich glaube mehr anspruchsvoller als bei uns ja und mit dem man muss auch ahh arbeiten könne ja. Also da muss ma schon sagen viel musst du auch schlucken ja und und zum Beispiel es gibt es gibt manche Patienten was du denkst ok was warum tut die ganze Wut auf dich ausgegeben (...)“ (INTERVIEW A, S.4, Z.109-115)

Besonders die Zeit, die sie anfänglich im Pflegeheim arbeitete, war emotional anstrengend. Durch die Arbeit mit dementen und sterbenden Patienten geriet sie oft in engen Kontakt mit Angehörigen. Diese engen Kontakte zu Patienten und Angehörigen führten oft zu starker Verbundenheit mit den diversen Schicksalen der Patienten.

„Du hast den Patienten mehr im Bett gehabt und bis zum Schluss bis er gestorben is und hast du auch gearbeitet viel mit habe ich viel gearbeitet auch auf die Demenzstation. Das war auch nicht einfach und das war die Bezug von die Pflege und und auch mit die Angehörige hatte viel zu tun gehabt. Ja das war auch sehr wichtig...ja natürlich wennst du jemanden sehr lang kannst und kennst und irgendwie stirbt er dann liegt dir das auch in Herzen. Ja.“ (INTERVIEW A, S.4, Z.119-124)

Grundsätzlich ist ihr Migrationshintergrund kein Thema bei den Patienten, jedoch konnte sie von einer Erfahrung mit ausländischen Anfeindungen mit einer Patientin erzählen.

„Bei Patient schon is mir schon vorgekommen zum Beispiel haben wir eine Dame gehabt ja die weiß ich nicht gegen Ausländer oder halt was sie äh auf jeden Fall sie hat mir äh ganze Zeit wars nett wies bis ähh ich äh meine Mund aufgemacht habe, sie hat bemerkt aha ich habe keine Wienerdialekt. Ich bin aus eine Ausländerin und dann hat sie sie gleich um 100 Grad umgestellt und war dann sehr ungut und dann mit so eine Aussprache dass ich soll Deutsch lerne. Ja natürlich bin ich gegangen zu meiner Vorgesetzte dann hab ich gesagt die Dame will sich nicht sie wünscht dass ich sie nicht zu ihr komme weil äh ich soll Deutsch lernen. Ja und dann is meine Vorgesetzte zu ihr gegangen und hat gesagt ja liebe Dame ich muss ihnen aber schon sagen die Frau Burgstaller kann sehr gut Deutsch und hat sie mit ihr geredet und nach dem Gespräch war wieder alles ok. Ja es kommt auch vor.“ (INTERVIEW A, S. 6, Z.191-199)

In den Anfängen ihrer Arbeit im Krankenhaus hatte sie Probleme als Neuankömmling. Ihr erster alleiniger Nachtdienst wurde ihr abrupt zugeteilt und versetzte sie in Nervosität. Sie erklärte sich dies aus der Tatsache, dass sie neu und noch nicht im Team integriert war.

„Am Anfang keine Nachdienste ähh muss eingeschult werden und auf einmal kriegte ich so Antwort ok wir brauchen jetzt einen Nachtdienst und ich musste Nachtdienst machen ja gleich in erste Woche. Das war am Anfang auch ein bisschen Schock ja zweites Schock war weil ich war neue Pflegerin das wurde auch ausgenützt.“ (INTERVIEW A, S.4, Z.128-146)

Der schlimmste Moment ihrer Anfangszeit als Pflegerin war, als ihr Dienst oftmals am Tag umgetauscht wurde, sie kein Mitspracherecht hatte und ihre privaten Planungen nicht möglich waren.

„Das ist meine schlechteste Erfahrung damals hat sie mir in eine Tage dreimal Dienst umgetauscht ja ich war auch schockiert ja natürlich hast du dann einmal kriegst andre Diensteinteilung is ok. Dann tust du deine Familie benach..ähh informieren, aber wenn innerhalb von fünf Minuten die Dienst wieder ändert, kriegst du wieder andere Dienst ja dann denkst du dir schon eigentlich stimmt da was nicht ja (...).“ (INTERVIEW A, S.4, Z. 128-146).

Auch die plötzliche selbständige Arbeit sowie die immense Verantwortung versetzten sie in zusätzlichen Stress. Beispielsweise waren Blutabnahmen keine geläufige Sache für Interviewteilnehmerin A. Deshalb holte sie sich eine Ärztin zur Aufsicht, um eine Bestätigung der korrekten Durchführung der Blutabnahme am Patienten zu bekommen. Diese Maßnahme gab ihr Sicherheit und Selbstvertrauen.

„Naja ich war so schlau und habe mir genommen die Ärztin die ich gesagte habe Frau Doktor können sie zuschauen wie ich das mache ob ich das richtig mache. Ich hab das zugeschaut und ok ist gut und dann ich hab das sowieso gewusst ich, dass ich von die Schule kann ich das gut ja aber wenn du solange Zeit das nicht mach (...).“ (INTERVIEW A, S.4, Z. 148-152)

Die Beziehung zu den Vorgesetzten sei positiv. Ihre Stationsvorgesetzte gehe auf Bedürfnisse der Teammitglieder ein. Bei Problemen aller Art habe ihre Vorgesetzte ein offenes Ohr und verhalte sich sehr menschlich.

„Sie geht viel auf die ähm wenn du zum Beispiel Familienprobleme hast oder wennst du irgendwelche richtige Probleme hast, musst du nur zu ihr gehen. Und sie schaut immer, dass du frei kriegst und das sie dich hilft ja und das für für für ihr ist auch wichtig dass wir eigentlich ja weiß ich nicht wenn sie sieht du hast nasse Auge wenn irgendwas zu Hause nicht passt ja dann kannst du von ihr eigentlich alles kriegen. Dass sie dir frei gibt wennst du wennst du brauchst. Ja also wenns geht um solche Sachen dann is sie sehr menschlich.“ (INTERVIEW A, S. 5, Z.153-164)

Mit ihren Kollegen gestaltete sich die Zusammenarbeit schwierig, da sie sich für diverse Dienste ausgenutzt fühlte. Mit der Zeit änderte sich aber die Situation und sie weiß jetzt, wie sie mit ihren Kollegen umgehen muss. Bei Problemen versucht sie, ein klares Wort zu reden, um Missverständnisse vorzubeugen und Lösungen zu finden.

„(...) habe ich mir schon die Kollegen zur Seite genommen und hab ich gesagt naja das finde ich nicht in Ordnung ja und vor allem vor Patient wenn du zu mir sagst das oder das ja deswegen Probleme hast kannst du mir das gern sagen ja aber nicht vor de Patient nur draußen ja weil der Patient muss das nicht mitkriege, dass wir irgendwelche Probleme haben und das war am Anfang an, aber dann weißt du mit der Zeit wennst schon länger da bist geht schon jeder kennt schon jeder ja und weißt (...).“ (INTERVIEW A, S. 5, Z. 169-178)

Zu bemerken ist, dass der Migrationshintergrund kein Problem bei der Zusammenarbeit mit ihren Kollegen darstellte. Ein großer Vorteil waren dabei ihre Deutschkenntnisse.

„Na ich hab das nicht eigentlich erlebt das irgendwelche habe ich Probleme weil ich zum Beispiel Ausländer bin komme ich aus Polen. Habe ich das nicht nicht äh erlebt weil muss ich vielleicht sagen dass ich deswegen, weil wie ich den Beruf angefangen habe da habe ich schon genug Deutsch könne dass ich mich in verschiedenen Sachen wehren kann.“ (INTERVIEW A, S. 5, Z. 186-189)

Interviewteilnehmerin R sieht die Beziehung zu den Patienten sowohl als angenehm als auch als kompliziert an. Vor allem die Multikulturalität der Patienten kann zu Sprachschwierigkeiten führen. Alles in allem komme es auf den jeweiligen Charakter des Patienten oder der Patientin an.

„Mal als angenehm. Manchmal auch sehr als kompliziert. Je nachdem wie die Patienten sind. Wenn sie freundlich sind, ist es doch ein wenig lustig im Zimmer. Manchmal natürlich auch ein paar Verständigungsschwierigkeiten, da ja doch viele Ausländische Patienten sind und die ja häufig kein Deutsch sprechen. Is es natürlich sehr kompliziert und sehr schwierig die Arbeit richtig zu machen vor allen Dingen.“ (INTERVIEW R, S. 2, Z. 55-59)

Prinzipiell ist ihre deutsche Herkunft kein Problem unter den Patienten. Anfänglich musste sie mit den Ausdruck „Piefke“ umgehen lernen, da dies als umgangssprachlicher und unhöflicher Ausdruck für deutsche Einwanderer benutzt wird.

„Bezüglich Patienten wäre mir jetzt so noch nie aufgefallen. Also zumindest nicht zu mir als Person muss ich sagen. Natürlich in Österreich als Deutsche ist es schon schwer. Ja man is ja immer ein Piefke. Also das wird einem immer Vorgehalten und mittlerweile stört mich nicht mehr.“ (INTERVIEW R, S.3, Z.71-74)

Die Beziehung zu den Vorgesetzten sah sie als schwierig an, da sie mit deren Vorstellungen und Ideen oft nicht umgehen könne.

„Es ist manchmal nicht einfach mit den Vorgesetzten. Diese Ideen und diese Vorschriften was die sich vorstellen und was wir machen müssen lässt sich halt oft nicht umsetzen. Ja und dieses Dreingerede wie wir was zu machen haben. Also das is so wo ich sage, da eck ich gern ein bisschen an. Ansonsten gibt natürlich auch positive Erfahrungen mit meinen Vorgesetzten, aber ich habe eher negative Erfahrungen.“(INTERVIEW R, S. 3, Z. 82-86)

Einen positiven Aspekt stelle die Arbeitsbeziehung zu den Kollegen dar. Das Arbeitsklima in Österreich empfindet sie besser als in Deutschland. Auch die vielen Kulturen, die im Pflegebereich zusammentreffen, lieferten interessante Eindrücke.

„Größtenteil eigentlich als angenehm, als positiv. Muss sagen da wir wirklich eigentlich eine gemischte Station sind aus verschiedenen Ländern finde ich sie eigentlich mal unterhaltsam einerseits sagen aber auch interessant. Es ist sehr gut zu erfahren was die Leute aus ihren Ländern so mitnehmen. Muss ich sagen sehr positiv. angenehmer als in Deutschland zu arbeiten wo nur – z.B. ich komm aus Sachsen Anhalt- wo wirklich nur die sind ein bissl garstig bei der Arbeit ja und das is hier.“ (INTERVIEW R, S.3, Z.96-101)

Die Unterstützung ihrer Kollegen ist für sie ein wichtiger Punkt, da sie dies in Deutschland nicht kannte.

„Man wird hier viel mehr unterstützt. Es wird einem vielmehr geholfen. Man ist nicht auf sich alleine gestellt. Wie gesagt ich kenn das so oft bei uns da bist nur du da hilft dir keiner. Du stehst alleine da und hier ist das ebenso dass viele sagen ich helf dir. Mach du das so . Das is so eigentlich so was ich sehr positiv finde.“ (INTERVIEW R, S.4, Z.106-109)

9.2.4. Kategorie D Lebenswelt

Die Lebenswelt von Interviewteilnehmerin V wird von ihren Diensten im Krankenhaus beeinflusst. Nach und nach lernte sie, sich einen flexiblen Lebensstil anzueignen, um für Dienst einsprünge oder Dienstverschiebungen bereit sein zu können. Sie versucht dabei Rücksicht auf ihre Kollegen und Familienmitglieder zu nehmen.

„Es beeinflusst schon, durch dadurch da Turnusdienst durch ähh vielleicht die Notwendigkeit, dass man immer öfters einspringt aufgrund XY Faktoren dass beeinflusst schon aber mit der Zeit glaub ich ah in diesem Beruf dass erste was man lernt ist die Flexibilität. Sich einfach so zu biegen und ich ich bin in erster Linie so ein Mensch der ähh grundsätzlich ich mich stelle immer an ein bisschen dahinten und passe mich da Mitmenschen und meiner Umgebung eher an und dann zweite Linie denke ich an mich und dann natürlich auch an meine Privatleben.“ (INTERVIEW V, S. 5, Z.166-171)

Im Privatleben spürt man, dass keine Regelmäßigkeit und Routine vorhanden ist. Vor allem bei der Erziehung ihres Kindes, das zur Schule gehen muss, führe dies manchmal zu organisatorischen Schwierigkeiten. Durch die Unterstützung des Ehemanns fielen die Umstände leichter. Heutzutage ist Interviewteilnehmerin V von dieser Belastung nicht mehr stark betroffen, da ihr Sohn bereits älter und selbstständiger ist.

„(...) Eine große Belastung muss ich schon sagen fordert einen sehr sehr komplizierte Management vielleicht und und und in Privatleben. das ist schon belastend. (...).“ (INTERVIEW V, S. 6, Z.147-183)

Interviewteilnehmerin V kam zusammen mit ihrem damaligen Freund und heutigen Ehemann nach Österreich. Es haben sie weder Verwandte oder Freunde in Österreich erwartet. Nach einiger Zeit wurde ihr Sohn in Österreich geboren.

„Nein, ich bin mit meinem Mann zusammen hergekommen. Wir waren damals aber nicht verheiratet und wir haben keine andere Verwandte oder Familienmitglieder hier in Österreich das heißt nur mein Mann und ich und dann haben wir unseren Sohn bekommen. Das ist alles.“ (INTERVIEW V, S.6, Z.188-190)

Ihr Freundeskreis besteht zum größten Teil aus Personen mit denen sie zusammenarbeitet. Die wenigsten Bekanntschaften stammen aus ihrer Heimat. Sie verfügt generell über einen großen Freundeskreis - egal ob aus Österreich oder aus anderen Ländern.

„Ähh ich habe zum Beispiel ähh wenige Bekanntenkreis aus meinem Heimat am wenigsten sagen wir mal....dann..ja Bekanntschaften Freundschaften aus dem Arbeitskreis

aber auch viele andere und das hat nicht ja von überall her eigentlich. es is egal Österreicher von sonst wo es is.“(INTERVIEW V, S. 6, Z. 193-197)

Besonderen sozialen Netzwerken, wie Vereinen oder Organisationen, gehört sie nicht wirklich an.

Sie gibt an, dass ihr Mann ihre Vertrauensperson und größte Stütze in ihrem Leben ist. Dieser hilft ihr bei der gemeinsamen Kinderbetreuung, Erziehung und anderen Dingen. Auch ihre Familie in Mazedonien würde ihr zur Seite stehen, falls sie Hilfe benötigen würde.

„(...) Zum Beispiel für Kinderbetreuung jetzt is die Thema schon abgeschlossen brauch ma das nicht war immer ein Wechselspiel zwischen mich und mein Mann uuund auch zum Beispiel Krankheit. Weiß ich nicht ich vielleicht in erster Linie verlasse ich mich an dem System aber ich kann auch sagen dass ich dann auch vielleicht meine Familie hier mobilisieren würde.“(INTERVIEW V, S.6, Z. 206-210)

Interviewteilnehmerin V schilderte im Anschluss einen besonderen Lebensabschnitt, in dem sie besondere Unterstützung und die Möglichkeit, sich anzulehnen brauchte. Diese bekam sie von ihrer Vertrauensperson - ihrem Ehemann.

Die Lebenswelt von Interviewteilnehmerin Z gestaltet sich je nach Tag und Zeit unterschiedlich. Vor allem seit ihre Tochter erwachsen ist, hat der familiäre und erzieherische Stress abgenommen.

„Naja mal schaffe ich, manchmal schaffe ich nicht. Es gibt so Momente und so Momente. Natürlich mit der Zeit, wo meine Tochter schon erwachsene Mensch und selbständiger Mensch is. Dann bleiben die aufwand zuhause viel weniger und ja.“ (INTERVIEW Z, S. 4, Z.136-138)

Anstrengenden Dienstzeiten und die psychische Belastung ziehen ihre Freizeit und ihr Privatleben in Mitleidenschaft. Für viele Erledigungen bliebe kaum Zeit. Trotzdem erzählt sie von zahlreichen angenehmen Diensttagen, an denen man sich auf zu Hause freue und sie wisse, dass man Menschen helfen könne.

„Ja das spürt man schon. Besonders wenn anstrengende Dienste hat und eben diese Radeldienste und Nachtdienste und so, das zuhause schon bissl anstrengend, viel unerledigt bleibt. Und dass man mit vollen Kopf Zuhause kommt am Nachmittag wirklich keine Möglichkeit sich um was Weiteres zu kümmern, aber manchmal gibt es so schöne Tage wo man wirklich gerne nach Hause geht und hat wirklich so eine heitere Stimmung und fühlt das ja doch zu Nutze war in diese Leben und das irgendwie Teil wird ausgeglichen.“ (INTERVIEW Z, S. 5, Z. 140-145)

Als sie nach Österreich migrierte, war nur ihr Ehemann dabei, erst später ihre Tochter. Ihre anderen Familienmitglieder leben nach wie vor in Bulgarien. Ihr Freundes- und Bekanntenkreis besteht zum größten Teil aus Personen, die ebenfalls aus Bulgarien stammen. Dies resultiert wahrscheinlich aus der Tatsache, dass sie ihre Heimat vermisst und deshalb gerne mit bulgarischen Landsleuten in Kontakt tritt.

„Ich muss sagen hauptsächlich Hauptsache sind Bulgare. Vielleicht weil das mir fehlt die Kommunikation mit (...)“ (INTERVIEW Z, S.5, Z.154-155)

Sie ist kein Mitglied von sozialen Organisationen oder Vereinen.

Als ihre Tochter noch ein Kleinkind war, kannte sie noch keinen, der sie unterstützt hätte - bis auf ihren Ehemann.

“Mhmm ja eben wie meine Tochter noch jung war da habe ich ähh überhaupt keine Bekannte hier gehabt. Denn man is allein auf sich gestellt oder eben auf der Partner mein Mann.“ (INTERVIEW Z, S.5, Z.164-165)

Im Laufe der Zeit lernte sie Leute kennen, die sie unterstützten. Vor allem im Krankheitsfall war dies für sie vorteilhaft.

Das Leben von Interviewteilnehmerin A wurde durch ihre Scheidung geprägt. Nach ihrer Meinung hat womöglich ihr Beruf als Gesundheits- und Krankenpflegerin Einfluss auf das Scheitern der Beziehung genommen. Ihrem derzeitigen Lebenspartner ist bewusst, dass ihr Beruf sehr viel Zeit beansprucht, auch in der Nacht und am Wochenende. Besondere Probleme stellen sich in Bereich der Freizeitplanung, vor allem da sie öfter spontan einen Dienst übernehmen muss.

„(...) Schlimm is nur wenn wenn man zum Beispiel irgendwas plant und dann vielleicht zwischendurch musst dann in Dienst einspringen weil vielleicht jemand krank ist. Ja dann ist das halt manchmal schwierig. Wenn das einmal zweimal vorkommt is ok aber wenn das öfters ist dann höre ich schon immer wieder kann man nix planen (...)“ (INTERVIEW A, S.6, Z.220-229)

Interviewteilnehmerin A kam alleine nach Österreich. Ihre gesamte Familie befindet sich in Polen. Zurzeit lebt sie in einer Beziehung mit ihrem Lebensabschnittspartner.

„Nein, ich bin alleine jetzt mit meine Freund. Familie ist in Polen.“ (INTERVIEW A, S. 7, Z. 232)

Ihr Freundes- und Bekanntenkreis besteht zu einem großen Teil aus Österreichern, aber auch polnischen Freunden. Spezielle soziale Organisationen, Netzwerke und Vereine werden von ihr nicht genutzt.

„(...) ich habe mehr Freundeskreis sind Österreicher natürlich auch Polen aber mehr Österreicher und ich bin bei keine Vereine dabei (lacht.)“ (INTERVIEW A, S. 7, Z. 237-238)

Die soziale Unterstützung übernimmt in erster Linie ihr Lebensgefährte. Ebenso scheint ihre polnische Familie eine soziale Stütze zu sein.

„Wenn mir irgendwas wenns wenns ähh wenn ich wenn ich Hilfe brauche dann erste Stelle ist natürlich meine Lebensgefährte weil er da ist und zweite Stelle gleichzeitig auch meine Familie von Polen Mutter Vater Schwester nur die können vielleicht weiß ich nicht zwei drei Tage später kommen aber sie kommen da kann jederzeit anrufen ja.“ (INTERVIEW A, S. 7, Z.244-247)

Nach einem Autounfall bekam Interviewteilnehmerin A von ihrer Familie besondere Zuwendung. Damals jedoch vermisste sie die soziale Unterstützung von ihrem Exmann, der nicht für sie da war (aus ihrer Sicht).

„Ja ich hab einmal Autounfall gehabt nach der Arbeit bin ich nach Hause gefahren und da war ich noch verheiratet und eigentlich ich hab gewartet dass ich Unterstützung von meine Ehegatte habe ich eigentlich keine Unterstützung richtige gekriegt nur wurde mir vor ihm noch mehr gesagt ich mach nur alles kaputt dann hab ich auch gesagt ok gut die nächste habe ich meine Familie angerufen und sie waren dann nächsten Tag da ja. (INTERVIEW A, S. 7, Z. 252-259)

Ebenso besteht ein freundschaftliches Verhältnis zu ihrer Nachbarin.

„Nachbarschaftshilfe ich hab auch eine liebe Nachbarin da kann ich auch jede Zeit bei ihr anläuten und sie auch bei mir.“ (INTERVIEW A, S.7, Z.261-262)

Interviewteilnehmerin R ist ledig und hat somit weniger Probleme Arbeit und Privatleben unter einen Hut zu bringen. Sie lebt alleine in Österreich. Ihre Familie befindet sich in Deutschland.

Ihr Freundeskreis zeichnet sich durch einen hohen Anteil an Freunden aus ihrer Heimat aus. Aus der Zeit ihrer Ausbildung hat sie drei deutsche Freunde. Ebenfalls zählen Arbeitskollegen, darunter überwiegend deutsche Landsleute, zu ihrem sozialen Netzwerk.

„Also es sind viele Personen aus der Heimat. Also es sind halt viele Deutsche die hier sind. Hier leben und dann auch. Bin ja mit eigentlich mit drei mit denen ich Ausbildung hier

hatte hergekommen. Die gehören halt zum Freundeskreis. Und Deutsche die man auch hier in Speising kennen gelernt hat. Und Österreicher sind eigentlich Arbeitskollegen mit denen ich meine Freizeit verbringen.“(INTERVIEW R, S.5, Z.135-138)

Ihre Freunde sind für ihre soziale Unterstützung zuständig, da ihre Familie in Deutschland ist. Dazu zählen Freunde aus ihrer Freizeit und aus der Arbeitswelt.

„Eigentlich nur Freunde, weil die Familie nicht da ist, weil das ist einfach zu weit weg als das die von heute auf morgen hier herkommen kann. und von daher sind es eigentlich Freunde die unterstützen oder Arbeitskollegen die mich unterstützen.“(INTERVIEW R, S.5, Z.147-149)

Besondere Unterstützung bekam Interviewteilnehmerin R in der Zeit als sie sich von einer Operation erholte. Dabei kümmerten sich ihre Arbeitskollegen um sie.

„Ja das war jetzt ja eh im Urlaub wo ich zwei Wochen krank war im November, weil ich eine Operation hatte wo ich halt eben nicht rausgehen konnte also eigentlich so zu sagen eine zeitlang im Bett liegen musste und nicht aufstehen konnte. Also da war ich halt froh, dass ich die Arbeitskollegen hatte die mich unterstützt haben mit denen ich auch viel privat mache und die dann zu mir gekommen sind und unterstützt haben“(INTERVIEW R, S.5, Z.151-155)

9.2.5. Kategorie E Ausblick

Der Ausblick erfragt die zukünftigen Vorhaben in Beruf und Privatleben.

Interviewteilnehmerin V sieht ihre Zukunft nicht im Orthopädischen Spital Speising. Sie möchte definitiv eine Veränderung und dies schließt eine Auswanderung in ein anderes Land nicht aus.

„Nicht in Speising (langes Schweigen).“ (INTERVIEW V, S. 7, Z.222)

Zur ihrem Vorhaben in der Pension kann sie noch keine Angaben machen, da es für sie noch zu weit entfernt scheint. Sie lebt in der Gegenwart und nicht in der Zukunft.

„Ich lebe im jetzt, ich lebe grundsätzlich im jetzt und jetzt und hier und äh ich glaube habe mir keine solche Gedanken gemacht.“ (INTERVIEW V, S. 7, Z. 235-237)

Alles in allem ist sie mit ihrer Berufsstelle mäßig zufrieden.

Interviewteilnehmerin Z würde gerne in Pension gehen, sieht das aber nicht als realistische Möglichkeit an. Sie versucht ebenfalls keine Pläne bezüglich der Zukunft zu machen, weil es ohnehin immer anders kommen wird.

„Ich hab noch nicht gedacht (lacht.) Ich wollte sehr gerne in Pension gehen. Aber ja das ist unrealistisch dadurch dass ich 51 bin. ich hab wirklich keine Ahnung. Ähh ich plan nix

in diese Leben, weil bis jetzt alles was ich geplant habe ist anders geworden. ich hab nie gedacht dass ich hier komme ...ich weiß wirklich nicht. Ich bin nicht ein Mensch der so weitsichtig so planen kann ähh ich plane nicht fürs nächst Jahr. kann ich nicht sagen.“
(INTERVIEW Z., S. 7, Z.176-180)

Generell ist Interviewteilnehmerin Z, laut ihren Aussagen, sehr zufrieden mit ihrer derzeitigen Arbeitsstelle. Sie mag ihren Job, sonst würde sie ihn nicht ausführen können.

„(...)Ich kann mich schwer zwingen etwas zu tun zu machen wenn es mir nicht gefällt oder wenn das ahh mit meine Prinzipien auseinander. Ich kann nicht machen das (lacht.) jaja ich bin schon zufrieden.“ (INTERVIEW Z, S. 7, Z. 186-190)

Tatsache ist, dass Interviewteilnehmerin Z gerne wieder in die Heimat zurückgehen würde, aber sie fühlt sich ebenso in Österreich wohl. Ihr ist bewusst, dass sich vieles seit ihrer Ankunft in Österreich dort geändert hat. Manchmal erlebt sie die Veränderungen in ihren regelmäßigen Urlauben in Bulgarien. Vor allem ihre Beziehungen zu Freundinnen und Verwandten stehen unter einem ständigen Wandel, was natürlich eine Herausforderung darstellt. Ihr Ehemann hingegen, verspürt eine regelrechte Sehnsucht nach seinem Heimatland. Er vermisst seine Freunde und seine Verwandten. Eine Veränderung zu seinen Landsleuten in der Art und Weise kann er nicht erkennen.

„Ich ähh empfinde schon sehr interessant wenn ich nach meiner Heimat da komme und wenn ich genug fit bin ich ah dort auch ein gewissen Zeit zu lebe, weil man lebt sich schon auseinander. Dann weißt du dann ähh das wäre schon eine ganz neue Erfahrung für mich ähh wenn so viele Jahre vergangen sind. ich sehe denn ich geh oft in Urlaub dort. Ich seh die Sachen die Leute dort verändern so wie hier, aber dadurch dass ich hier lebe, dann merke ich nicht so schnell Veränderung und dort wenn man so nach Abstände geht dann wär das leichter und ähh ich empfinde schon interessant, dass ich dort auch bleibe aber ich fühle mich auch hier sehr wohl. Meine Tochter ist hier schon so eingelebt dass sie eigentlich für sie steht nicht in Frage diese Frage. Sie bleibt hier und falls sie hier etwas zu nutzen kommen kann dann wird ich auch hier bleiben auch. Ähh für mein Mann ist das was andres, aber er hat nix mit der Krankenpflegeberuf zu tun. Er sehnt sich zurück nach Hause zu kommen. Er sehnt sich nach seine Freunde dort nach seine Verwandte. Er hat irgendwie geschafft oder vielleicht er ist nicht so anspruchsvoll sein Freunde findet er genauso interessant und aufregend vertrauenswürdig sowie früher. Und ich spüre schon bisschen schon dass man sich auseinander lebt mit meine Freundinnen. Ich hab sie gerne.“
(INTERVIEW Z, S. 6, 192-207)

Interviewteilnehmerin A sieht ihre Zukunft weiterhin im Orthopädischen Spital Speising. Karrieretechnisch möchte sie gerne eine Ausbildung zur Wundmanagerin anstreben und hofft auf generelle Veränderung.

„Ich hoffe, dass wird sich was verändern. Ja ich hab momentan momentan denke ich nicht dran aber ich wollte mich schon irgendwie in diese Richtung vielleicht so Wundmanager weiter ausbilden (...).“ (INTERVIEW A, S.8, Z. 269-273)

Sie hat vor in Österreich zu bleiben und sogar in nächster Zeit wieder zu heiraten.

„Ja ich bleibe schon in Österreich uuund dieses Jahr haben wir vor sogar heiraten wieder zweite Mal Versuch (lacht.)“ (INTERVIEW A, S.8, Z. 275-276)

Mit ihrem derzeitigen Beruf ist sie sehr zufrieden.

Zu ihrer zukünftigen Pension kann sie keine genauen Angaben machen. Vielleicht wird sie - aufgrund der politischen Situation - nach Polen zurückgehen. Jedoch möchte auch sie keine Pläne erstellen. Momentan fühlt sie sich in Österreich wohl, weil es einen eindeutig besseren Lebensstandard gibt.

„Das is a große Frage, ich weiß es nicht wie die Zeiten werden vielleicht wird das soweit kommen das man muss zurückkommen wenn man sich damit unsere keine Pension nicht viel leisten kann...dann gibt natürlich auch diese Möglichkeit das ich dort zurückkommen kann ja aber oder muss soweit aber momentan plane ich nicht ja weil trotzdem alles ja eh weils geht schon um Job und und Lebensqualität. Es ist noch da viel besser als in Polen und vor allem der Job ist viel besser bezahlt als die Polen als Krankenschwester.“ (INTERVIEW A, S. 8, Z. 285-290)

Interviewteilnehmerin R möchte gerne einen weiteren Schritt in ihrer Karriere wagen. In beruflicher Hinsicht möchte sie somit die Praxisanleitung ihrer Station übernehmen.

„Also das nächste was ich in nächster Zeit machen möchte ist eben das ich Praxisanleiterin also ich bin schon dabei ein bisschen. Jetzt ist ja die Kollegin weggegangen, die die Praxisanleitung gemacht hat werd ich das übernehmen und jetzt werden wir schauen wie das halt vorangeht.“ (INTERVIEW R, S. 5, Z. 165-167)

Auch sie möchte in Österreich weiter arbeiten. Mit ihrer Arbeit ist sie momentan mittelmäßig zufrieden. In der Pension und im Falle einer Familiengründung, möchte sie nach Deutschland zurückgehen.

9.3. Ergebnisse zu den Forschungsfragen

Ziel der Interview-Studien war es die Erfahrungswelt von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in ihrer psychosozialen Gesundheit darzustellen.

9.3.1. Psychosoziale Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund

Hauptforschungsfrage:

„Wie ist die psychosoziale Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund?“

Aus den resultierenden Interviews zeigt sich, dass sich die befragten Teilnehmern in ihrer Selbsteinschätzung als stabil bezeichnen. Die Beteiligten haben intakte soziale Netzwerke und es ist ein gesundes Maß an Sozialkapital vorhanden.

Des Weiteren hat der Migrationsprozess keine offensichtlichen Spuren hinterlassen. Um dies zu eruieren, wäre ein tiefergreifendes Interview nötig z.B. tiefenpsychologisches Interview.

Im Beruf haben sie keine markanten Probleme weder mit Kollegen, Patienten oder Vorgesetzten gezeigt.

Das Privatleben setzt sich vor allem aus der engen Familie zusammen, welche einen großen Beitrag zum psychosozialen Wohlbefinden beisteuert.

Als soziale und emotionale Stütze fungiert jeweils der Ehepartner oder der Lebensgefährte. Im Falle von Interviewteilnehmerin R sind grundsätzlich die Familie und die Freunde ein wesentlicher Unterstützungsfaktor.

9.3.2. Einflussfaktoren der psychosozialen Gesundheit

Forschungsfrage: *„Welche Einflussfaktoren spielen bei der psychosozialen Gesundheit von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund eine Rolle?“*

Viele Einflussfaktoren sind für die psychosoziale Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund ausschlaggebend. Wie im theoretischen Teil der Diplomarbeit erarbeitet, können diese sein: Sprachprobleme, Heimweh, Identitätsentwicklung, Rassismus, Kulturschock, Marginalisierung, soziale Netzwerke, Sozialkapital, Fremdsein und die Art und Weise der Migration.

Zunächst stellen die Sprachprobleme eine große Hürde für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund dar. Dieses Problem wurde auch von allen vier

Interviewteilnehmerinnen aufgefasst. Viele alltägliche und einfache Vorhaben wurden durch Sprachprobleme kompliziert. Eine interviewte Person berichtete, dass sie Hemmungen hatte ihre Nostrifizierung durchführen zu lassen, weil sie der deutschen Sprache nicht mächtig war. Eine weitere Interviewteilnehmerin hatte Mühe den Prozess des Nostrifizierens sprachlich zu verstehen. Auch die Interaktion mit den Personen des Aufnahmelandes wurde erschwert, da keine Kommunikation möglich war. Im Laufe der Zeit wurde die Situation durch das Erlernen der Sprache deutlich verbessert.

Auch das Thema Heimweh nimmt einen großen Stellenwert bei den Interviewteilnehmerinnen ein. Dieser Faktor könnte vor allem durch die Einsamkeit und den fehlenden Anschluss an die Gesellschaft hervorgerufen werden. Das Gefühl, völlig auf sich alleine gestellt und keinen Ansprechpartner zu haben, lässt die Menschen verzweifeln. Eine Interviewteilnehmerin erzählte, dass sie anfänglich viel weinte, allein war und Sehnsucht nach ihrer Familie hatte. Diese konnte jedoch aus finanziellen Gründen nicht zu Besuch kommen.

Primär kann es vorkommen, dass sich die Interviewteilnehmerinnen nach dem Gewohnten und Vertrauten des Heimatlandes sehnen. Eine, der interviewten Personen, fährt regelmäßig in ihre alte Heimat, um Urlaub zu machen und ihre Bekanntschaften sowie die Familie zu pflegen.

Die Identitätsentwicklung wurde im theoretischen Teil ebenfalls näher beschrieben. Die Entwicklung unseres Selbst ist ein wichtiger Abschnitt im Leben eines Menschen und steht niemals still. Für die psychosoziale Gesundheit ist es ein Basisfaktor für das Wohlergehen der Seele. Einer interviewten Person wird die Identitätsentwicklung mit den zahlreichen Urlauben bewusst. Immer wenn sie in ihre alte Heimat zu Besuch kommt, erkennt sie eine Veränderung an den Menschen und der Umgebung. Ebenso bemerkt sie, dass sie sich selbst weiterentwickelt, genauso wie es ihr eigenes Heimatland mit all seinen Menschen tut. Trotz aller Veränderungen verspürt sie eine tiefe Zuneigung zu ihrem Heimatland.

Eine Marginalisierung kristallisierte sich aus den Interviews nicht heraus. Es scheint bei den jeweiligen interviewten Personen keine bedeutenden bestehenden Integrationsprobleme zu geben, welche für die Rolle der Identität wichtig gewesen wären. Die österreichische Kultur stellte womöglich für die interviewten Pflegekräfte keine bahnbrechende Hürde dar.

So befinden sich alle vier interviewten Personen weder am Rande der neuen Kultur, noch haben sie sich derartig von der eigenen Herkunftskultur in extremer Form abgewandt.

Typischerweise nimmt auch der Faktor Rassismus Einfluss auf das psychosoziale Wohlergehen. Die Interviewteilnehmerinnen wurden insgesamt von radikalen Anfeindungen verschont. Jedoch konnte jede von ihnen eine Situation kurz beschreiben, in der sie mit Diskriminierung konfrontiert wurden. Zu bemerken ist, dass diese Situationen nur bei Patienten passierten. In der Regel kommen solche diskriminierenden Situationen bei Zusammenarbeit mit Vorgesetzten oder Kollegen nicht vor.

Der nächste Einflussfaktor für das psychosoziale Wohlbefinden ist der Kulturschock. Der Kulturschock ist bei allen vier Interviewteilnehmerinnen nicht richtig angesprochen worden und wurde auch nicht spontan im Gespräch aufgegriffen. Vielmehr wurde eine Art von „Kulturschock“ im Bereich des Gesundheitssystems erlebt. Der Unterschied von österreichischem zum jeweiligen ausländischem Tätigkeitsfeld der Gesundheits- und Krankenpflegearbeit wurde meist mit Verwunderung hingenommen.

Alle vier Teilnehmerinnen standen vor einer Umstellung ihrer Pflegetätigkeiten. Tatsache ist nämlich, dass das österreichische Gesundheitssystem sich deutlich von polnischen, mazedonischen und bulgarischen Pflegesystem differenziert. Dies sorgte am Beginn der Arbeit in Österreich für leichte Verwirrung über das genaue Tätigkeitsfeld von Gesundheits- und Krankenpflegern. Des Weiteren resultierte aus den Interviews, dass der Fokus der Pflegeausbildung im Ausland im medizinischen Wissen der Teilnehmern lag.

Fremdsein ist ein vorhandenes Problem, dass sich in vielen Facetten zeigt. In der Sprache, im Denken, in der Bewegung und im emotionalen Bereich. Aus den Interviews geht dazu hervor, dass Fremdsein „*alleine sein*“ bedeutet. Keinen Anschluss und keine Bekanntschaften zu haben, die zur Unterstützung da wären und um sich mit ihnen auszutauschen. Vor allem am Beginn ihrer Auswanderung, war es schwer Anschluss an das soziale System zu finden. Mit der Zeit jedoch fanden alle vier Interviewteilnehmerinnen unproblematisch Kontakte.

Ein letzter hier behandelter Einflussfaktor für die psychosoziale Gesundheit ist die Form der Migration. Wie in der Literatur angeführt, setzt sich der Grund für die Migration aus vielen Facetten zusammen. Zu bemerken ist, dass keine der vier Interviewteilnehmerinnen aus politischen Gründen flüchten musste. Es waren einzig und allein freiwillige Entscheidungen, die sie nach Österreich führten.

Die Interviewteilnehmerinnen hatten Österreich meist nicht bewusst als Aufnahmeland gewählt, sondern es war vielmehr eine unverhoffte Maßnahme, die dazu führte. Interviewteilnehmerin A hatte zwar den konkreten Wunsch auszuwandern, aber das Ziel war nicht direkt Österreich. Der zentrale Aspekt ihrer Auswanderung nach Österreich war der

höhere Lebensstandard als in Polen. Bei Interviewteilnehmerin Z war die Firmenexpansion ihres Ehemannes der Auslöser für die Migration nach Österreich. Im Falle von Interviewteilnehmerin V war es eine damalige unverhoffte Gelegenheit, welche sich spontan ergab.

9.3.3. Integration in die Aufnahmegesellschaft

Forschungsfrage: *„Wie erleben Pflegekräfte mit Migrationshintergrund die Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft?“*

Die Sprachbarriere verhinderte so manchen schnellen Kontakt zu den Leuten im Aufnahmeland. Auch die Interviewteilnehmerinnen bekamen das am eigenen Leib zu spüren. Die erste Zeit in Österreich gestaltete sich für alle vier Interviewteilnehmerinnen aus eigenen Angaben schwer. Keine Bekannten oder Verwandten waren in deren unmittelbaren Umfeld, um für kommunikativen und emotionalen Austausch zu sorgen. Ihre jeweiligen sozialen Netzwerke in Österreich wurden langsam Schritt für Schritt erst gebildet. Die Zeit stellt dabei einen entscheidenden Faktor dar. Je länger die Interviewteilnehmerinnen sich in Österreich aufhielten, desto größer wurde das soziale Umfeld. Freunde und Bekannte kamen mit der Zeit.

Anfänglich war es für die Interviewpersonen Z und V schwierig sich alleine mit Kind, Ehemann und Beruf durchzuschlagen. Die Absprachen mit dem Ehemann waren wichtig, um die Kinder zu versorgen und zur Schule zu schicken. Trotz aller Schwierigkeiten bei der zeitlichen Betreuung des Kindes wurde durch das gelungene Wechselspiel mit dem Ehemann diese Zeit gemeistert. Jetzt, da deren Kinder bereits größer beziehungsweise erwachsen sind, fällt das Zeitmanagement viel leichter und stressfreier aus.

Interviewteilnehmerin A ist jene Frau, die alleine und ohne eine weitere Person nach Österreich umgezogen ist. Sie musste sich alleine für sehr lange Zeit von ihrer Heimat und Familie abkapseln, um im neuen Land Fuß fassen zu können. Aus ihrer Sicht war die erste Zeit, die Schrecklichste. Geplagt von Heimweh und der Einsamkeit, vergoss sie sehr viele Tränen nach dem Vertrauten und Gewohnten. Ohne Freunde und Familie war es für sie eine sehr harte Zeit, sich in Österreich einzuleben. Ähnlich geschah dies auch bei Interviewteilnehmerin R, welche aus Deutschland in die Fremde – nach Österreich – zog.

Die Arbeitswelt ist ein weiterer Aspekt der Integration. Grundsätzlich gab es keine gravierenden Probleme bei der Eingliederung der vier Interviewteilnehmerinnen in Österreich. Vermutlich konnte Interviewteilnehmerin R, welche aus Deutschland stammt, die sprachliche Hürde leichter überwinden.

Alle (bis auf eine Interviewteilnehmerin) mussten vorschriftsmäßig ihre Nostrifizierung durchführen. Diese nahm einige Zeit in Anspruch, wurde jedoch erfolgreich absolviert.

Interviewteilnehmerin A erzählte, dass sie anfängliche Probleme mit der Integration in ihr Pflegeteam hatte. Aufgrund der Tatsache, dass sie eine neue diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin war, wurde sie - aus ihren Angaben - ausgenutzt. Die anderen Teammitglieder versuchten ihr zu schnell den Alleingang beim Nachtdienst zu überlassen. Diese Situation war wie – aus ihrer Sicht - ein grober Stoß ins kalte Wasser für Interviewteilnehmerin A. Sie fühlte sich überrumpelt und geschockt. Des Weiteren, wurden ihre fixe Dienstzeiten umgeschrieben und das mehrmals am Tag, ohne dabei auf ihre Meinung einzugehen. Heutzutage versucht sie an ihre Kollegen heranzugehen und Probleme konkret anzusprechen. Dabei ist es ihr wichtig, dass diese Gespräche nicht vor den Patienten stattfinden. Sie zieht es vor, in einer ruhigen Umgebung fernab von Patienten eine Aussprache zu starten. Früher war ihr das nicht möglich, da ihr die Kollegen und deren Charaktere noch nicht vertraut waren.

Generell kam es – laut deren Erzählungen - bei keiner der vier Interviewteilnehmerinnen zu schwerwiegenden Vorkommnissen bei der Integration in die österreichische Gesellschaft. Ein Kulturschock oder eine Störung in der Identitätsentwicklung konnte aus diesen Interviews nicht erarbeitet werden bzw. wiesen keine der angeführten Aspekte darauf hin. Auch die Gefahr der Marginalisierung blieb aus, da sich keiner der Beteiligten am Rande einer Gesellschaft befindet. Vielmehr scheinen alle vier Personen mit ihrem Wahlheimatland Österreich zufrieden zu sein.

9.3.4. Soziale Netzwerke und Sozialkapital

Forschungsfrage:

„Wie wichtig sind Familie, Freunde und soziale Netzwerke für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund?“

Soziale Netzwerke sind eine essentielle Ressource für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund.

In erster Linie ist die Familie oder der Freundeskreis ein regelrechtes Auffangbecken bei beruflicher Überanstrengung, Belastung und Stress.

Alle vier Interviewteilnehmerinnen pflegen einen intakten sozialen Umgang. Sie haben eine eigene Familie mit Kind. Interviewteilnehmerin A war bereits verheiratet, jedoch kam die Ehe in die Brüche. Womöglich ihres Jobs oder auch der emotionalen Starrheit des Exmannes in

Krisenzeiten wegen. Zurzeit aber lebt sie in einer harmonischen Lebenspartnerschaft, in der ihr Partner Verständnis für ihre unterschiedlichen und flexiblen Dienstzeiten hat.

Die anderen Interviewteilnehmerinnen leben mit ihrer Familie zusammen. Der Ehemann scheint der engste Vertraute zu sein, welcher bei Sorgen und Probleme um Rat gefragt werden kann. Er stellt somit eine große soziale und emotionale Stütze dar.

Alle vier Interviewteilnehmerinnen weisen ein sehr gutes soziales Umfeld auf. Familie, Freunde, Bekannte und Kollegen nehmen großen Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit der Interviewteilnehmerinnen. Jeder der Befragten besitzt für sich ein persönliches Netzwerk. Laut den Aussagen in den Interviews kann man darauf schließen, dass ein jeweiliges Sozialkapital vorhanden ist und sich in deren beruflichen und privaten Beziehungen widerspiegelt.

Alles in allem sind diese intakten sozialen Netzwerke eine gute Basis für die psychosoziale Gesundheit. Es drückt sich einerseits durch den sozialen Rückhalt und andererseits durch das Vertrauen zu den Bezugspersonen aus.

9.3.5. Psychische Erkrankungen

Forschungsfrage:

„Welche Arten von psychischen Auffälligkeiten/Erkrankungen können bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in der Aufnahmegesellschaft auftreten?“

Der theoretische Teil der Arbeit verweist darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig von psychischen Störungen, bei einem Mangel an psychosozialen Wohlbefinden leiden. Die Symptome können in vielen Variationen ans Tageslicht treten. Die Verarbeitung von Eindrücken in der neuen Heimat fördert das psychosoziale Ungleichgewicht. Die Auslöser von psychischen Erkrankungen drücken sich in vielerlei Hinsicht aus. Angefangen von klassischen Magenschmerzen, hinzu Nervosität und lapidarer Angst. Das häufigste Phänomen stellt das Heimweh- oder Entwurzelungssyndrom dar. Auch den Interviewteilnehmerinnen war und ist – laut ihren Interviewaussagen - dieses Gefühl der Sehnsucht nach der Heimat bekannt bzw. gewesen. Angst und Depressionen sind ebenfalls Folgeerscheinungen von Migration und das Erleben im Aufnahmeland. Des Weiteren ist Paranoia bzw. Schizophrenie ein Krankheitsbild, welches bei erhöhter Diskriminierung ausgelöst werden kann.

Zuletzt nimmt auch die Posttraumatische Belastungsstörung einen großen Teil in Bezug auf das psychosoziale Wohlbefinden ein. Diese spielt vor allem eine Rolle, wenn man aufgrund von dramatischen Umständen das Land verlassen musste und somit ein traumatisches Erlebnis zu verarbeiten hat.

Alle vier Interviewteilnehmerinnen zeigen keine offensichtlichen Mängel an psychosozialer Gesundheit. Aufgrund ihrer Selbsteinschätzung und den Aussagen der Interviews, erwähnten sie keine psychischen Erkrankungen, die aus Migration oder ähnliches resultierten. Laut der Frage *„Wie fühlen Sie sich momentan?“* gaben alle vier Interviewteilnehmerinnen die Antwort *„Sehr gut“*.

10. Ausblick

Psychosoziale Gesundheit ist grundlegend für die Lebensqualität und sie ist ein wesentliches Element des gesellschaftlichen Zusammenhaltes, der Produktivität und des stabilen und friedlichen Zusammenlebens. Gesundheit ist ein wertvolles Gut in der Gesellschaft, denn nur wer gesund ist, kann auch Gesundheit weitergeben.

Mit der vorliegenden Diplomarbeit über die Psychosoziale Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund soll eine Grundlage für weitere Forschung geschaffen werden. Es kann als Anstoß dienen, dass Interessierte in Praxis und Forschung weitere Nachforschungen anstellen können und somit eine Erweiterung zum pflegewissenschaftlichen Forschungsfeld beitragen. Vorteilhaft wäre, eine Untersuchung durchzuführen, die einen größeren Personenkreis abdecken würde. Die durchgeführte Stichprobe dieser Diplomarbeit ist leider zu klein, um ein signifikantes Ergebnis zu liefern.

Generell können in den Pflegeeinrichtungen, durch die Steigerung des psychosozialen Wohlbefindens und der Bearbeitung von Problemen, die aus dem Migrationshintergrund stammen, die Pflegequalität erheblich verbessert werden. Nur Pflegepersonen die sich auch in ihrer Lebens- und Arbeitswelt wohlfühlen, können dies auch den Patienten vermitteln.

Viele Gesundheitseinrichtungen versuchen mit „*Diversity Management*“ - Angeboten eine Basis zu schaffen, um ein Kulturverständnis ihrer Mitarbeitern zu ermöglichen. Die Angebote dringen jedoch noch nicht ganz zu den betroffenen Mitarbeitern vor bzw. werden von den Mitarbeitern im Gesundheitswesen relativ ungenügend wahrgenommen. Nicht nur Diversity Management hat positiven Einfluss auf die Mitarbeitern, sondern auch die betriebliche Gesundheitsförderung. Im Falle des Orthopädischen Spitals Speising kümmert sich die Stabstelle Wertemanagement um beruflich oder privater Kommunikation und Interaktion. Umgesetzt wird dies in Form von Mitarbeiterveranstaltungen, Mitarbeiterfesten (z.B. Fest der Kulturen im OSS) und Mitarbeitergesprächen. Auch das Angebot für psychosoziale Hilfe, ist dort für jeden Mitarbeiter frei zugänglich. Die Seelsorge und die zuständigen Gesundheitspsychologen sind für ihre Mitarbeiter in persönlichen Krisen da. Leider wurde dieses Angebot von den Mitarbeitern zum Teil noch nicht wahrgenommen bzw. wurde es zu wenig beworben. Zukünftig sollte dies aber geändert werden, um eine Anlaufstelle für psychosoziale Krisen zu entwickeln. (vgl. www.oss.at , 14.04.2012)

Ein essentieller Aspekt ist, dass Führungskräfte, wie Stationskoordinatoren bzw. Stationsleitungen, die Kompetenz besitzen, Probleme ihrer Mitarbeitern zuerkennen und anzusprechen. Schulungen in Form von Workshops können Führungskräfte im Krankenhaus entsprechen dahingehend sensibilisieren, um auf psychosoziale Krisensituationen der

Mitarbeitern eingehen zu können. Mit Hilfe von regelmäßigen Mitarbeitergesprächen können dabei Probleme vorgebeugt werden. In diesen persönlichen Gesprächen sollte dabei auch auf den sozialen Hintergrund der Pflegeperson eingegangen werden.

Des Weiteren sollen gemeinsame Teamsitzungen weiterhin gepflegt und ernsthaft wahrgenommen werden. Besonders neue Teammitglieder mit Migration könnten davon profitieren.

11. Zusammenfassung

Die Diplomarbeit geht auf die psychosoziale Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Österreich ein. Ein theoretischer Teil wurde zum Thema erstellt, welcher die bestehenden Fakten und Tatsachen aus der vorhandenen Literatur wiedergibt. In erster Linie wurde eine Übersicht, über der Thematik zugrundeliegenden Begriffe, erstellt. Die Begriffe sind Interkulturalität, Multikulturalität, Transkulturalität, Sozialkapital, Soziale Netzwerke, Gesundheit und vor allem psychosoziale Gesundheit. Des Weiteren wurde die Situation der Migration im Pflegebereich angeschnitten und Einblick in die Migrationstrends in Österreich gegeben.

Im folgenden Kapitel wurde die interkulturelle Pflegesituation mit ihren Herausforderungen und Möglichkeiten aufgezeigt. Folglich wurde der Fokus auf die Bedeutung von sozialen Netzwerken, wie Vereinen und Organisationen, im Leben eines Menschen gelegt.

Der letzte theoretische Teil hatte „*Faktoren für psychosoziale Gesundheit bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund*“ zum Thema. Hierzu wurden soziale Indikatoren der psychosozialen Gesundheit aufgelistet. Hauptaugenmerk lag auf den Einflussfaktoren Migrationshintergrund, berufliches und privates Umfeld. Diese werden mittels Fakten und Definitionen erläutert und beschrieben.

Der zweite Abschnitt ist die empirische Arbeit.

Es wurden mit vier diplomierten Pflegekräften mit Migrationshintergrund Interviews geführt. Dazu wurde der Interviewleitfaden von „*Migrant Nurse Study, Vienna*“ verwendet.

Bei der Auswertung wurden die Daten in sechs Hauptkategorien aufgespalten und bearbeitet. Anschließend wurden die Forschungsfragen beantwortet.

Die Befragten sind im Orthopädischen Spital Speising als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen tätig. Die Teilnehmerinnen stammen aus Bulgarien, Polen Mazedonien und Deutschland.

Alle vier Interviewteilnehmerinnen kamen alleine oder mit einer weiteren Person nach Österreich, ohne Verwandte oder Bekannte im Zielland zu haben.

Als Motive der Einwanderung nach Österreich galten generell die berufliche Weiterentwicklung, Berufsartwechsel und der Wunsch im Ausland besseren Lebensstandard zu erreichen.

Beim Einsatz in Österreichs Gesundheitsinstitutionen fiel den interviewten Pflegekräften die Umstellung ihrer Tätigkeiten als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin auf. Denn im Ausland zählten auch medizinische Tätigkeiten zu ihrem Arbeitsfeld. In Österreich lag der Fokus zentral auf pflegerische Tätigkeiten .

Die Eingliederung ins Pflgeteam und mit anderen Kollegen erfolgte bei zwei

Teilnehmerinnen unproblematisch. Eine Interviewteilnehmerin hatte aufgrund ihrer Unerfahrenheit anfänglich Schwierigkeiten sich in das Pflorgeteam zu integrieren.

Die gesellschaftliche Integration stellte im Großen und Ganzen kein Problem bei den Befragten dar. Die Sprachbarriere zählt zu den markantesten Hürden, welche aber mit der Zeit gelöst wurde.

Soziale Netzwerke sind bei allen vier Interviewteilnehmerinnen vorhanden und so auch das daraus resultierende Sozialkapital. Schwerwiegende Diskriminierungsfälle sind bei den Befragten nicht vorgekommen.

Ebenfalls waren keine Anzeichen auf psychische Auffälligkeiten aufgrund des Migrationsprozesses oder der Integration in Österreich zu erkennen. Auch wurde das von Seiten der Interviewteilnehmerin nicht angesprochen.

Die vier befragten diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen scheinen ihren Lebensmittelpunkt in Österreich beruflich und privat gefunden zu haben. Keiner der Beteiligten hat bereits ernsthaft Überlegungen angestellt in der Pension zurück in das Heimatland zu gehen, denn sie sind auf die Gegenwart konzentriert.

Durch die Multikulturalität im Pflegebereich werden viele neue Anforderungen an das Personal und die Mitarbeiter gestellt. Eine Vielfalt von ethnischen Pflegekräften arbeitet bereits in Österreichs Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die Zusammenarbeit im Pflorgeteam verlangt deshalb Respekt, Toleranz und Verständnis.

Die psychosoziale Gesundheit bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund stellt dabei einen Garant für Glück und berufliches sowie privates Wohlergehen im Aufnahmeland dar. Wenn der Mensch mit seiner Seele und dem Körper im Einklang ist, so ist das ein Vorteil für den Umgang mit den Patienten und ein wichtiger Schritt in Richtung verbesserter Pflegequalität.

12. Literaturverzeichnis

- Albert, Martin (2001): Migration und Krankenpflege – Theorie und Praxis für eine interkulturelle Pflegepädagogik, in: Pflegemagazin, 2.Jg., Heft 6, Dezember 2001, S.32-41
- Assion, Hans- Jörg (2005): Migration und seelische Gesundheit, Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen: Online im WWW unter URL: www.migrant.at, (23.11.2011)
- Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen: Diversity Management Online im WWW unter URL: http://www.migrant.at/gams_dm.pdf , S. 69-72 (9.5.2012)
- Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.); (2007): Migration und psychische Gesundheit – Belastung und Potentiale, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Bourdieu, Pierre (1992): Die verlorenen Mechanismen der Macht; Verlag Hamburg
- Buchinger, Sascha (2008): Multiethnische Pflegeteams – Sprachliche Barrieren ausräumen, in: Die Schwester – Der Pfleger; 47.Jg., 01/08, S.40-48
- Büro für Zukunftsfragen: Sozialkapital, Online im WWW unter URL: http://www.oevp.at/Common/Downloads/Sozialkapital_Buero_fuer_Zukunftsfragen.pdf, (19.9.2011)
- Caritas Wien: Beratung, Behandlung, Weitervermittlung, Online im WWW unter URL: <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/asylmigrationintegration/beratung-fuer-asylwerberinnen/psychosoziale-angebote/>, (23.11.2011)
- Club International – Verein zur Integration von Zuwanderern im 16. Bezirk, Online im WWW unter URL: <http://www.ci.or.at/>, (23.11.2011)
- Coleman, James S. (1995) Grundlagen der Sozialtheorie. Band 2: Körperschaften und die moderne Gesellschaft, München, Wien
- David, Matthias (2007): Die Heimwehkrankheit – medizinhistorische Anmerkungen zur „nostalgischen Reaktion“, in Borde, Theda; David, Matthias: Migration und psychische Gesundheit – Belastungen und Potentiale, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Deindl, Christian (2005): Soziale Netzwerke und soziales Kapital – Einfluss auf Lebenszufriedenheit und Vertrauen, in: P.AGES 5 – Diskussions-Papier der Forschungsgruppe Arbeit, Generation, Sozialstruktur (AGES) der Universität Zürich, Online im WWW unter URL: www.suz.uzh.ch/ages/pages/PAGES-05.pdf, (15.4.2011)
- Deutschmann, Lisa (2006): Psychosoziale Belastungen von Pflegenden am Arbeitsplatz, in: Österreichische Pflegezeitschrift 03/06, Online im WWW unter URL: http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2006/03/deutschmann.pdf, S. 33-34, (12.4.2011)

- Dietscher, Christina; Nowak, Peter; Stidl, Thomas (2003): Aktuelle Probleme psychosozialer Gesundheit bei MitarbeiterInnen in Spitälern und Pflegeeinrichtungen: Symptome, Ursachen und Lösungsansätze, Online im WWW unter URL: http://bihpr-pub.lbg.ac.at/publ/EA-PDF_00483.pdf, (12.4.2011)
- Dietzel-Papakyriakou, Maria (2004): Heimweh bei alten Migranten: Die Sehnsucht nach der Heimat ist auch eine Sehnsucht nach dem Raum, in: Karakaşoğlu, Yasemin; Lüddecke, Julian (Hrsg.): Migrationsforschung und Interkulturelle Pädagogik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie, Empirie und Praxis, Münster: Waxmann Verlag, S. 29-43
- DIMDI- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, ICD-10-GM-Version 2012, Posttraumatische Belastungsstörung F43.1, Online im WWW unter URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/block-f40-f48.htm>, (11.07.2012)
- Domenig, Dagmar (Hrsg.) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Down Under Online Magazin (2006): Heimweh-mehr als nur ein bisschen Bauchweh, Ausgabe 4, Institut Ranke-Heinemann, Online unter WWW: <http://www.martin-freinatis.de/downloads/documents/down-under-magazin-ausgabe4.pdf>, (12.12.2011)
- Duden online: Online im WWW unter URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Multikulturalitaet>, (12.01.2012)
- Ekert, Bärbel; Ekert, Christiane (2005): Psychologie für Pflegeberufe, Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Fonds Soziales Wien: KrankenpflegerInnen gegen Rassismus und Fremdenfeindlichkeit, Presseinformation (6.10.2010), Online im WWW unter URL: http://www.fsw.at/medienservice/presseinfos/20101006_presseinfo_pflegegegenRassismus.pdf, (10.11.2011)
- Friebe, Jens (2003): Interkulturelle Bildung in der Pflege, Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co.KG
- Friebe, Jens (2004): Interkulturelles Management als Aufgabe der Altenpflege, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung – Leibniz Zentrum für Lebenslanges Lernen (DIE), URL: http://www.die-bonn.de/espid/dokumente/doc-2004/friebe04_01.pdf, (14.4.2012)
- Friebe, Jens (2006): Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierung in Nordrhein Westfalen. Eine Handreichung für Bildung und Praxis in der Altenpflege, Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
- Fuchs, Martha; Foidl, Andrea Maria: Kommunikation zweier Autoritäten im Krankenhaus am Beispiel Pflegeperson und Arzt - Dialogpädagogische Begegnungen, Fakultät für Bildungswissenschaften der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, (Innsbruck), Diplomarbeit, 2010
- Fürstler, Gerhard; Hausmann, Clemens (2000): Psychologie für den Pflegeberuf Band 2, Maudrich: Facultas.wuv

- Gamper, Markus (Hrsg.) (2010): Knoten und Kanten – soziale Netzwerkanalyse in Wirtschafts- und Migrationsforschung , Transcript Verlag, Bielefeld
- Gehmacher, Ernst: Sozialkapital – Kurz gesagt (2001), Online unter: <http://socialcap.at/download/Sozialkapital-kurzgesagtSko71028.pdf>, (22. 7.2011)
- GfM – Gesundheit für Menschen: Psychosoziale Gesundheit, Online im WWW unter URL: <http://www.gfmonline.de/download/PsychosozialeGesundheit.pdf>, (14.04.2012)
- Gläser, J.; Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse- als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hagen, Dr. Angelika: Lernen ist Beziehung.-Ein Spiel- und Übungsbuch zum Begreifen von Sozialkapital, 1. Auflage 2011, Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Abteilung für Internationale Angelegenheiten, Horn: Druckerei Berger, Online im WWW unter URL: <http://www.sozial-kapital.at>, (14.04.2012)
- Hasselhorn, H.-M.; Müller, B.H.; Tackenberg, P.; Kümmerling, A.; Simon, M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal – Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, in: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden, Online im WWW unter URL: http://www.baua.de/de/Publikationen/Uebersetzungen/Ue15.pdf;jsessionid=99131C84E99A86496587664FCA68D78F.1_cid253?__blob=publicationFile&v=6, (22.07.2011)
- Haug, Sonja (2000): Soziales Kapital und Kettenmigration: Italienische Migranten Deutschland, Schriftenreihe des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung Bd. 31, Leske und Budrich, Opladen: Wiesbaden
- Haug, Sonja, (2010): Soziale Netzwerke und soziales Kapital - Faktoren für die strukturelle Integration von Migranten in Deutschland, in: Gamper, Markus; Reschke, Linda (Hg.): Knoten und Kanten: Soziale Netzwerkanalyse in Wirtschafts- und Migrationsforschung. Bielefeld: Transcript Verlag, S. 247-274
- Hegemann, Thomas, Salman, Ramazan (2001): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen, Bonn: Psychiatrie Verlag
- Hegemann, Thomas; Salman, Ramazan (Hg.) (2010): Handbuch Transkulturelle Psychiatrie, Bonn: Psychiatrie Verlag
- Helping Hands: Online im WWW unter URL: www.helpinghands.at, (10.11.2011)
- Hornung, Rainer; Lächler, Judith (2006): Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe - Lehrbuch und Nachschlagewerk, 9.Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Informatik und Gesellschaft 2010: Entwicklung sozialer Netzwerke, Online im WWW unter URL: <http://www.informatik.unioldenburg.de/~iug10/sn/html/content/definition.html> (31.5.2012)
- Integrationsbericht 2012: Die Umsetzung des 20-Punkte- Programms, Bilanz und Potentiale der Maßnahmen im integrationspolitischen Bereich, Expertenrate für Integration, Juli 2012

- Janssen, Andrea (2007): „Man braucht ja eigentlich, wenn man so große Familie hat, keine Freunde.“ Zur Leistungsfähigkeit sozialer Netzwerke bei türkischen Migranten und Migrantinnen der zweiten Generation, In: Gamper, Markus; Reschke, Linda (Hg.): Knoten und Kanten: Soziale Netzwerkanalyse in Wirtschafts- und Migrationsforschung, Bielefeld: Transcript Verlag, S. 333-361
- Kamm, Martina; Kaya, Bülent (2006): Gewinnbringende Vermittlerrolle-Ressourcen von MigrantInnen im Pflegealltag, in: Krankenpflege/Soins infirmiers, 5/2006, S.12-14
- Karakaşoğlu, Yasemin; Lüddecke, Julian (Hrsg.) (2004): Migrationsforschung und Interkulturelle Pädagogik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie, Empirie und Praxis, Münster: Waxmann Verlag
- Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja (2011): Interviewleitfaden MNS_V1 2011,Migrant Nurses Study, Vienna
- Karl-Trummer, Ursula; Novak- Zezula, Sonja; Glatz, Astrid; Metzler, Birgit (2010): „Zweimal Bitte?, dann hat die keine Geduld mehr und schimpft sie schon“ – Kulturelle Lernprozesse zur Integration von migrantischen Pflegekräften, SWS-Rundschau (50.Jg.), Heft 3/2010: 340-356
- Kilcher, Anne (2006): Pflgeteams transkulturell kompetent führen, in: Krankenpflege/ Soins infirmiers, 5/2006, S. 10-11
- Kopper, Enid (1997): Was ist Kulturschock und wie gehe ich damit um? in: Kopper, Enid; Kiechl, Rolf: Globalisierung – von der Vision zur Praxis. Methoden und Ansätze zur Entwicklung interkultureller Kompetenz, Zürich: Versus Verlag, S. 31-43
- Körtner, Ulrich H. J. (2004): Grundkurs Pflegeethik, 1. Auflage, Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG
- Kulbe, Annette (2001): Grundwissen Psychologie, Soziologie, Pädagogik – Lehrbuch für Krankenpflegeberufe, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag
- Kürsat-Ahlers, Elcin (1995): Migration als psychischer Prozess, in: Attia, Iman u.a. (Hrsg.): Multikulturelle Gesellschaft – monokulturelle Psychologie?. Antisemitismus und Rassismus in der psychosozialen Arbeit, Tübingen, S. 157-171
- Lebenshilfe ABC: Nachschlagewerk und Psychologie, Online im WWW unter URL: <http://www.lebenshilfe-abc.de/kraenkung.html> (09.09.2012)
- LEFÖ – Beratung, Bildung und Begleitung für Migrantinnen: Online im WWW unter URL: www.lefoe.at (23.11.2011)
- Lenhart, Maureen; Österle, August (2007): Migration von Pflegekräften: Österreichische und Europäische Trends und Perspektiven, in: Österreichische Pflegezeitschrift,S.8-11
- Lenthe, Ulrike (2011): Transkulturelle Pflege- Kulturspezifische Faktoren erkenne – verstehen – integrieren, Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

- Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie: Pflegenotstand in Österreich – Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals, Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB, November 2003, Online im WWW unter URL: http://lbimsgs-archiv.lbg.ac.at/berichte/pnoe_gutachten.pdf (12.4.2012)
- Marschall, Joachim (2006): Von der Last, ein Fremder zu sein, in: Gehirn & Geist: Brennpunkt Schizophrenie, 10/2006, S. 20-24
- Mayer, Hanna (2003): Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen, 3. Auflage, Wien: Facultas Universitätsverlag
- Mayring, Philipp (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 9.Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- McKenzie, Kwarne (2008): Urbanization, Social Capital and Mental Health, Gobal Social Policy 8 (3), S. 359-377
- MiGaY : Onlineplattform von homosexuellen MigrantInnen, Online im WWW unter URL: <http://www.migay.at>, (7.11.2011)
- Neuendorff, Dagmar; Schmidt, Christopher Michael (2007): Sprache, Kultur und Zielgruppen: Bedingungsgrößen für die Kommunikationsgestaltung in der Wirtschaft, DUV, S. 51-52
- Orthopädisches Spital Speising: Online im WWW unter URL: www.oss.at (14.04.2012)
- Ozankan, Murat; Atik, Zeynep (2007): Bedeutung und Angebotsstruktur von kultureller Kompetenz in der Versorgung am Beispiel der Migrantenambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld, in: Borde, Theda; David, Mathias (Hg.): Migration und psychische Gesundheit – Belastung und Potentiale, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S.171-192
- Pillwein, Dr. Konrad (2010): Migration und Gesundheit – Ressourcen im Blick Theorie und Praxis, Online im WWW unter URL: www.promente-kijufa.at/xedaq/src/uploads/docs/2962.pdf, (12.4.2011), S. 59-63
- Pöchhacker, Franz (2009): Dolmetschen im Wiener Gesundheitswesen, in: Walter, Ilsemarie; Schnepf, Wilfried (Hg.): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft: zum 70.Geburtstag von Elisabeth Seidl, Wien: Böhlau Verlag
- Rathsfeld, Katia: Psychologie – Der Kulturwandel kann Migranten krank machen (15.11.2010), Online im WWW unter URL: <http://www.welt.de/gesundheit/article10948569/Der-Kulturwandel-kann-Migranten-krank-machen.html>, (10.11.2011)
- Rattner, Josef (2006): Alfred Adler, 12.Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Roche (2003):Roche Lexikon – Medizin, 5. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München.
- Rommelspacher, Birgit; Kollak, Ingrid (Hrsg.) (2008): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main

- Schneider, Ursula; Hirt, Christian (2007): Multikulturelles Management, München Wien: Oldenburg Verlag
- Schulze, Heidrun (2006): Migrieren Arbeiten Krankwerden – Eine biographietheoretische Untersuchung, Bielefeld: Transcript Verlag
- SOPEMI 2007:International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition, Summary in German, Braindrain im Gesundheitssektor: Legende und Wirklichkeit von John P. Martin, Online im WWW unter URL: <http://browse.oecdbookshop.org/oecd/pdfs/free/8107125e5.pdf>, (12.4.2012)
- Spallek, Jacob; Razum, Oliver (2009): Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhängen am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland, in: focus MIGRATION, Kurzdossier, April 2009, Nr. 12, Online im WWW unter URL: <http://www.bpb.de/files/IKZF9X.pdf>,(12.4.2012)
- Sperl, Dieter (2002): Ethik der Pflege – Verantwortetes Denken und Handeln in der Pflegepraxis, Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Standart.at: Seelische Gesundheit und Migration, 26. November 2010, Online im WWW unter URL: <http://derstandard.at/1289608818565/Integrationshindernis-Seelische-Gesundheit-und-Migration>,(12.3.2012)
- Statistik Austria 2012: Online im WWW unter URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html (12.4.2012)
- Stuber, Michael (2004): Diversity. Das Potential von Vielfalt nutzen – den Erfolg durch Offenheit steigern. Luchterhand, München/Unterschleißheim
- Thomas, Alexander (2007): Die Zukunft liegt in den multikulturellen Potentialen. Migration und Integration in Deutschland – von einer Duldungs- und Mitleidskultur zur Wertschätzungskultur, in: Borde, Theda; David, Mathias (Hg.): Migration und psychische Gesundheit – Belastung und Potentiale, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag,S.39-52
- Vedder, Günther: Fünf zentrale Fragen und Antworten zum Diversity Management, Universität Trier, Online im WWW unter URL: <http://www.uni-trier.de/index.php?id=15529>, (14.4.2012)
- Verein zur Förderung des Menschen in seinem Bedürfnis nach Gesundheit, Kommunikation, Integration sowie Kunst und Kultur: NL 40, im WWW unter URL: www.nl40.at,(31.5.2012)
- Walter, Ilsemarie; Schnepf, Wilfried (Hg.) (2009): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft: zum 70.Geburtstag von Elisabeth Seidl, Wien: Böhlau Verlag
- Weiss, Karin; Thränhardt, Dietrich (2005): Selbst-Hilfe – Wie Migranten Netzwerke knüpfen und soziales Kapital schaffen, Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- Weiss, Regula (2005): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, Zürich: Seismo Verlag

- Wien.gv.at: Anerkennung und Zulassung von im Ausland absolvierten Ausbildungen in einem Gesundheitsberuf (Nostrifikation)- Antrag, Online im WWW unter URL: <http://www.wien.gv.at/amtshelfer/gesundheit/gesundheitsrecht/nostrifikation/ausbildung-g-erkennung.html>, (12.04.2012)
- Wien.gv.at: Nostrifikation- Anerkennung und Zulassung von im Ausland absolvierten Ausbildungen in einem Gesundheitsberuf, Online im WWW unter URL: <http://www.wien.gv.at/ma15/nostri-eu.htm> (12.04.2012)
- Wohlfart, Ernestine; Kluge, Ulrike, Özbek, Tülay (2006): Mögliche psychische Folgen von Wanderung und Migration bei Kindern und jungen Erwachsenen, in: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.): Migration und psychische Gesundheit – Belastung und Potentiale, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 119-132
- World Health Organization (2006): International Migration, Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Series, Issue No. 4, Geneva, Online im WWW unter URL: <http://www.who.int/hhr/activities/en/FINAL-Migrants-English-June04.pdf>, (15.4.2011)
- World Health Organization (2009): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, Stand am 25. Juni 2009, Online im WWW unter URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>, (12.04.2012)
- Yousefi, Hamid Reza; Braun, Ina (2011): Interkulturalität – Eine disziplinäre Einführung, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Zick, Andreas (2009): Psychologie der Akkulturation: Neufassung eines Forschungsbereiches, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft
- Zimmer, Daniela: Facebook, MySpace & Co. Soziale Netzwerke im Internet, Analyse und Tipps, Österreichisches Institut für angewandte Telekommunikation (Mai 2009), Ratgeber, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, Online im WWW unter URL: <http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d101/RatgeberSozialeNetzwerke.pdf>, (12.1.2012)
- Zingel-Lang, Elke (Red.) (2007): Projekt Active Health: Strategien für einen verbesserten Zugang von Migrant/innen zur Gesundheitsversorgung durch Sensibilisierung und Empowerment als Beitrag zur Europäischen Sozialschutzstrategie, Berlin: BGZ. URL: http://www.bgz-berlin.de/de/projekte/projekte_integration.shtml, (14.4.2012)

13. Abbildungsverzeichnis und Tabellenverzeichnis

Abb.1: Grafische Darstellung der Fragestellung der Diplomarbeit.....	6
Abb.2.: WHO 2006	16
Abb. 3.: Leistung Multikultureller Teams nach Schneider, Hirte 2007.....	24
Abb. 4.: Darstellung von Mikro-, Meso- und Makro-Ebene: Hagen, 2011.....	32
Abb. 5: NL 40	35
Abb.6.: MiGay	35
Abb.7.: Beratungszentrum für Migrantinnen und Migranten	35
Abb.8.: Club International	36
Abb.9.: Helping Hands.....	36
Abb.10.: LEFÖ	36
Abb.11.: Caritas.....	37
Abb.12.: Modell <i>Lifecourse Epidemiology</i> von Spallek, Razum	41
Abb. 13.: Munich Business School	47
Abb. 14.: Forschungsverlauf.....	63
Tabb.1: Zeitplan der Diplomarbeit.....	72

Anmerkungen:

Ich hab mich bemüht sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuch ich um Meldung bei mir.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde die männlich Form der Anrede verwendet, die jedoch als geschlechtsneutral zu werten ist und die gleichermaßen für Frauen und Männer gilt.

14. Anhang

14.1. Lebenslauf

Name: Astrid Maria- Luise Aigner
Geburtsdatum: 20.September 1987 in Melk (NÖ)
Adresse:
Hauptwohnsitz: Kirchengasse 25, 3683 Yspertal
Nebenwohnsitz: Schumannngasse 25, 1180 Wien
Telefonnummer: 0664 8680903
E-Mail: astrid_aigner@yahoo.de
Staatsangehörigkeit: Österreich
Familienstand: ledig

[Ausbildung]

Volksschule Yspertal, Bezirk Melk, Nö	1994-1997
Neusprachliches Gymnasium Wieselburg , Bezirk Scheibbs, NÖ	1998-2006
Reifeprüfung	Juni 2006
Studium der Pflegewissenschaft	Oktober 2006- 2012

[Erfahrungen]

Ferialarbeit an der Gemeinde Yspertal
Administrative Tätigkeit sowie Verantwortung für die Neugestaltung der
Gemeindehomepage
[September 2007]

Ferialarbeit im orthopädischen Spital Speising
Pflegerische Tätigkeiten und Unterstützung der Teeküche
[August, September 2009]

Ferialarbeit Pflege im orthopädischen Spital Speising

[Juli, August 2010]

IFES – Institut für empirische Sozialforschung, Meinungs- und Marktforschung

Telefoninterviewerin

[2011]

Pro Mente Wien

Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit

Empfang

[2011-2012]

Praktikum: Qualitätsmanagement

Orthopädisches Spital Speising

[März –Juli 2012]

Mitarbeiterin Verwaltung

Orthopädisches Spital Speising

[Seit August 2012]

[Sonstiges]

Reanimationsschulung 2012 im OSS

Patientenrechtsschulung 2012 im OSS

Mitarbeit in Re-Zertifizierungsprozess des OSS (pcc KTQ)

Diplom Tastaturschreiben

Führerschein B

Musikschule: Blockflöte und Gitarre 1998-2000

Volkshochschulekurse: Acrylmalerei, Portraitzeichnen und Aktzeichnen

14.2. Interviewleitfaden



CENTER FOR HEALTH AND MIGRATION

Trummer & Novak-Zezula OG
Research & Counselling

Schikanedergasse 12/3
1040 Vienna, Austria
Tel: +43 660 15 29 742
Fax: +43 1 586 13 99 18
office@c-hm.com
www.c-hm.com

Bankverbindung: easybank
Kontonummer: 20010-900-337
BLZ: 14200
IBAN: AT561420020010900337
BIC: EASYATW1
VAT Nr. ATU60546226
FN 151596k
Gerichtsstand: Wien

Interviewleitfaden

MNS_V1 2011

Migrant Nurses Study, Vienna

© Ursula Karl-Trummer, Sonja Novak-Zezula

Verwendung nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Autorinnen

Angaben zum Interview

Name der Interviewten:

Datum/Zeit:

Ort:

Dauer:

Einleitung

- *Dank für Zeit und Bereitschaft zur Interview Durchführung*
- *Kurze Vorstellung der eigenen Person*
- *Projektvorstellung (z.B. Diplomarbeit, Forschungsprojekt)*
- *Was passiert mit den Daten*
Datenverwertung: nur wissenschaftliche Auswertung, anonym & vertraulich
(Anonymität zusichern → Datenschutz Gesetz, Code of Conduct der American Sociological Association)
- *Tonbandaufnahme*
Begründung der Tonbandaufnahme, Verständnis einholen
nach der Transkription wird das Tonband wieder gelöscht
- *Interviewablauf erklären und Möglichkeit für Rückfragen geben*



Demografische Daten

Geschlecht

Alter

Familienstand

Kinder (Anzahl, Alter)

Herkunftsland

Staatsbürgerschaft

Seit wann in Österreich

Ausbildung

Beruf

Sprachen/Verwendung der Sprache (Zuhause/Beruf)

Push/Pull Migrationshintergrund

Anlass	Wie ist es dazu gekommen, dass Sie sich entschieden haben nach Österreich zu kommen? Warum nach Österreich?
Vorinformation	Was waren Ihre Informationen darüber was Sie in Österreich erwarten wird? Woher kamen diese Informationen?
Erwartungen	Mit welchen Erwartungen sind Sie nach Österreich gekommen? Wurden Ihre Erwartungen erfüllt? Wenn ja, inwiefern? Wenn nein, warum nicht?



Ausbildung

Nostrifizierung	Wurde Ihre Ausbildung, die Sie in Ihrem Heimatland absolviert haben in Österreich anerkannt? Falls nein, warum nicht? Falls ja: Welche Schritte waren notwendig? Wie lange dauerte es? Welche Probleme sind in diesem Zusammenhang aufgetreten?
Einsatz in Österreich	Wie war es als Sie in Österreich zu arbeiten begonnen haben? Wenn Sie an Ihre Ausbildung zurückdenken, entspricht das was Sie in Österreich tun dem was sie tatsächlich gelernt haben?
Karriere	Wie verlief Ihre bisherige berufliche Karriere? Karriereaussichten in Österreich?

Arbeit

Patienten	Wie erleben Sie Ihre Arbeit mit den Patienten? Gibt es besondere Erfahrungen die Sie gemacht haben? Können Sie hierzu ein Beispiel geben? Gibt es Auswirkungen ausgehend von ihrem Migrationshintergrund auf die Zusammenarbeit mit Ihren Patienten?
Vorgesetzte	Wie erleben Sie Ihre Arbeit mit den Vorgesetzten? Gibt es besondere Erfahrungen die Sie gemacht haben? Können Sie hierzu ein Beispiel geben? Gibt es Auswirkungen ausgehend von ihrem Migrationshintergrund auf die Zusammenarbeit mit Ihren Vorgesetzten?
Kollegen	Wie erleben Sie Ihre Arbeit mit den Kollegen? Gibt es besondere Erfahrungen die Sie gemacht haben? Können Sie hierzu ein Beispiel geben? Gibt es Auswirkungen ausgehend von ihrem Migrationshintergrund auf die Zusammenarbeit mit Ihren Kollegen?



Sollte es bei der Frage nach der Aufzählung von Beispielen ausschließlich Tendenzen in eine Richtung, entweder die positive oder negative geben, bitte nach der zweiten Richtung nachfragen.

Diversity Management in der Organisation	Gibt es an Ihrem Arbeitsplatz Angebote, die die interkulturelle Zusammenarbeit unterstützen? Wenn ja, welche? Wie bewähren sie sich? Wenn nein, besteht Notwendigkeit? Welche Angebote wären sinnvoll?
--	---

Lebenswelt

Work life balance	Wie schaffen Sie es Beruf und Familie in Einklang zu bringen? Wie lässt sich Ihr Beruf mit der Familie/dem Privatleben vereinbaren? Wie beeinflusst Ihre Arbeit das Privatleben?
Familie	Lebt Ihre Familie bei Ihnen? Sind Mitglieder Ihrer Familie mit Ihnen hergekommen oder haben Sie hier eine Familie gegründet? Sind Mitglieder Ihrer Familie nachgekommen? Warum?
Bezugsgruppen	Freundes- und Bekanntenkreis (wie setzt sich dieser zusammen, aus berufl. Kontakten, Personen aus der Heimat, anderen MigrantInnen, Österreichern, ...) Diverse Vereine
Social support	Wenn Sie Unterstützung brauchen z.B bei der Kinderbetreuung wenn Sie krank sind, wen können Sie in diesem Fall um Hilfe bitten? Fällt Ihnen eine Situation ein in der Sie besonders viel Unterstützung bekommen haben? Von wem? (Nachbarschaftshilfe, Verein, kirchliche Organisationen, Hilfe durch Ihre Familie....)



Ausblick

Job	Wenn Sie sich vorstellen wo Sie in 5 Jahren sein werden, wo sehen Sie sich dann? Wie werden die nächsten Schritte in Ihrer Karriere aussehen, was wird sich verändern? Haben Sie vor weiter in Österreich zu arbeiten? Wie zufrieden sind Sie in Ihrem derzeitigen Job?
Privat	Planen Sie zurückzugehen z.B. in der Pension? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht? Wie war es als Sie gekommen sind, wie waren damals Ihre Perspektiven und inwieweit sind Ihre Erwartungen erfüllt worden?

Evtl. Frage nach allg. Einschätzung, ob sich die persönliche Gesamtsituation seit der Ankunft eher verbessert oder verschlechtert hat

Abschluss

Gibt es noch irgendwelche offenen Punkte, auf die ich noch nicht eingegangen bin und die für Sie wichtig erscheinen

Dank für die Zeit und Unterstützung