universität wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Gelandet in Wien“ – Migration von Menschen in Gesundheitsberufen am Beispiel der Hebammen

Verfasserin

Brigitte Kutalek-Mitschitczek

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	057/122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Pflegewissenschaft
Betreuerin:	Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula

Gewidmet meinem Vater, Franz Mitschitczek,
der mich lehrte, Menschen unabhängig von ihrer Nationalität und Herkunft
ohne Vorurteile zu achten und wertzuschätzen.

Vorwort

„*Wie Böhmen noch bei Öst'reich war vor fünfzig Jahr', vor fünfzig Jahr', (...)*!“, sang Heinz Conrads in seiner beliebten Samstagabendsendung, die bis in die 1970er-Jahre im Fernsehen zu sehen war. Das gehört zu den Erinnerungen aus meiner Kindheit. In der k.u.k Monarchie wurde schon einmal vor rund 130 Jahren Wien von einer Vielzahl an ethnischen Gruppen bevölkert. Die böhmische Köchin, der ungarische Graf, das galizische Dienstmädchen, der tschechische Soldat und die österreichische Kaiserin boten Stoff für herzzerreißende Kino- und Fernsehfilme und warfen damit einen verklärten Blick auf die Wirklichkeit des tatsächlichen multikulturellen Zusammenlebens in dieser Zeit. In den 1960er und 70er-Jahren nahmen wir Kinder sogenannte „Ausländer“ kaum mehr wahr, da die Menschen unserer Umgebung ja „eingebürgert“ waren und unsere österreichische Sprache verwendeten. Ich hörte meinen Großeltern gerne zu, wenn sie von der Herkunft ihrer Eltern sprachen. Sie kamen aus Schweden, Ungarn, Galizien und Neunkirchen mit ihren Lebensgeschichten nach Wien – und blieben.

Politische Umbrüche, wirtschaftliche Krisen und korrupte diktatorische Regime bewogen Menschen seit jeher zur Flucht oder zu einem gezielten Auswandern in eine neue Heimat. Sie kamen mit der Hoffnung auf ein besseres Leben in ein freies Land mit vermeintlich unbegrenzten Möglichkeiten. Als die islamische Revolution in den 1970er-Jahren mit dem Sturz von Mohammad Reza Schah Pahlavi der 2500 jährigen iranischen Monarchie ein Ende setzte, gab es ebenfalls Angst und Schrecken vor den neuen Machthabern. Viele Menschen verließen aus den verschiedensten Gründen das Land. Persische Eltern, die sich es leisten konnten, schickten ihre Kinder zum Studieren nach Europa und Amerika. So kam es, dass ich gemeinsam mit zwei jungen persischen Frauen die Hebammenausbildung absolvierte. Zu dieser Zeit war die österreichische Staatsbürgerschaft noch eines der Aufnahmekriterien, um an der Bundes-hebammenlehranstalt in Wien aufgenommen zu werden. Doch machten Einzelentscheidungen von Aufnahmekommissionen eine Hebammenausbildung für „Nicht-Österreicherinnen“ immer wieder möglich.

Nach meiner Ausbildung arbeitete ich als Hebamme in der Ignaz Semmelweis Frauenklinik, die heute noch zu einer der größten geburtshilflichen Abteilungen in Österreich zählt. Das Hebammenteam bestand größtenteils aus österreichischen Hebammen. Ich kann mich noch gut an eine aus Ungarn emigrierte Hebamme erinnern und an eine Hebamme mit deutschem Akzent, die im Burgenland auch freipraktizierend tätig war. Beide waren schon lange in das Team integriert. Allerdings gab es bereits einen hohen Anteil an ausländischem Hilfspersonal, das meist aus der Republik Jugoslawien kam. Seit den späten 1970er-Jahren stieg der Anteil an ausländischen Hebammen in meinem Arbeitsumfeld. Trotz steigendem Bedarf an Hebammen, wurden jedoch die Ausbildungsplätze an der Bundeshebammenlehranstalt in Wien nicht erhöht, im Gegenteil, durch die Ausbildungsverlängerung sank die Zahl an Absolventinnen. Durch den steigenden Hebammenbedarf wurden deshalb mehr Nostrifikantinnen aufgenommen. Seitdem ließen mich diese Schicksale nicht mehr los und die Konfrontation mit einer Vielfalt von Kulturen wurde gerade in meinem Beruf ständiger Begleiter. Bei den vielen Geschichten, die ich von meinen ausländischen Kolleginnen über ihre Migration hörte, fiel auf, dass kaum eine Kollegin sich als Migrantin begriff. Auch ein Phänomen, dem ich auf den Grund gehen wollte.

Anfang der 1980er-Jahre stieg an den geburtshilflichen Abteilungen in den Wiener Krankenhäusern ebenfalls die Zahl von Frauen und deren Familien, die aus den verschiedensten Kulturkreisen kamen. Damit wuchs der Druck auf das Krankenhauspersonal, sich mit transkulturellen Betreuungskonzepten auseinander zu setzen. Meist waren es türkische oder jugoslawische Frauen, die unsere Arbeit nachhaltig beeinflussen sollten.

Die Zuwanderung von Menschen aus den verschiedensten Regionen unserer Welt birgt die Chance, fremde Kulturen besser verstehen zu lernen. Meiner Meinung nach nützen wir diese Ressourcen bis heute nicht optimal. Aber, wie meinte Rita Süssmuth in einem 2006 verfassten Zeitungsartikel: *„Multikulturalität ist kein Konzept, sondern ein Tatbestand. Da kann man nicht sagen, das sei alles gescheitert.“* (Süssmuth, 2006)

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 5
1 Einleitung 9
1.1 Analyse der Ausgangssituation 10
1.2 Zielformulierungen und Forschungsfragen 12
1.3 Aufbau der Arbeit 14
2 Forschungsdesign und Methodologie 15
3 Migration und Hebammenberuf 18
3.1 Migration 20
3.1.1 Fluchtmigration 21
3.1.2 Die Entscheidung zur Migration 22
3.1.3 Brain Drain, Brain Gain und Brain Waste 24
3.1.4 Bedeutung der ethnischen Herkunft in der globalisierten Welt 26
3.1.5 Integration ist Teil des Migrationsprozesses 27
3.1.6 Migration im Hinblick auf seelische und körperliche Gesundheit 29
3.1.7 Migration von Frauen 32
3.1.8 Migration von Menschen in Gesundheitsberufen 33
3.1.9 Rahmenbedingungen für eine zukünftige Migrationspolitik 35
3.2 Hebammenarbeit aus internationaler Sicht 37
3.3 Hebammenausbildung im internationalen und europäischen Kontext 40
3.3.1 Erforderlicher Kompetenzerwerb der Absolventinnen und Absolventen in Österreich 42
3.3.2 Mindestanforderungen gemäß der Europäischen Richtlinie 45
3.4 Gesetzliche Regelungen zur Berufszulassungen als Hebamme in Österreich 47
3.4.1 Nostrifizierung ausländischer Studienabschlüsse 48
3.4.2 EWR-Qualifikationsnachweis 49
4 Datenlage über anerkannte Berufsqualifikationen von Hebammen in Wien seit 1968 54
4.1 Fortbildungskurse, Ergänzungsprüfungen und Nostrifikationen 55
4.1.1 Fortbildungskurse im Zeitraum von 1968 bis 1993 in Wien 55
4.1.2 Eignungsprüfung mit Praktikum ab dem Jahr 1981 56
4.1.3 Nostrifikationslehrgänge ab dem Jahr 1993 57

4.1.4 Verwaltungsgebühren und Taxen 58
4.2 Berufsberechtigungsverfahren von Hebammen nach Herkunftsländern in den Jahren 1968 bis 2010 75
4.2.1 Teilnahme von Migrantinnen an Fortbildungskursen 75
4.2.2 Durchgeführte Nostrifikationen 75
4.2.3 Ausgestellte EWR-Qualifikationsnachweise 76
4.3 Hebammenausbildung von 1968 bis 2010 in Wien 77
4.3.1 Anteil an Teilnehmerinnen mit nicht österreichischer Herkunft 78
4.3.2 Berufstätige Hebammen in Wien nach Ländern, in denen die Ausbildung absolviert wurde 80
4.4 Resümee 81
5 Lebenswege immigrierter Hebammen 82
5.1 Datenerhebung und Personenauswahl 82
5.2 Datenanalyse 84
5.2.1 Herkunftsland Polen 85
5.2.2 Herkunftsland Republik der Philippinen 86
5.2.3 Herkunftsland ehemalige Republik Jugoslawien 88
5.2.4 Drei Migrationswege von Hebammen im Vergleich 90
5.3 Resümee 106
6 Diskussion 109
Schlussgedanke 113
Abbildungen 114
Tabellen 115
Abkürzungsverzeichnis 116
Literaturverzeichnis 117
Anhang I: Interviewleitfaden 127
Anhang II: Einverständniserklärung 131
Anhang III: Zusammenfassung (Summary) 133
Anhang IV: Eidesstattliche Erklärung 137
Anhang V: Lebenslauf 139

1 Einleitung

Coming Out

„Worüber du Aufzeichnungen hast, da bist du schon gewesen.
Wohin wir aber gerade gehen, darüber gibt es keine Aufzeichnung."

Audre Lorde[1]

Migration von Menschen, die in Gesundheitsberufen tätig sind, ist seit längerem Inhalt vieler gesellschaftlicher und politischer Diskussionen. Der Trend von steigender Mobilität innerhalb der Gesundheitsberufe wird zukünftig anhalten und zum arbeitsmarktpolitischen und gesundheitspolitischen Alltag gehören. Die fortschreitende Internationalisierung wird neue Rahmenbedingungen, nicht nur in arbeitsmarktpolitischen, sondern auch in sozio-ökonomischen Kontexten, notwendig machen, die dem Anspruch einer modernen, pluralistischen Gesellschaft gerecht werden können.

Nach dem jüngsten *Wiener Integrationsbericht 2009* haben 44 Prozent der StadtbewohnerInnen[2] Migrationshintergrund. Als Wienerinnen und Wiener mit Migrationshintergrund gelten Personen, die entweder im Ausland geboren sind, eine andere Staatsbürgerschaft besitzen oder mindestens einen Elternteil mit ausländischer Herkunft haben. Viele leben bereits in zweiter oder dritter Generation in unserem Land, die nach dieser Erhebung nicht miteinberechnet wurden. Auch die Dienstleistungen und die Personalstruktur der Stadt Wien spiegeln die Vielfalt an Kulturen wider. Die Magistratsabteilung 17 – Integration und Diversität – unterstützt seit 2004 die Wiener Stadtverwaltung und sieht sich

[1] Das Eingangszitat stammt aus einem Interview mit Pratibha Parmar und Jackie Kay (nach Chambers, 1996, S 48).

[2] Wenn für einen Begriff kein geschlechtsneutrales Wort gefunden werden kann, werden in dieser Arbeit beide Geschlechter genannt. Im Einzelfall wird das Binnen-I verwendet.

als Schnittstelle zwischen Migrationsorganisationen, Nicht-Regierungs-Organisationen (NGO) und der Stadt Wien. Sie entwickelte ein wissenschaftlich fundiertes Programm, welches Zuwanderung klar und transparent regelt und als Fundament ihres Integrationskonzeptes verstanden wird und notwendigerweise an Integrationsmaßnahmen gekoppelt ist. Die vier Eckpfeiler dieses Konzeptes und gleichzeitig Schlüssel der Gleichstellung sind: *„Sprache, Bildung und Arbeit, das Zusammenleben und die Messbarkeit."* (Novakovic*,* 2010). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der Österreichische Integrationsfonds das „Liese Prokop Stipendium" an Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte vergibt, die an einer österreichischen Universität oder Fachhochschule studieren wollen und keinen Anspruch auf ein staatliches Stipendium haben (BMI, 2011).

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehen vor allem die Migrationswege von Frauen, die bereits als ausgebildete Hebammen ihre Wanderung vollzogen haben und damit unser Berufsbild und auch Wiens Gesellschaft ein Stück weit verändert haben. Nur ein kleiner Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund hat die Hebammenausbildung in Wien absolviert. Einflussfaktoren wie das bilaterale Abkommen mit der Republik Philippinen in den 1970er-Jahren, der Krieg im ehemaligen Jugoslawien und der Umbruch in Osteuropa ließen weder betroffene Auswanderungsländer noch Österreich als Einwanderungsland ohne Folgen und stellen diese vor große Herausforderungen.

1.1 Analyse der Ausgangssituation

Die Dichte an Hebammen je 100.000 Einwohner in Wien liegt mit 22,8 im bundesweiten Mittelfeld (Statistik Austria, 2010a). Über einen bestehenden Hebammenmangel in Wien wurde in den letzten Monaten dennoch öffentlich diskutiert. Die meisten angestellten Hebammen werden in Wien im Kreißsaal-bereich eingesetzt. Damit wird das im Berufsgesetz definierte Berufsbild bei weitem nicht ausschöpft. Das Berufsbild der Hebammen umfasst ein breites Spektrum von Tätigkeiten, diese reichen von der Schwangerenbetreuung über die Betreuung und Beistandsleistung bei der Geburt bis hin zur Betreuung von Mutter und Kind im ersten Lebensjahr nach der Geburt (Gasser & Hausreither, 1996). Ein erweiterter Tätigkeitsbereich impliziert selbstverständlich einen noch

höheren Beschäftigungsstand von Hebammen (in Wien), den es aktuell nicht gibt.

Genaue Zahlen über den Anteil an Hebammen mit Migrationshintergrund für Wien gibt es nicht. Es ist jedoch zu beobachten, dass in den letzten vierzig Jahren der Anteil an ausländischen Hebammen[3] in Wien zugenommen hat. Das mag System haben, da bereits ausgebildete Hebammen aus anderen Ländern Ressourcen für Ausbildungskosten im eigenen Land einsparen (Aichelburg-Rumerskirch, 2009). Wie in anderen europäischen Ländern auch (Vujicic et al., 2004), wurde in Österreich bereits in den 1960er-Jahren ausgebildetes Pflegepersonal aus dem Ausland, vor allem aus der Republik der Philippinen, aufgrund akuten Personalmangels ins eigene Land geholt. Erleichtert wurde der „*staatliche Umgang mit Arbeitsmigranten häufig durch bi- und multilaterale Abkommen, etwa durch mit den Herkunftsländern geschlossene Anwerbeabkommen oder durch Freizügigkeitsregelungen",* wie die Freihandelszone in der EU *(Angenendt, 2003, S 185).* In den 1960er-Jahren nutzte der damalige Wiener Finanzstadtrat Felix Slavik seine internationalen Kontakte mit dem Weltverband der Gemeinden – IULA (International Union of Local Authorities), um dem herrschenden Mangel an Pflegekräften in Wien entgegenzutreten. Dabei kam er auf die philippinischen Krankenschwestern (Stimmer, 2009) und Hebammen. Vor dem Fall der Berliner Mauer in den späten 1980er-Jahren waren oft die schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen Grund für die Emigration. In den 1990er-Jahren waren es die Kriegsereignisse im ehemaligen Jugoslawien und der Fall des „Eisernen Vorhanges", die Österreich als Einwanderungsland attraktiv machten. Seit dem EU-Beitritt Österreichs und der darauffolgenden EU-Osterweiterung hat sich das Bild der Zuwanderung nochmals verändert. Medizinisches Personal und Gesundheitsberufe mit Migrationshintergrund sind seit Jahren fester Bestandteil unseres Gesundheitssystems. Neuere Zahlen belegen, dass der Anteil an Arbeitskräften mit nichtösterreichischem Ausbildungshintergrund in österreichischen Alten- und Pflegeheimen 10,5 Prozent und in Krankenanstalten 8,2 Prozent beträgt

[3] In weiterer Folge steht die Bezeichnung „ausländische Hebamme" als Synonym für Hebammen mit Migrationshintergrund. „Ausländisch" werden umgangsprachlich jene Personen bezeichnet, die durch ihr fremdes Aussehen oder ihre andere Sprache, als „nicht-österreichisch" identifiziert werden, unabhängig von ihrer Nationalität.

(Pammer, 2009). Wahrscheinlich könnte das Wiener Gesundheitswesen ohne diese Unterstützung vom Ausland keinen Krankenhausalltag aufrechterhalten, geschweige denn die neuen Herausforderungen in extramuralen Tätigkeitsfeldern im Pflegebereich und dem Hebammenwesen bewältigen.

Die Frage ist, inwieweit die gewonnenen Wissenszuwächse (Brain-Gain → Kapitel 3.1.3), wie jene der fachlich-methodischen und sozial-kommunikativen Kompetenzen, mit unserem Verständnis für Pflege und Hebammenarbeit kompatibel sind. Wie werden die soziokulturellen Unterschiede im Berufsalltag integriert und mögliche Sprachbarrieren im Berufsalltag überwunden? Ein weiteres Erkenntnisinteresse liegt in der Beantwortung der Frage, inwiefern sich die Vorstellungen der Migrantinnen mit ihrer heutigen Realität decken. Ein letzter Punkt meiner Überlegungen ist die moralisch-ethische Verantwortung, welche die Krankenhausträger gegenüber den aufgenommenen Kolleginnen haben.

Nicht zuletzt sind die eigenen, jahrelangen Begegnungen mit Hebammen aus anderen Herkunftsländern Triebfeder, mich mit diesen Fragestellungen auseinander zu setzen. Seit meiner Ausbildung zur Hebamme habe ich Frauen und Kolleginnen aus anderen Ländern und Kulturkreisen kennen gelernt und so viele Erfahrungen sammeln können.

1.2 Zielformulierungen und Forschungsfragen

Vor dem Hintergrund der dargelegten Ausgangsanalyse lassen sich folgende Ziele ableiten:

1. Durch die Betrachtung von Migration von Menschen in Gesundheitsberufen, am Beispiel von Hebammen ist der Wissensfundus zu diesem Thema erweitert und damit ein besseres Verständnis von Migrationsprozessen entwickelt.
2. Die Bedeutung von Migration von Menschen in Gesundheitsberufen unter besonderer Berücksichtigung der Hebammen in Wien wird aufgezeigt.

Der gewonnene Wissenszuwachs kann für die Aus-, Fort- und Weiterbildung wie auch für die Praxisfelder relevant sein und dazu dienen, neue Handlungsfelder zu entwickeln. Aus diesen Zielformulierungen ergeben sich folgende Forschungsfragen, die in drei Arbeitsschritten untersucht werden.

Durch die *Literaturarbeit* sollen grundlegende Fragen beantwortet werden:

- Was versteht man unter Migration?
- Welche Bedeutung hat Migration von Menschen in Gesundheitsberufen unter besonderer Berücksichtigung der Hebammen für das Wiener Gesundheitssystem?
- Welche Anforderungen werden an die Hebammenausbildung gestellt?
- Welche gesetzlichen Regelungen zur Berufszulassung von Hebammen in Österreich gibt es?

Durch eine *Sekundäranalyse* sollen nachstehende Fragen beantwortet werden:

- Welche und wie viele Berufszulassungsverfahren wurden in Wien in den letzten vierzig Jahren durchgeführt?
- Aus welchen Herkunftsländern kommen die migrierten Hebammen?
- Wie groß ist der Anteil von Hebammen mit Migrationshintergrund heute?

Zuletzt sollen drei *biographische Interviews* erste Annäherungen zu diesen Fragen geben:

- Welche Denk- und Entscheidungsprozesse waren für die Migration von Hebammen ausschlaggebend?
- Welche Berufsbiographien haben Hebammen mit Migrationshintergrund?
- Decken sich die damaligen Vorstellungen der Migrantinnen mit ihrer heutigen Realität?

1.3 Aufbau der Arbeit

Nach Ausführung der Ausgangssituation und den sich daraus abgeleitenden Fragestellungen wird zur Präzisierung der Forschungsfragen eine Literaturrecherche durchgeführt.

Der erste Teil der vorliegenden Arbeit ist eine *Literaturarbeit* zu den zentralen Themen wie Migration, Migrationsprozess, Migration von Frauen, Migration von Menschen in Gesundheitsberufen, Migrationspolitik, international festgelegte Definition von Hebammenarbeit, Hebammenausbildung im internationalen und europäischen Kontext und Wege zu möglichen Berufsqualifikationen.

Das nächste Kapitel befasst sich mit der Darstellung der Anzahl und des Anteiles an Hebammen mit Migrationshintergrund und Berufsberechtigung im Raum Wien. Weiters werden die Herkunftsländer und deren prozentueller Anteil abgebildet. In einem weiteren Schritt werden die verschiedenen Berufszulassungen eruiert und verglichen. Die Ergebnisse der durchgeführten *Sekundäranalyse* werden in Tabellen dargestellt und in Unterkapiteln beschrieben. Die Durchsicht von relevanten Gesetzestexten, Verordnungen und Dienstordnungen der letzten vierzig Jahre soll die in der Sekundäranalyse gewonnen Daten stützen. Ein Resümee schließt dieses Kapitel ab.

Um ein besseres Verständnis für die Komplexität der Migration von Hebammen entwickeln zu können, werden in einem nächsten Arbeitsschritt mit Hilfe von *biographischen Interviews* drei Berufsbiographien von Hebammen mit Migrationshintergrund, die in Wien leben und arbeiten, rekonstruiert. Die Berufsbiographien werden durch Fragen der allgemeinen Lebensgeschichte, wie Entscheidungsprozesse, private Realität und Zukunftsperspektiven, komplettiert. Darausfolgend schließt dieses Kapitel mit einer thematischen Zusammenfassung der geführten Gespräche.

In einer anschließenden *Diskussion* werden die Ergebnisse nochmals zusammengefasst, offen gebliebene Fragen identifiziert und Antworten auf die eingangs gestellten Forschungsfragen gegeben. Die Arbeit schließt mit einem persönlichen Resümee der Autorin.

2 Forschungsdesign und Methodologie

Das *Forschungsdesign* ist den konkreten Erhebungs- und Auswertungsmethoden übergeordnet und bestimmt das Ziel und den Zweck einer Forschungsarbeit (Mayer, 2007). Dieser Arbeit liegt ein *nichtexperimentelles deskriptives* Forschungsdesign zu Grunde.

Durch die Zielsetzung, Zusammenhänge des Phänomens Migration von Hebammen mit all seinen relevanten Einflussfaktoren interpretieren zu können und mit ihrer Komplexität verstehen zu wollen, wird die *Methodentriangulation* als geeigneter Forschungsansatz gewählt. Damit ist gemeint, dass für eine Forschungsarbeit zwei oder mehrere Datenerhebungsmethoden verwendet werden (Morse & Field, 1998, Cluett & Bluff, 2003, Mayer, 2007). Es ist darauf zu achten, dass jede Methode in sich konsistent und der jeweiligen Fragestellung angemessen ist. Das heißt, dass die unterschiedlichen Denkansätze berücksichtigt werden müssen (Mayer, 2007). Morse und Field (1998) sprechen auch von einer *methodologischen Triangulation*, wenn quantitative und qualitative Methoden in einer gleichen Untersuchung verwendet werden. Sie meinen, dass damit überzeugende Forschungsergebnisse erzielt werden können.

Für die Präzisierung der Forschungsfragen wird eine dementsprechende *Literaturrecherche* durchgeführt. Mit folgenden Schlagwörtern (MeSH Terms) werden deutsch- und englischsprachige Datenbanken, wie CINHAL, PubMed, Medline, MIDIRS abgefragt: Migration, Hebammen, Gesundheitsberufe, Pflege, midwives, midwifery, migrants, health professions und nurses. In deutschsprachigen Datenbanken gibt es keinen präzisen Treffer, der sich mit dem Themenbereich Migration von Hebammen befasst.

Für eine fundierte *Literaturarbeit* werden zusätzlich die Bibliothekskataloge der Universität Wien, der Fachbibliothekskatalog der Soziologie und Politwissenschaften, der Österreichischen Bibliotheksverbund und das Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes (RIS) genutzt.

Mit der Methode einer *Sekundäranalyse* wird ein Überblick über die Datenlage der zugewanderten Hebammen nach Wien gegeben und sollen zahlenmäßig erfassbare Fakten dargelegt werden. Dafür wird bereits vorhandenes Datenmaterial aus verschiedenen Datenquellen gesichtet und methodisch aufbereitet. In den Datenarchiven der ehemaligen Hebammenakademie finden sich wertvolle Aufzeichnungen über Eignungsprüfungs- und Nostrifikations-verfahren. Für weitere Recherchen werden Datensätze des Österreichischen Hebammengremiums[4] und der Landesgeschäftsstelle Wien des Österreichischen Hebammengremiums generiert. Weiters werden relevante Gesetzestexte, Kundmachungen und Verordnungen aus den letzten vierzig Jahren gesichtet.

Um Einblicke in die subjektiven Denk- und Entscheidungsprozesse der Hebammen mit Migrationshintergrund zu erhalten, werden *biographische Interviews* (Fuchs[-Heinritz], 1984 zitiert nach Schäffer & Müller-Mundt, 2002, Fuchs-Heinritz, 2009) mit drei Hebammen geführt, die einen Migrationsprozess durchlebten und eine *typische berufliche Laufbahn* (Fuchs-Heinritz, 2009) als Hebamme mit einer nichtösterreichischen Ausbildung und einem Nostrifikationsverfahren haben.

Die Datenerhebung erfolgt mittels eines *halbstrukturierten Interviewleitfadens*, mit je einer Hebamme mit Herkunft aus Polen, aus der ehemaligen Republik Jugoslawien und der Republik Philippinen, die in Wien eine Berufszulassung erhielten und somit Kontextwissen zum Thema Migration haben. Die Datenauswertung erfolgt nach der Methode der *Themenanalyse* (Morse & Field, 1998, Froschauer & Lueger, 2003, Mayer, 2007). Diese Methode schafft einen Überblick über das Thema, fasst Kernaussagen zusammen und lässt Kontexte ihres Auftretens erkunden (Froschauer & Lueger, 2003). Morse und Field (1998) stellen fest, dass bei Interviews Themen oft abstrakt und deshalb schwierig zu erkennen sind und man oftmals einen Schritt zurücktreten muss, um Themen unter der Oberfläche des Gesagten zu orten.

[4] Das Österreichische Hebammengremium (ÖHG) ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts und die gesetzliche Standesvertretung aller in Österreich beschäftigten Hebammen. Jede Hebamme, die ihren Beruf in Österreich ausübt, muss sich beim ÖHG im Hebammenregister eintragen lassen (Auszug aus dem Hebamme Leitbild des ÖHG – Organisation der Hebammen, 2009, S 13).

> *„Die erste Aufgabe besteht darin, das Interview immer und immer wieder als Einheit zu lesen.“* (Morse & Field, 1998, S 135) *„Das Besondere dabei ist, dass man versucht, jedes Interview zunächst als Einzelfall darzustellen.“* (Mayer, 2007, S 248)

Die thematische Analyse eignet sich sehr gut, charakteristische Elemente der Themendarstellung herauszuarbeiten, um mögliche Unterschiede oder auch Gemeinsamkeiten in der Darstellung der Migrationswege sichtbar zu machen. Dafür werden Textstellen zu den einzelnen Subthemen in einer Tabelle jeweils zusammenfassend dargestellt. Im letzen Schritt soll es gelingen, einen *Gesamtzusammenhang, der das Verständnis des untersuchten sozialen Systems* „Hebammen mit Migrationshintergrund“ vertieft, herzustellen (Froschauer & Lueger, 2003, S 159-162).

In einer abschließenden Diskussion sollen die Resümees aus der Sekundäranalyse und der Themenanalyse, vor dem Hintergrund der vorgenommenen theoretischen Auseinandersetzung zum Thema Migration und Hebammenarbeit, letztendlich zu einer Schlussfolgerung führen. Die eingangs gestellten Forschungsfragen sollen beantwortet und offen gebliebene Fragen thematisiert werden.

Zusammenfassend kann mit den folgenden Worten von Rosenmayr (zitiert nach Fuchs-Heinritz, 2009, S 127) die methodologische Vorgehensweise dieser Arbeit so erklärt werden, dass Migration von Menschen in Gesundheitsberufen, am Beispiel von Hebammen, durch *„die makrosoziologischen Strukturbedingungen* (Gesellschaft, Kultur, Sozialsysteme) *und das mikrosoziale Zusammenspiel von Einzelverläufen* (Handlungs- und Lebensräume der Einzelnen [ebd., 2009])*, in einer umfassenden historisch-soziologischen Erklärung zusammen begriffen werden können*.“

3 Migration und Hebammenberuf

Die Geschichte der Menschheit ist eine Geschichte der Wanderungen, schreibt Wolter (1999) in der Einleitung seines Buches.

> *„Das Alte Testament beginnt mit einer Vertreibung, das Neue Testament mit einer Flucht."* (Stürmer [1994], nach Wolter, 1999, S 7)

Marius definiert Migration als Wanderschaft ohne sichere Rückkehr oder gewisse Ankunft (zitiert nach Chambers, 1996). Österreich ist mit einer Netto-Migration[5] von 2,5 / 1000 Einwohner (2009) ein Einwanderungsland (Eurostat zitiert nach cep, 2011). Die Diskussion, wie weit unser Land von einer aktiven und sicherheitsorientierten Migrations- und Integrationspolitik entfernt ist, wird oft und laut geführt. Laut jüngstem Migrationsbericht hat Österreich seit 2004 eine der größten Wanderungswellen der Zweiten Republik erlebt. Rund 100.000 Nicht-Österreicher kamen pro Jahr, davon blieben im Schnitt 40.000 im Land. Das sind Asylbewerber, Studenten, sogenannte Schlüsselarbeitskräfte, Familien-angehörige von bereits in Österreich lebenden anerkannten Flüchtlingen und vor allem sehr, sehr viele EU-Bürger (Novak, 2009). Die Erweiterung der Europäischen Union bedingt demographische Trends, verändert das soziale Gefüge und macht kulturelle Vielfalt in Europa zu einem aktuellen Thema (Karl-Trummer & Novak-Zezula, 2009). Nach neuersten Berichten stammen 30% der MigrantInnen aus Nicht-EU-Staaten und 70% aus EU-Staaten. Die Gründe der Migration sind mitunter vielfältig, oft ist es die Aussicht nach besserer Bezahlung oder die vielgerühmte hohe Lebensqualität in Österreich. Manchmal ist es die große Liebe, die zum Bleiben verführt. Nach Treibel (2003) leben weltweit 100 Millionen Menschen nicht dort, wo sie geboren sind. Das Spektrum der Wanderungen reicht von der Abenteuerlust bis hin zur kriegsbedingten Vertreibung. Migration, so meint Treibel weiter, kann freiwillig oder unter Zwang, vorübergehend oder dauerhaft erfolgen. Dabei unterliegt die Wanderung einer starken Eigendynamik und hat Sogwirkung auf weitere MigrantInnen. Die

[5] *„Die Netto-Migration ist definiert als Differenz der Zu- und Abwanderungsströme eines Landes. Ist sie positiv, wandern also mehr Personen in das Land ein als aus."* (cep, 2011)

Globalisierung wirtschaftlicher Aktivitäten macht neue Migrationsformen möglich und notwendig (Wolter, 1999). Dieser Umstand birgt Zündstoff für Konflikte, die eher in der Zuweisung des sozio-ökonomischen Status eines Zuwanderers liegen, als im ethnischen Unterschied, so Treibel (2003).

Die Erwähnung von Hebammen im Alten Testament zeigt, dass die Geschichten rund um die Hebammenarbeit ebenfalls so alt sind wie die Tradition der Wanderung der Menschheit.

> *„Die Hebamme antwortet dem Pharao: Die hebräischen Frauen sind nicht wie die ägyptischen Frauen, denn sie sind kräftige Frauen. Ehe die Hebamme zu ihnen kommt haben sie geboren. Darum tat Gott den Hebammen Gutes.“* [6]

Auf der ganzen Welt folgt das Gebären den gleichen geburtsmechanischen Gesetzen. Kulturelle Unterschiede werden dennoch sichtbar in den vielfältigen Betreuungskonzepten und geburtshilflichen Methoden. Jeder Mensch wird geprägt von seinem soziokulturellen Umfeld. Schwangere Frauen wie auch Hebammen sind keine homogene Gruppe. Durch die steigende Mobilität können immigrierte Hebammen bei ihrer täglichen Arbeit auf Frauen mit Migrationshintergrund treffen. Absolventinnen der Hebammenstudiengänge in Österreich erweiterten auf dem Weg ihrer Ausbildung ihre transkulturelle Kompetenz und damit ihr Verständnis für das „Fremde“ durch Auslandspraktika. Die Akzeptanz fremder Kulturen ist immer abhängig von der individuellen Perspektive. Die Berufsausübung soll, nach dem Verständnis des internationalen Berufsverbandes, im Einklang mit dem internationalen Ethik-Kodex für Hebammen stehen.

> *„Der internationale Hebammenverband ICM (International Confederation of Midwives) hat zum Ziel, den Standard der Betreuung von Frauen, Säuglingen und Familien in der ganzen Welt durch Förderung, Ausbildung und entsprechenden Einsatz der professionellen Hebammen zu verbessern. (...) Der Kodex beruht auf gegenseitigem Respekt, Vertrauen und der Würde aller Mitglieder der Gesellschaft.“* (Österreichisches Hebammengremium, 2009).

[6] 2. Buch Mose Exodus 1,19-20, Altes Testament

3.1 Migration

Migration leitet sich vom lateinischen Wort *migratio* ab und bedeutet soviel wie (Aus-)Wanderung oder Umzug (Stowasser, 2007). Im ursprünglichen Sinn des Wortes, weist das Wort „Migro“ darauf hin, mit seinem ganzen Hab und Gut an einem anderen Ort zu ziehen, um da zu wohnen (Negt, 2011).

Für Treibel (2003) sind Wanderprozesse komplex, da Migration nicht nur wandernde Menschen, sondern auch die Gesellschaften und Regionen, zwischen denen sich diese Menschen bewegen, betrifft. Aus diesem Grund befassen sich neben der Soziologie zahlreiche andere wissenschaftliche Disziplinen mit diesem Phänomen. Aufgrund dieser Tatsache wurde Migration unterschiedlich definiert. Der zentrale Aspekt des Wechsels und der Bewegung findet sich in allen Definitionen wieder.

Die International Organization for Migration definiert in ihrem Glossary on Migration – International Migration Law (2004), Migration als

> *“a process of moving, either across an international border, or within a state. It is a population movement, encompassing any kind of movement of people, whatever its length, composition and causes; it includes migration of refugees, displaced persons, uprooted people, and economic migrants.”*

Im demographischen Jahrbuch Wien 2009 (Statistik Austria, 2010b) werden Wanderungen definiert als:

> *„Räumliche Mobilität von Personen zur Errichtung eines neuen dauerhaften Hauptwohnsitzes. Seit 1.1.2002 gilt als dauerhaft ein durchgehender Aufenthalt von mindestens 90 Tagen in Österreich (unabhängig von Wohnsitzverlegungen innerhalb Österreichs). Wanderungen werden in weiterer Folge in Binnen- und Außenwanderungen unterschieden.“*

3.1.1 Fluchtmigration

Migration gilt heute im Sprachgebrauch als Oberbegriff für Arbeitsmigration und Fluchtmigration. Die Flucht als unfreiwillige Migration wurde jedoch nicht immer unter Migration subsumiert. Für Anthony H. Richmond (nach Treibel, 2003). ist das tatsächliche Flüchtlingsgeschehen durch Typologien mit fließenden Übergängen zu sehen. Darin sind Flüchtlinge auf einem Kontinuum zwischen zwei Extremen angesiedelt, nämlich dem *proaktiven und dem reaktiven Flüchtling*. Der proaktive Flüchtling wird durch ein rationales Wahlverhalten einen maximalen Nutzen erzielen. Im Gegensatz dazu trachtet der reaktive Flüchtling durch eine ernsthafte Beeinträchtigung der persönlichen Freiheit sein Land zu verlassen.

Im Jahre 1951 wurde auf einer Sonderkonferenz der Vereinten Nationen die *Genfer Flüchtlingskonvention*, im Originaltitel als "Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge", verabschiedet und 1967 durch das *Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge* ergänzt. Die Genfer Flüchtlings-konvention legt klar fest, wer ein Flüchtling ist und welchen rechtlichen Schutz, welche Hilfestellungen und welche sozialen Rechte ein Flüchtling erhalten soll. Als Flüchtlinge gelten nach Artikel 1 jene Personen, die sich außerhalb des eigenen Landes befinden, dessen Staatsanghörigkeit sie besitzen oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz haben und die aufgrund ihrer Rasse, ihrer Religion, ihrer Nationalität, ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder ihrer politischen Überzeugung eine wohlbegründete Furcht vor Verfolgung haben und Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen können oder wegen dieser Furcht vor Verfolgung nicht dorthin zurückkehren können. Ein Kernprinzip dieser Konvention ist das Verbot, einen Flüchtling in ein Land zurückzuweisen, in dem er Verfolgung fürchten muss oder ihm kein Schutz zusteht. Die Genfer Konvention wird nach Meinung des UN-Flüchtlingshochkommissariats (UNHCR) so lange Bedeutung haben, solange es Verfolgung von Einzelpersonen und Gruppen gibt (2006).

3.1.2 Die Entscheidung zur Migration

Die Entscheidung zur Migration bedeutet für Menschen einen bedeutenden Bruch mit dem bisherigen Leben. Wanderungen dieser Art beschreiben einen gravierenden sozialen Eingriff für die betroffenen Individuen in deren Orientierungen, Verhaltensweisen und sozialen Kontexten. Auch die aufnehmenden Länder und die abgebenden Gesellschaften erleben belastende Eingriffe in deren sozialen und ökonomischen Strukturen (Treibel, 2003).

Diese Eingriffe verändern Menschen und Gesellschaften und veranlassen sie darauf verschiedentlich zu reagieren. Niklas Luhmann bemerkt 1997 (zitiert nach Treibel, 2003) in seinem Werk *„Opus magnum",* der *„Gesellschaft der Gesellschaft",* dass man sich soziale Veränderungen *ungleichzeitig und unausgewogen* vorstellen sollte. Shmul Noah Eisenstadt beschreibt bereits 1954 (nach Treibel, 2003) in seiner klassischen Studie „The Absorption of Immigrants", dass Migration immer dann stattfindet, wenn eine Gesellschaft nicht in der Lage ist, die Erwartungen der Menschen zu erfüllen. Er meint, die *initiale Motivation, das Herkunftsland zu verlassen, liegt in der wachsenden Frustration und Unzufriedenheit der Betroffenen.*

> *„Der Bereich, auf den sich anfängliche Motivation bezieht, beeinflusst den weiteren Migrationsprozess, er bestimmt die Orientierung und die Bereitschaft, Veränderungen zu akzeptieren. Er bestimmt auch das Bild, das sich die Wandernden vom neuen Land machen."* (Eisenstadt zitiert nach Treibel, 2003, S 42)

Positiv beeinflusst wird die Entscheidung zur Migration durch bestehende Communities in den Zielländern. Diese Beziehungs-Netzwerke, meist sind es bereits ausgewanderte Verwandte, reduzieren die Migrationkosten. Die Communities sind behilflich bei der Jobsuche, sie können zu Beginn Unterkunft gewähren und geben finanzielle Unterstützung. *„Ethnic goods"*, wie heimatliches Essen, Musik und Zeitungen in der Muttersprache, vermindern den psychischen Druck der Ausgewanderten. Lang bestehende Netzwerke von Migrantinnen und Migranten am Beispiel Deutschlands bewirken jedoch, dass tendenziell ungelernte (unskilled migrants) Migrantinnen und Migranten einwandern,

während die Höherqualifizierten (high skilled) das Risiko und die Kosten aufbringen konnten, nach Großbritannien auszuwandern (Brücker et al., 2009).

Die Einwanderung muss für die Betroffenen keineswegs immer endgültig sein. In den 1980er-Jahren wurde die Migration eher als Arbeitsmigration verstanden, die nach dem Muster des Entwicklungsgefälles zwischen Regionen und Gesellschaften entsteht. Menschen wanderten aus, im Glauben, ihnen und ihren Familien eine bessere Lebensgrundlage erwirtschaften zu können. Dabei blieb meist das Herkunftsland Bezugpunkt für eine spätere Heimkehr. Ein schöner Gedanke ist der Aspekt von Ronzani (nach Treibel, 2003) der konstatierte, wenn sich der Modernisierungsgrad der betreffenden Gesellschaft oder Region angleicht, würde das die Arbeitsmigration überflüssig machen.

Push- and Pullfaktoren (abstoßende und anziehende Faktoren) älterer sozialwissenschaftlicher Modelle lassen sich im Angesicht der fortschreitenden Pluralisierung der Welt kaum mehr aufrechterhalten. Die Vorstellung, die Migration bewegt sich nur in eine Richtung und zurück hat sich überholt. Die Ethnologin Helene Basu (2011) merkt an, dass seit den 1990er-Jahren ein neues Paradigma immer mehr Einfluss nimmt. Die Ethnologie war impulsgebend für das neue *Konzept der Transnationalität.* Im Mittelpunkt der Transnationalismusforschung stehen grenzüberschreitende soziale Netzwerke von Migrantinnen und Migranten, die sie zu Mitgliedern ihrer Familie, Ethnie, Religionsgemeinschaften oder ihrem Herkunftsland pflegen. Diese Forschung machte ersichtlich, dass auch *Kulturen beweglich sind und sich nicht räumlich eingrenzen lassen* (Basu, 2011, S 20). Seltener waren Abenteuerlust oder Entdeckungsfreude wanderungsbestimmend, sondern von jeher haben *„Push-Faktoren“* wie Armut, Verfolgung, Naturkatastrophen oder andere belastende Lebensbedingungen Menschen dazu getrieben, ihr Heimatgebiet zu verlassen. Vom Arbeitskräftebedarf, der relativen Wohlstand und politische Stabilität verspricht, werden weiterhin bedeutende *„Pull-Effekte“* ausgehen (Lay & Rössler, 2011). „*Was sich hingegen über die Zeit verändert, sind der Stellenwert und die Gewichtung der migrationsbestimmenden Faktoren.“* (Ebd., 2011, S 93) Wissenschaftliche Erklärungen finden sich nicht nur in makrostrukturellen Rahmenbedingungen, sondern auch in gruppenspezifischen oder persönlichen Motiven und Intentionen wieder (Sieben & Straub, 2011).

3.1.3 Brain Drain, Brain Gain und Brain Waste

Den Verlust an *Humankapital* von höherqualifizierten Personen bezeichnet die Migrationsforschung als *Brain Drain*, welcher demzufolge für die meistenteils industriellen Aufnahmeländer in einem *Humankapita*lgewinn, einem *Brain Gain* resultiert. Dieser Forschungsansatz geht auf den französischen Migrationforscher Ladame zurück, der bereits in den 1970er-Jahren anmerkte, dass diese Wanderungen kein abgeschlossener Prozess sei, sondern, dass diese vielmehr als *„circulation des élites“* zu sehen sind (Hunger, 2003, S 58). 2002 merkte die „Organisation for Economic Co-operation and Development“ (OECD) in einem Bericht an, dass weltweit die Mobilität der hochqualifizierten Arbeitskräfte in den letzten Jahren zugenommen hat und weiter zunehmen wird.

> *„Immer mehr Industrieländer entdecken die Einwanderungspolitik als Instrument (...) mit dem sie Engpässe auf dem heimischen Markt ausgleichen und technische und ökonomische Innovationen fördern wollen.“* (Hunger, 2003, S 69)

Interessant in diesem Zusammenhang ist der Aspekt von Wolburg (1999), der Mobilität mit qualifizierten Personen und Immobilität mit unqualifizierten Personen assoziiert. Der entstehende Brain Drain schädigt folglich die Zurückgebliebenen im Herkunftsland und ist als ein in sich kumulierender Prozess zu sehen. Wolburg gibt zu bedenken, dass die staatlich subventionierte Bildung mit dem Fortzug der Qualifizierten nur mit einem Staatsdefizit möglich ist. Bhagwati und Dellafar plädierten deswegen schon 1974 dafür, von den Emigrationswilligen eine *Migrationssteuer* abzuverlangen, *welche von den Immigranten an den Fiskus des Immigrationslandes überwiesen werden soll, um sodann an das Emigrationsland abgeführt zu werden* (zitiert nach Wolburg, 1999, S 62). In der Literatur wird zwischen temporärer und permanenter Migration unterschieden. Eine temporäre Migration würde die oben angeführten negativen Effekte des Brain Drains aufgrund der kürzeren Migrationdauer vermindern.

Obwohl es, laut dem Final Report der European Integration Consortium, keine klaren Beweise für die Existenz des Brain Drains auf nationalen Ebenen gibt, besteht die allgemeine Auffassung, dass Effekte der Migration auf sektoraler

Ebene klar sichtbar sind. Besonders betroffen ist der Gesundheitssektor, weil es da starke Pullfaktoren gibt (Brücker et al., 2009). Angeführte Argumente sind, wie auch Wolburg aufzeigt, einerseits die Relation der niedrigen Einkommen in den Auswanderungsländern zu den hohen Einkommen in den Aufnahmeländern und andererseits die Beschäftigungsmöglichkeit (Wolburg, 1999). Daten für die Mobilität im Gesundheitssektor sind sehr limitiert, z. B. im Fall von Polen gibt die Anzahl von ausgestellten Zertifikaten die eine Qualifikation oder berufliche Erfahrung für einen westeuropäischen Arbeitgeber bestätigen, einen Hinweis auf das Ausmaß der Größenordnung potenzieller Migration. Bis Ende 2007 waren das 5,7 % der Ärztinnen/Ärzte, 6,3 % der Zahnärztinnen/Zahnärzte und 0,3 % der Krankenschwestern/Krankenpfleger und Hebammen. Die präsentierten Daten zeigen, dass die Größenordnung der Abwanderung nicht groß genug ist um eine Gefahr für das Gesundheitssystem in Polen darzustellen (Brücker et al., 2009)

Neuere Literatur stellt traditionelle Brain Drain Literatur in Frage, welche feststellt, dass Immigration von gelernten Arbeitskräften notwendigerweise die Humankapitalausstattung reduziert. Die Gelegenheit zu migrieren kann die Humankapitalausstattung im Heimatland erhöhen, weil der zukünftige Gewinn der Höherqualifizierung im Ausland auf die Entscheidung des Qualifizierungserwerbs im Heimatland einwirkt (Stark et al., 1997, zitiert nach Brücker et al., 2009). In der Zusammenfassung des Final Reports wird von Brücker et al. festgehalten, dass weder Brain Drain, noch Brain Gain einen wesentlichen Einfluss auf Arbeitsmärkte und Ökonomien in den Neuen Mitgliedstaaten (NMS 8)[7] und den bestehenden EU-Mitgliedstaaten (EU 15) haben.

Eine *Brain Waste* (Verschwendung von Humankapital) für alle Beteiligten entsteht dann, wenn Migrantinnen und Migranten deutlich unter ihrem Ausbildungsniveau in den Aufnahmeländern beschäftigt werden. Volkswirtschaftlich gesehen verlieren sowohl die Herkunfts- als auch die Aufnahmeländer, da sie nicht vom vorhandenen Humankapital profitieren

[7] Die EU-Mitgliedstaaten bestanden bis 2004 aus 15 Ländern (EU 15). Im Zuge der EU-Osterweiterung 2004 kamen die Neuen Mitgliedsaaten (New Member States) Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowakei, Ungarn, Slowenien (NMS 8), Zypern und Malta (NMS 2) dazu, Bulgarien und Rumänien folgten 2007. Die EU zählt derzeit 27 Mitgliedsländer (EU 27) (Brücker et al., 2007).

(Englmann & Müller, 2007, Brücker et al., 2009). Wenn man jedoch den gesamten Lebenszyklus betrachtet, kann vermehrtes Humankapital im Ausland erworben werden (zum Beispiel Sprachkenntnisse), welches bei Rückkehr ins Heimatland am Arbeitsmarkt Vorteile bringen kann (Brücker et al., 2009).

Von einer *Ruhestandsmigration* spricht Wolburg (1999), wenn die Migrantinnen und Migranten nach ihrem Erwerbsleben in ihr Heimatland zurückkehren. Ein Spezialfall, wie Wolburg weiter meint, der nur zu einem geringen Ausmaß stattfindet. Die Gesellschaft des Heimatlandes würde über die Besteuerung des Renteneinkommens und über das Vermögen der Remigranten profitieren.

3.1.4 Bedeutung der ethnischen Herkunft in der globalisierten Welt

Frei nach dem von Immanuel Kant viel zitierten Wunsch des *„freien Weltbürgers",* wird dieser Gedanke in der globalisierten Welt, zumindest in der westlichen Welt, immer realer. Noch vor dreißig Jahren wurde Wien als die Großstadt am Ende der westlichen Welt bezeichnet. Wollte eine Familie aus einem ehemaligen Ostblockland im „Westen" Urlaub machen, wurde einem Familienmitglied die Ausreise verwehrt, um eine mögliche Flucht in ein nicht kommunistisches Land zu verhindern. Heute liegt Wien im Herzen Europas und ist weiterhin Anziehungspunkt vieler Zuwanderer, die aus verschiedensten Motiven Wien als Lebensmittelpunkt wählen.

Welche Bedeutung die ethnische Herkunft in den Zuweisungsprozessen durch die Einheimischen (Ethnisierung) hat, beschreibt Treibel (2003) anhand der Schichtungstheorie von Hans Joachim Hofmann-Novotny. Dabei stehen sogenannte *soziale Werte* im Mittelpunkt. Damit sind materielle Güter, wie Einkommen und immaterielle Güter, wie Bildung gemeint. Neben der zugeschriebenen ethnischen Zugehörigkeit, wie Herkunft und Nationalität, spielt der erworbene Status, wie Qualifikation und Leistung eine zentrale Rolle. Diese sozioökonomische Positionierung ist ein traditionales Element einer modernen (neofeudalen) Gesellschaft. In feudalen Gesellschaften herrscht ein Konsensus über den zugeschriebenen Status, in modernen Gesellschaften einer über erwerbbaren Status. Zugegebenermaßen ist der Gedanke Kants eines

weltbürgerlichen Gastprinzips auf Erden (Negt, 2011, S 15) sehr bestechend, doch nicht für alle migrierten Menschen zutreffend, wie der folgende zitierte Kommentar von Treibel (2003, S 66) zeigt:

> *„Damit schließt sich der Kreis: Die Menschen die versucht haben der Unterentwicklung zu entkommen, finden sich als neue Unterschicht in den Einwanderungsländern wieder. Ein Aufstieg findet allenfalls in Relation zur Herkunftsgesellschaft statt."*

„Die Verwundbarkeit von MigrantInnen" ergibt sich letztendlich, so Basu (2011, S 24), „*aus ihrer beschränkten Teilhabe an den materiellen und immateriellen Ressourcen der Residenzgesellschaft."*

Der Begriff *multikulturell* kommt ursprünglich aus Kanada, und sollte jene Minderheiten meinen, die weder zur englischsprachigen Mehrheit noch zu den frankokanadischen Minderheiten zählten. Dieses Schlagwort vom multikulturellen Kanada, hat so Treibel (2003) der aus der Ukraine stammender Senator Paul Yuzyk in Umlauf gebracht und sollte 1988 mit dem „Canadian Multiculturalism Act" Gesetz werden.

> „*Diese Politik setzt sich von der Ideologie des Schmelztiegels (melting pot) in den USA ab und akzeptiert die kulturellen Werte der Ethnien im Land (...). Im Lauf der 1990er Jahre wird dem Begriff der Interkulturalität der Vorzug vor dem der Multikulturalität gegeben, da dieses Konzept auf die gegenseitige Beziehung, auf das zu gestaltende Zusammenleben abhebt und die Vorstellung eines „multikulturellen Nebeneinanderlebens" für unzureichend hält." Treibel 2003, S 64)*

3.1.5 Integration ist Teil des Migrationsprozesses

Ende der 1970er-Jahren war der Begriff der Integration je nach wissenschaftlichen oder politischen ideologischen Zielsetzungen tausendfach definiert oder aber auch missbraucht worden (Treibel 2003). Eine konsequente Integrationspolitik wurde jedoch nur in Ansätzen entwickelt. Seitdem ist der

Integrationsbegriff immer noch ein zentrales Schlagwort, mit dem Politik gemacht wird. In diesem Kontext sagt Treibel (2003, S 61), dass *„die mit den ausländischen Familien befassten Kirchen, Verbände und Initiativen unter Integration die Gleichberechtigung der Eingewanderten mit den Einheimischen verstehen."*

Das am Beginn der Arbeit erwähnte Integrationskonzept der Magistratsabteilung 17 – Integration und Diversität – findet sich in der Integrationsvereinbarung (IV) des Innenministeriums wieder, welche der sprachlichen Integration von MigrantInnen dienen soll. Mit der Unterzeichnung der Integrationsvereinbarung verpflichten sich MigrantInnen (Drittstaatsangehörige, d.h. Nicht-EU-BürgerInnen), die seit 1. Jänner 2006 ins Land gekommen sind und sich dauerhaft in Österreich niederlassen wollen, innerhalb von fünf Jahren ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache zu erwerben. Der Spracherwerb wird von der Politik als Herzstück der Integrationspolitik gesehen.

Anhand *dynamischer Modelle* versuchen Machleidt und Heinz (2011, S 33f) Integrationsleistungen von MigrantInnen, die im Rahmen des Migrations-prozesses erbracht werden, darzustellen und merken an, dass diese Integrationsleistungen denen gleichen, die Adoleszente bei einer erfolgreichen Integration in die Gesellschaft erbringen. Mit dynamischen Modellen sollen zugrundeliegende emotionalen Abläufe erfasst werden und damit bei den *„Flüchtigen"* (im Sinne der Beweglichkeit der Mobilität) eine *Emotionslogik* zu erkennen sein, *die – bei aller Systematik – der individuellen, sozialen und kulturellen Vielfalt der Migrationsbewegungen gerecht wird,* so Machleidt und Heinz in ihren Ausführungen. Ebenso ist das *„Entfremden"* eines Zugewanderten von Seiten des „Einheimischen" als Ergebnis eines Integrationsprozesses zu sehen. Die Emotionslogik des Migrationsprozesses wird durch zwei Abschnitte charakterisiert, nämlich durch die Ablösung von der Heimatkultur zur Integration in die Aufnahmekultur. Machleidt und Heinz beschreiben diese Phasen als *„Honeymoon" – Hochgefühl bei der Ankunft* und als *kritische Integration, die mit einer erhöhten Vulnerabilität,* mit Angst vor der Fremde, Auseinandersetzung mit dem Fremden, Trauer, Schmerz und Verlust, einhergehen kann. In dieser „Zwischenzeit" wird die „alte" Identität in Frage gestellt und die neue bi- oder multikulturelle Identität ist noch nicht gefunden. Die Identitätsumformung

(Identitätsentwicklung) verlangt in einer *abstrakten symbolischen Ebene die Ablösung der vertrauten Repräsentanzen des primären kulturellen Raumes,* wie die Ablösung von *„der Muttersprache", „vom Vaterland" oder von den vielen zurückgelassenen Bezugspersonen.* Eine erfolgreiche Integration verlangt die Entwicklung einer Bi- oder Multikulturalität, die am Ende des Migrationsprozesses Erfolg und Befriedungsgefühle mit sich bringt.

3.1.6 Migration im Hinblick auf seelische und körperliche Gesundheit

Die Frage ist, welche Auswirkungen Migration im Hinblick auf die seelische und körperliche Gesundheit von Menschen, die einen Migrationsprozess durchlebten, haben. *„Wer migriert*, so Razum (2007, S 11.e1), *ist besonders gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastungen ausgesetzt."* Razum berichtet, dass Migration von ärmeren in reichere Länder mit einem sogenannten *„gesundheitlichen Übergang"* einhergeht. Unter „gesundheitlichem Übergang" versteht man üblicherweise die Verschiebung von hoher hin zu niedriger Sterblichkeit in einer Gesellschaft, bei gleichzeitigem Wechsel der häufigsten Todesursachen, der weltweit in unterschiedlicher Geschwindigkeit abläuft. „*Migrieren Menschen von einem ärmeren Land in ein reicheres Industrieland wie Deutschland* oder Österreich, *verändern sich ihre Neuerkrankungen und Sterberaten in Abhängigkeit der Art und Weise der Erkrankung unterschiedlich schnell."* (Ebd.) Unter anderem werden *therapeutische Komponenten* (Vorbeuge- und Behandlungsmöglichkeiten) und *Risikofaktorenkomponenten* (sauberes Trinkwasser, aber auch Rauchen oder Bewegungsmangel) dem gesundheitlichen Übergang zugeschrieben. Mit zunehmender Anpassung an den Lebensstil des Zuwanderungslandes verändert sich das Krankheitsrisiko insofern, als zu bestehenden höheren Risken andere chronische Erkrankungen wie zum Beispiel Magenkrebs und Schlaganfall hinzukommen. Um Muster von chronischen Krankheitsverläufen bei Menschen mit Migrationshintergrund, im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung, besser verstehen zu können, ist Razum der Meinung, dass neben dem Modell „gesundheitlicher Übergang" eine lebenslauforientierte Betrachtung (*lifecourse epidemiology*) erforderlich ist.

Basu (2011, S 25) zitiert in ihrem Artikel eine Studie aus 2005 von Machleidt und Calliess, die zum Schluss kommen, dass Migrantinnen und Migranten eine höhere Morbidität für depressive und andere Störungen haben und nur die allgemeinpsychiatrischen Morbidität im vergleich zu den Einheimischen gleich hoch ist. Das impliziert, dass nicht nur der Migrationsprozess, sondern auch die kulturelle und ethnische Erfahrung dabei wichtig scheint, um Bewältigungsstrategien in der Fremde möglich zu machen. Einigen Studien zufolge treten bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund häufiger psychosomatische Beschwerden auf als bei Einheimischen (Weiland & Altenhofen zitiert nach Assion et al, 2011, S 326). Assion et al. merken an, dass bei Befunderhebung von Migranten und Migrantinnen darauf geachtet werden soll, in welchem Ausmaß psychische Symptome, wie Stimmungsschwankungen oder Gedankenkreisen, hinter den initial präsentierten somatischen Beschwerden, wie Kopf- und Rückenschmerzen, Magendrücken, etc. stehen.

In internationalen und nationalen Gesundheitsberichten werden Armut und soziale Benachteiligung und das damit verbundene hohe Risiko an Ausgrenzung deutlich mit gesenkter Lebenserwartung und einem verstärkten Krankheitsrisiko assoziiert. Speziell Frauengesundheit hat in Europa von Land zu Land verschiedene Prioritäten. Besondere Aufmerksamkeit sollte den speziellen Gesundheitsproblemen von mehr als vierhundert Millionen Frauen, die zu Migrantinnengruppen, Flüchtlingen und ethnischen Minderheiten gehören, gewidmet werden. Bei einem WHO Meeting wird in einem Strategic Action Plan für the Health of Women in Europe bestätigt, dass es Bedarf an gender-spezifischen und gender-sensitiven Programmen zur Prävention und Behandlung von gefährdeten Frauen gibt. (World Health Organization, 2001). Die deutlich armutgefährdetsten Bevölkerungsgruppen in Österreich sind Alleinerzieherinnen, Pensionistinnen und Migrantinnen. Laut Migrantinnen-Bericht von 2007 sind 27% der Migrantinnen in Österreich armutsgefährdet (Wimmer-Puchinger, 2008).

Die Entwicklung der Frauengesundheit in Wien (Frauengesundheitsforschung) ist eng verbunden mit der internationalen Frauenpolitik der Vereinten Nationen und der europäischen Gesundheits- und Gesundheitsförderungspolitik der Welt-gesundheitsorganisation (WHO). Das *„Wiener Programm für Frauengesundheit“* wurde 1998 in Wiener Gemeinderat beschlossen. Die sozialwissenschaftliche

Frauengesundheitsforschung ist europaweit Fundament der Frauengesundheit und bewegt sich in der Tradition der Public Health. In dieser Tradition sieht Frauengesundheit „*das Geschlecht als Determinante der Gesundheit und entwickelt Strategien, die der spezifischen Gesundheitsförderung und Versorgung von Frauen dient“* (Baldaszti & Urbas, 2006, S 46). In dem Frauengesundheitsbericht 2006 (ebd., S 46) wird festgestellt, dass Migration per se noch kein Gesundheitsrisiko darstellt und erst durch strukturelle, sprachliche und/oder kulturelle Barrieren in der Gesundheitsversorgung zum Problem werden kann. „*Umfassende Studien zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen liegen für Wien und Österreich aber nicht vor“*, so Baldaszti und Urbas in ihrem Bericht. Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat ein wichtiges Zeichen gegen die *„traditionsbedingte Gewalt gegen Migrantinnen“* (Genitalverstümmelung, Zwangsverheiratung und Frauenhandel) gesetzt, indem es seit 2005 Einrichtungen eigener Beratungsstellen für Frauengesundheit und Genitalverstümmelung unterstützt (ebd.). Eines der Handlungsfelder des Wiener Frauenprogramms widmet sich der Gesundheit von Migrantinnen. Folgende Ziele und Maßnahmen wurden dazu formuliert – Karrierenförderung für Frauen im Gesundheitswesen und Verbesserung der Betreuungsstandards und Kommunikation für Frauen im Gesundheitswesen (Wimmer-Puchinger, 2008). In einem ihrer Schlussstatement bekundet Wimmer-Puchinger (2008, S 94) passend:

> *„Migrantinnen gehören verschiedenen Welten an, deren Schicksale auch durch Überlebenskreativitäten beeindrucken. Eine offene Zivilgesellschaft sollte die Potentiale anerkennen und einbinden.“*

3.1.7 Migration von Frauen

Abbildung 1: Deckblatt des "Strategic Action Plan for the Health of Women in Europa" (Quelle: WHO, 2001)

Frauenmigration wurde von der Forschung lang übersehen (Basu, 2011), wiewohl gerade die Migration von Frauen bei den Gesundheitsberufen eine bedeutende Rolle spielt. Die meisten Pflegekräfte und zu hundert Prozent die Gruppe der migrierten Hebammen sind Frauen. Treibel (2003) meint dazu, gerade Migrantinnen werden besonders stereotyp wahrgenommen, wie es für Frauen generell gilt. In vergangenen Zeiten wurden sie meist als Ehefrauen von Gastarbeitern gesehen und somit in eine passive, unselbstständige Rolle gedrängt. Appelt (2003) weist darauf hin, dass entsprechend der Stereotype zum Beispiel österreichische Ehemänner, die mit Migrantinnen verheiratet sind, hohe Anforderungen an ihre Partnerinnen stellen. So wird erwartet, dass ihre Ehefrau neben ihrem meist körperlich anstrengenden Beruf, auch noch den Haushalt alleine bewältigt. Oft sind Partnerschaftskonflikte die Folge, die letztendlich als kulturelle Konflikte ausgetragen werden. Appelt hat jedoch in diesem Kontext darauf hingewiesen, dass die Ehe mit einem Österreicher in den meisten Fällen die Integration dennoch erleichtert.

Migrantinnen in Gesundheitsberufen zeigen ein anderes Bild, nämlich jenes von selbstständigen, in einem Beruf qualifizierten, meist jungen Frauen, die sich alleine zu einer Migration entschlossen haben. Manche Migrantinnen verlassen ihr Heimatland mit der Absicht, die zurückgebliebenen Familien zu unterstützen und gleichzeitig in Österreich ein eigenes Leben aufzubauen. Vorausgesetzt sie schaffen die Hürden bei den Nostrifikationsverfahren, die generell als zu teuer und zu bürokratisch bezeichnet werden (Appelt, 2003). Zusätzlich kommt es immer wieder vor, dass diplomiertes Krankenhauspersonal oder Hebammen als Pflegehelferinnen eingesetzt werden, um so den Mangel an Pflegehilfskräften (meist in Geriatriezentren) zu entschärfen.

Die frauenspezifische Migrationsforschung befasst sich mit vielen Themen, so mit der Differenzierung von Migrationsformen, Migrationsmotivationen, bis hin zur speziellen Form der Fluchtmigration, dem Sex- und Frauenhandel und begann mit der Frauenbewegung in den 1970er-Jahren. Die Gruppe von Migrantinnen stellt sich in Österreich höchst inhomogen dar, dabei finden sich solche mit österreichischem Pass, als auch Ausländerinnen, welche schon seit Jahrzehnten in Österreich sind oder die erst seit kurzem hier ansässig sind (Appelt, 2003). „*Migrantinnen leben in vielfältigen Sozialgefügen und bewegen sich in mehreren Kulturen, die jeweils andere Anforderungen an ihre Mitglieder stellen*." (Ebd., S 144) Appelt beschreibt das als das Bewegen in *„Übergangsräumen, in denen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunftsvorstellung aneinander treffen."* In gewisser Weise verbinden sie bewusst oder unbewusst verschiedene Kulturaspekte miteinander. Als Hauptmotive für Frauenmigration nennt Appelt ganz generell den Wunsch nach einem besseren Leben, bzw. die Flucht aus „*ausweglosen Verhältnissen, wie Gewalt, Krieg oder materielle Not*."

3.1.8 Migration von Menschen in Gesundheitsberufen

Österreich hat ebenso wie Großbritannien und Irland eine lange Tradition als Zielland für Migration von Menschen in Gesundheitsberufen. Maureen Lenhart und August Österle (2007) bestätigen in ihrem Artikel, dass jedoch detaillierte Dokumentationen von Migration im Pflegeberuf sehr beschränkt verfügbar sind. Publikationen über immigrierte Hebammen mit dem Zielland Österreich finden sich im deutschsprachigen Raum überhaupt nicht. Wie bereits berichtet, haben Pflegekräfte österreichweit 10,5 Prozent in Alten- und Pflegeheimen und 8,2 Prozent in Krankenanstalten einen nichtösterreichischen Ausbildungshintergrund (Pammer, 2009). Als wichtigste Herkunftsländer aus der Europäischen Union nennt Pammer: Deutschland, Polen, die Slowakei und die Tschechische Republik und aus den sogenannten Drittstaaten: Bosnien-Herzegowina, Kroatien, die Republik Philippinen und Indien.

Eine von der WHO in Auftrag gegebnen Studie beschäftigt sich mit der Rolle des Einkommens im Vergleich zu anderen Faktoren bei der Entscheidung zur

Migration von Menschen in Gesundheitsberufen in sich entwickelnden Ländern (developing countries). Die Einkommensunterschiede zwischen den Entwicklungsländern und den Industrieländern (developed countries) sind derzeit so groß, dass eine Erhöhung des Einkommens in den Quellländern den Migrationfluss nicht signifikant beeinflussen kann. Andere Determinanten, wie Arbeitsbedingungen (zum Beispiel Sicherheit, Mangel an Stress, Karrieremöglichkeiten, Prestige und Arbeitswege) und Lebensbedingungen (z. B. Kriminalitätsrate, Vorhandensein von Schulen für die Kinder, sauberes Wasser, Anwesenheit der Familie und die Größe des sozialen Netzwerkes) sind zur Steuerung des Migrationsflusses besser geeignet (Vujicic et al., 2004).

Abbildung 2: Werbeplakat im Auftrag des Krankenanstaltenverbundes (Quelle: Fassmann & Münz, 1995, S 80)

Eine wichtige Erkenntnis ist die Tatsache, dass mit einem ernsthaften Einwanderungsstopp für Krankenhauspersonal Wien vor allem im Dienstleistungsbereich gehörige Schwierigkeiten hätte. Das Gesundheitssystem rechnet mit qualifiziertem Pflegepersonal, Hebammen und Hilfskräften aus dem Ausland. So waren in den 1990er-Jahren in Wien Werbeplakate zu sehen, wo mit Sprüchen, wie: *„Der Mensch zuerst – Hände weg von unseren Kolleginnen und Kollegen“* – *„Spitalspersonal gegen Ausländerfeindlichkeit“* geworben wurde. Wünschenswert wäre ein Vorgehen, welches in einer *vorausschauenden Migrationspolitik* läge, so Fassmann und Münz (1995).

> *„Bei Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen ist Zuwanderung nicht als Belastung oder Gefahr aufzufassen, sondern als ein für Österreich, besonders für seine Metropole, für die urbane Ökonomie und für das kulturelle Leben notwendiger und unter günstigen Bedingungen auch stimulierender Prozess. Räumliche und soziale Mobilität, Migration von Spezialisten und anderen Personen mit spezifischen Qualifikationen und*

ein gewisses Maß an kultureller Vielfalt sind nicht bloß Charakteristika, sondern auch Standortfaktoren einer zunehmend arbeitsteiligen und vernetzten „global economy " (Fassmann & Münz, 1995, S 85)

3.1.9 Rahmenbedingungen für eine zukünftige Migrationspolitik

Ein historischer Rückblick zeigt, dass bereits im 17. und 18. Jahrhundert die politisch und religiös motivierten Zwangsaussiedelungen von Protestanten von Salzburg nach Ostpreußen, in den deutschsprachigen Alpenländern der Habsburgermonarchie charakteristisch waren. Massenmigration kam erst nach Gewährung der Niederlassungsfreiheit, ab der industriellen Revolution und durch die Entwicklung von Massenverkehrsmittel in Gang. Vorindustrielle Wanderung im 19. Jahrhundert betraf nur kleine Bevölkerungsgruppen, wie politische, künstlerische und gewerbliche Eliten, saisonale Arbeitskräfte, Handwerksleute oder Studenten (Fassmann & Münz, 1995)

„Die großräumige Ost-West-Verlagerung der Bevölkerung prägte das späte 19. und frühe 20. Jahrhundert. Österreich war Zielland für MigrantInnen aus dem Osten und Südosten und zugleich Herkunftsland von Auswanderern nach dem Westen. Dieses Muster ist auch in der Gegenwart wieder aktuell." (Ebd., S 17)

Die großen Flüchtlingswellen, von denen in den letzten sechzig Jahren Österreich betroffen war, spiegeln sich auch im Gesundheitsbereich wider. Im Jahre 1956 gab es eine spektakuläre Flüchtlingswelle nach Österreich durch den von der Sowjetarmee niedergeschlagenen Volksaufstand in Ungarn. 1968 wurden nach dem Statistischen Handbuch der Republik Österreich (BMI) aus der Tschechoslowakei 4.176 Asylanträge gestellt. In den 1970er-Jahren war Österreich Aufnahmeland für chilenische und iranische Flüchtlinge und ein Transitland für die jüdische Auswanderung aus der damaligen Sowjetunion (Münz, 2008). Auch bei dieser Fluchtwelle war das Niederschlagen der Demokratiebewegungen Grund für die Massenflucht. Alleine aus Polen wurden im Jahr 1980 an Österreich 2.181 Asylanträge und ein Jahr darauf 29.091 Anträge gestellt. 1989 kamen weiter Asylanträge aus der DDR hinzu. Münz,

Zuser und Kytir zeigen im 2003 herausgegebenen „*Österreichischen Migrations- und Integrationsbericht“* auf, dass mit dem Fall des Eisernen Vorhanges sich die Herkunftsländer der AsylwerberInnen nochmals drastisch änderten.

Steffen Angenendt (2003) beschreibt in seinem Aufsatz *„die Rolle internationaler Migrationsorganisationen“*, die Vorstellung der Völkergemeinschaften, die sie über Migration haben. Diese gehen davon, dass MigrantInnen von Flüchtlingen und Vertriebenen zu unterscheiden sind. Sie meinen, dass MigrantInnen das Auswandern als eine Option verstehen, jedoch Flüchtlinge dazu gezwungen werden. Gleich sind nur die Grundrechte, die für alle gelten, die auf dem Gebiet des Vertragstaates lebten. Die in den frühen 1990er-Jahren neuerliche Einwanderungswelle und der EU-Betritt Österreichs forderte die Politik neuerlich heraus, bestehende migrationspolitisch relevante Gesetze zu novellieren. Angenendt hat in diesem Kontext darauf hingewiesen, dass auch im Zeitalter der Globalisierung Nationalstaaten entscheidende Akteure in der Steuerung internationaler Wanderbewegungen bleiben werden. Wiewohl die Souveränität der einzelnen Staaten durch internationale, regionale und zwischenstaatliche Vereinbarungen eingeschränkt wird. Migrationpolitisch relevante Gesetze sind zum Beispiel das *Asylgesetz BGBl. Nr. 100/2005 (AsylG 2005), das Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes (NAG), BGBl. I Nr. 100/2005 oder das Ausländerbeschäftigungsgesetz, BGBl. Nr. 218/1975* (Bundeskanzleramt:RIS, 2011).

Demokratisch legitimierte und rational nachvollziehbare Aufnahmeregelungen würden auch in der Zukunft Zuwanderungen zulassen, *jedoch geregelt und begrenzt*, so Münz in seinem Bericht 2008. Neben der Niederlassung von MigrantInnen in unserem Land, muss eine *soziale Integration* möglich gemacht werden, die nicht mit einer vollständigen Assimilation gleichgesetzt werden soll. Damit sind Deutschkurse, Hilfestellungen bei Startwohnungen, Beratung bei arbeitsrechtlichen Konflikten und Hilfestellung bei Erlangung der Berufsberechtigung gemeint. Die weiter steigende Mobilität von hochqualifizierten Universitäts- und HochschulabsolventInnen von und nach Österreich wird die vorausschauende Migrationpolitik umso notwendiger machen. *Ein gewisses Maß an grenzüberschreitender Zuwanderung,* so Münz (2008) weiter*,* wird in *Zukunft als Normalzustand zu akzeptieren* sein.

Die neue Binnenmigration innerhalb Europas setzt von den Entscheidungsträgern auch genaue Überprüfungen der nötigen Berufsqualifikationen voraus. Im Hebammenbereich wird die Überprüfung der erforderlichen Berufsqualifikation vom Österreichischen Hebammengremium sichergestellt. Ein Ansuchen über einen EWR-Qualifikationsnachweis kann gleichermaßen von EU-Bürgerinnen, Bürgerinnen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und begünstigte Drittstaatsangehörige und deren Familienangehörige an das Österreichische Hebammengremium gestellt werden. In welcher Form diese Überprüfung stattfindet, wird im Kapitel 3.4 ausführlich dargestellt.

3.2 Hebammenarbeit aus internationaler Sicht

In Übereinkunft der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO), der *Internationalen Hebammenvereinigung* (ICM) und der *Internationalen Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe* (IFGG) kann der Hebammenberuf wie folgt definiert werden:

> „*Eine Hebamme ist eine Person, die formale Zugangsvoraussetzungen für eine Hebammenausbildung erfüllt, welche in dem Land, wo sie durchgeführt wird, voll staatlich anerkannt ist und erfolgreich die vorgeschriebene Ausbildung oder das Studium des Hebammenwesens beendet hat, sowie die erforderlichen Qualifikationen besitzt [...].“* (WHO-Strategie für Ausbildung in der Pflege und Hebammenwesen, 1999)

Eine Hebamme muss in der Lage sein, Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überwachen, zu betreuen und zu beraten, in eigener Verantwortung Geburten durchzuführen, sowie Neugeborene und Säuglinge zu betreuen. Um diesen hohen Erwartungen gerecht zu werden, braucht es neben einer hohen *fachlich-methodischen Kompetenz*, eine *ausgeprägte sozialkommunikative Kompetenz* sowie *Selbstkompetenz*. Die Überprüfung dieser Fähigkeiten ist Voraussetzung, um eine Berufserlaubnis in dem jeweiligen Land zu erlangen. Neben den erlernbaren Kompetenzen im Hebammenberuf geht es vor allem auch um Werte und Einstellungen, die kulturabhängig sind.

Nach der amerikanischen Krankenschwester und Anthropologin Madeleine Leininger (1998) bezieht sich die Kultur auf

> *„[...] erlernte, gemeinsam überlieferte Werte, Überzeugungen, Meinungen, Normen und Lebensweisen einer bestimmten Gruppe, die das Denken, Entscheidungen, Handlungen und strukturierte Wege leiten."*

Bereits in den 1940er-Jahren wurde Leininger diese kulturspezifische Fürsorge bewusst und sie bemerkte damals wörtlich dazu an:

> *„What concerned me most was that the world was moving much more rapidly toward multiculturalism than the profession realized an (!) nurses needed cultural knowledge and a theory to build nursing knowledge to guide nursing practices. However, it was not long before realized that a theory of Culture Care would have limited meaning and would be misunderstood unless there were nurses prepared in transcultural nursing."*

Vom "Multikulti-Krankenhaus" zu interkulturell geleiteten Teams

Diese Theorie kann auch umgekehrt gedacht werden. Hebammen oder Pflegekräfte mit einem anderen kulturellen Hintergrund bringen ihr spezifisches Verständnis für Hebammenarbeit oder Pflege, ihre Weltanschauung und ihre kulturellen Werte mit. Menschliche Pflege ist ein universelles Phänomen, meint Leininger (1998), aber die Begriffe, Prozesse, strukturellen Formen und Pflegemuster sind in den Kulturen verschieden. Dieser Umstand kann bei einer vorhandenen ethno-kulturellen Kompetenz gewinnbringend sein und sich unterstützend auf den bestehenden interkulturellen Alltag in Krankenhaus auswirken. Karl-Trummer und Novak-Zezula geben in ihrem Artikel *„Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen*" (2009), zu bedenken, dass noch vor dem Anspruch eines interkulturellen Verständnisses oft die Sprach-problematik im Vordergrund steht. Fremdsprachige Hebammen, wie auch andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, haben oftmals auch Sprachbarrieren in der Interaktion mit ihren Patientinnen und Patienten zu überwinden. Das Fehlen von einer professionellen verbalen Ausdrucks-

möglichkeit kann allgemein zu einer Reduzierung der Betreuungsqualität führen. Dementsprechend weisen Karl-Trummer und Novak-Zezula auf Strategien zur erfolgreichen Bewältigung von Sprachproblemen hin. Als eine der angedachten Strategien zur Qualitätssteigerung in den Gesundheitseinrichtungen könnten, neben einem systematischen Einsatz von professionellen medizinischen Dolmetschdiensten (Karl-Trummer & Novak-Zezula, 2009), fremdsprachige Hebammen oder Pflegekräfte als „*ExpertInnen für die eigenen Bevölkerungsgruppen eingesetzt werden, die über deren grundlegende Bedürfnisse am besten Bescheid wissen und auch als MultiplikatorInnen durch Information und Vermittlung wirken können"* (Seidl & Walter, 2010, S 90).

Englisch (2011, S 158) merkt an, dass „*KollegInnen mit Migrationshintergrund im jeweiligen Team als ExpertInnen für ihre eigene Kultur anzusehen"* sind, „*die ihr kulturelles Wissen für die Rekonstruktion kultureller und wesentlicher symbolischer Bedeutungen"* für die Arbeit mit PatientInnen nützen können. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, die in psychosozialen und pädagogischen Arbeitsfeldern (zu denen auch Hebammen gehören) tätig sind, stellen mit ihren zusätzlichen „*sprachlichen Kompetenzen"*, wie auch mit ihrer „*Sensitivität für Diskriminierungserfahrungen"* und mit ihrem „*kontextspezifischen Wissen"* (Tabus, Essensgewohnheiten, religiöse Rituale, etc.) eine Bereicherung dar (Castro Varela, 2009, S 245).

Durch das systematische Abdecken von Personmangel in Gesundheitsberufen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund entstehen unwillkürlich Teams mit kulturspezifischen Unterschieden, die man als Potenzial im Rahmen „*geleiteter interkultureller Teams"* nützen könnte. Damit „*kulturelle Heterogenität"* in Teams jedoch konstruktiv genützt werden kann, braucht es einerseits Regeln, die hierarchische strukturiert sind und andererseits reflektierte „*Arbeits- und Kommunikationsstile der beteiligten Fachkräfte"* (Englisch, 2011, S158). Pammer (2009) fordert einen Paradigmenwechsel hin zu organisatorischem Lernen, welches Zusammenhänge zwischen Migration, Gesundheit und Krankheit systematisch berücksichtigt. Er fordert, unabhängig ihrer Herkunft, kreative und reflexive Eigenleistungen von Gesundheitsberufe in den Mittelpunkt des Interesses zu rücken, dass ein *„Lernen der Organisationen als Ganzes ermöglicht werden*" kann. In dem Dossier *„Vier Ansätze des*

Managing Diversity" beleuchtet Weheliyle (2007) Diversity-Ansätze, die verschiedene Herangehensweisen bedienen und beschreibt, wie Vielfalt als Erfolgsfaktor in Organisationen eingesetzt werden kann. Ein Ansatz scheint für den von Pammer geforderten Paradigmenwechsel in Gesundheitsorganisationen geeignet, nämlich der *„Learning-Effectiveness-Ansatz"* von Roosevelt und Robin aus 1996 (zitiert nach Weheliyle, 2007, S 2). Dabei soll der eine vom anderen lernen, Unterschiede sollen wahrgenommen und geschätzt werden und Organisationen helfen, sich von innen zu verändern. Das Erkennen von Fehlern und das daraus Lernen erhöht die Effektivität einer Organisation. In einer Studie von Schober und Kisat (2009) werden 50 Praxisbeispiele aus Österreich und Deutschland vorgestellt, die sich mit Integration von Menschen mit Migrationshintergrund speziell im Arbeitsmarkt beschäftigen, mit dem Ziel, Handlungsfelder zu analysieren und diese mit Empfehlungen für arbeitsmarkt-politische Maßnahmen zu ergänzen. An dieser Stelle ist Pammer (2009) zuzustimmen, dass WHO-Projekte wie das *„Migrant Friendly Hospital"* prädestiniert sind, Organisationen dafür „empfänglich" zu machen.

3.3 Hebammenausbildung im internationalen und europäischen Kontext

In der *Bologna Deklaration* von 1999[8] wurden Ziele für die Errichtung eines europäischen Hochschulraumes festgelegt. Diese Bologna Erklärung ist als Annäherung der verschiedenen Strukturen der europäischen Studiensysteme zu sehen, welche die Einigung auf ein besseres System der Anerkennung und die Vergleichbarkeit der Studien und Abschlüsse zur Folge hätte. Das *Diploma Supplement* ist in Österreich bereits gesetzlich verankert. Dieser Anhang zum Prüfungszeugnis ist eine vorgeschriebene öffentliche Urkunde und dient zur Nachweisführung über den Abschluss eines Studiums in einem nach dem European Credit Transfer System (ECTS) modularisierten Studiengang. Die Entscheidung, einen Fachhochschul-Bachelorstudiengang für Hebammen in Österreich zu etablieren, ist am 09.06.2005 im Nationalrat getroffen worden. Seit

[8] Gemeinsame Erklärung der Europäischen Bildungsminister am 19. Juni 1999 in Bologna.

2007 wird in Wien an der Fachhochschule Campus Wien der Studiengang Hebammen auf Bachelorniveau angeboten. In Österreich werden, neben dem Standort Wien, weitere sechs Bachelorstudiengänge für Hebammen an verschiedenen Fachhochschulen angeboten.

Die Ausbildungsreformen in den letzten Jahren sowohl innerhalb Österreichs als auch im europäischen Raum haben gezeigt, dass Ausbildungen nicht primär durch Stundenzahlen oder Unterrichtseinheiten, sondern durch die Formulierung von Ausbildungszielen und die Beschreibung des Kompetenzerwerbs geregelt werden sollen. Um eine internationale Vergleichbarkeit erzielen zu können, soll für die Ausbildung statt der Stundenzahlen ein Gesamtarbeitspensum (workload) definiert werden. Für einen FH-Bachelorstudiengang Hebammen sind 180 ECTS Punkte notwendig.

Als Grundlage für den Kompetenzerwerb dient die *Fachhochschul-Hebammen-Ausbildungsverordnung* (FH-Heb-AV, 2005) im österreichischen Hebammengesetz, die Mindeststandards für die Hebammen Fachhochschul-Studiengänge beinhaltet. Damit werden klare Qualitätsstandards für die Hebammenausbildung im Fachhochschulbereich vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen per Verordnung in einem Berufsgesetz festgelegt. Das daraus resultierende „Studienprogramm für Hebammen“ entspricht den vorgegebenen Mindestanforderungen an die Hebammenausbildung der *Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates.* Diese europäische Richtlinie legt die Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend Aufnahme und Ausübung der Tätigkeiten der Hebammen fest. Dabei wird aus Gründen der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit, innerhalb der Mitgliedstaaten, eine gemeinsame Definition der Ausbildung und des Tätigkeitsbereiches angestrebt. Um den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union größtmögliche Freiheit bei der Gestaltung ihrer Ausbildung zu belassen, wurden Mindestnormen für die Erlangung der notwendigen Fähigkeiten in dieser Richtlinie erlassen. Die Richtlinie lässt den Mitgliedsstaaten jedoch gemäß ihrer Rechtsvorschrift Möglichkeiten offen, Berufsqualifikationen anzuerkennen, die außerhalb der Europäischen Union von einem Staatsangehörigen eines Drittstaates erworben wurden.

3.3.1 Erforderlicher Kompetenzerwerb der Absolventinnen und Absolventen in Österreich

Nach der *Fachhochschul-Hebammen-Ausbildungsverordnung 2005* sollen die Absolventinnen und Absolventen nach Abschluss der Hebammenausbildung eine berufsethische Haltung entwickelt haben, die ihr Tun und Handeln im medizinischen und gesellschaftlichen Kontext leitet. Das bedeutet, um eigenverantwortliches und berufsspezifisches Handeln im intra- und extramuralen Bereich[9] erfolgreich umsetzen zu können, müssen AbsolventInnen *fachlich-methodische Kompetenz* entwickelt haben, die in der Anlage 1 der FH-Heb-AV in fünfzehn Punkten festgelegt ist.

Der Handlungsbogen der fachlich-methodischen Kompetenz spannt sich von der eigenverantwortlichen und prozessorientierten Durchführung der Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin sowie des Neugeborenen und Säuglings bis zur Beistandleistung bei der Geburt. Der regelrechte Verlauf von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit sowie die gesunde Entwicklung des Neugeborenen und Säuglings sollen eingeschätzt, situationsadäquate Maßnahmen gesetzt und Arzneimittel entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen angewendet werden. Es sollen Grenzen der eigenverantwortlichen Berufsausübung erkannt, es soll situationsadäquat multiprofessionelle Zusammenarbeit gezielt eingesetzt und es sollen lebensbedrohliche Zustände erkannt und entsprechende lebensrettende Sofortmaßnahmen eingleitet oder durchgeführt werden. Weiters sollen berufsspezifische Konzepte von Gesundheitsförderung und Prävention gezielt angewendet und psychosoziale Veränderungs- und Entwicklungsprozesse erkannt werden. Frauen und deren Familien sollen kompetent insbesonders in Bezug auf Sexualität, Empfängnisverhütung und Familienplanung informiert werden, um persönliche Entscheidungen zu ermöglichen (im Sinne von *informed choice*). Hebammenarbeit soll reflektiert und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen durchgeführt werden.

[9] Intramural bedeutet im Krankenhausbereich (innerhalb der Mauern eines Krankenhauses), extramural meint in der freiberuflichen Hebammenpraxis (außerhalb eines Krankenhauses).

Beratungs- und Betreuungsverläufe sollen dokumentiert sowie Ergebnisse analysiert und ausgewertet werden. Es soll den Anforderungen der Qualitätssicherung und Hygiene Rechnung getragen und entsprechend den ethischen Prinzipien und berufsspezifischen rechtlichen Grundlagen gehandelt werden. Zuletzt soll die berufliche Tätigkeit insbesonders bei der freiberuflichen Berufsausübung mittels organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Prinzipien entwickelt, gestaltet und umgesetzt werden.

Neben den angeführten fachlich-methodischen Kompetenzen sollen die Absolventinnen und Absolventen ihre *sozialkommunikativen Kompetenzen sowie Selbstkompetenzen* nach Abschluss der Ausbildung weiterentwickelt haben. Insbesondere Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit, Kritikfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Rollendistanz, Frustrationstoleranz, Selbstbestimmungsfähigkeit, Selbstreflexionsfähigkeit, Gestaltungs- und Mitbestimmungsfähigkeit, Teamfähigkeit und professionelles Selbstverständnis werden in der *Anlage 2 bis 3 der FH-Heb-AV* 2005 hervorgehoben. Die Entwicklung oder Festigung der Selbstkompetenzen sind notwendig, um organisatorischen, koordinierenden sowie administrativen Anforderungen in diesem Beruf gerecht zu werden. Eigene Entscheidungen sollen verantwortungsbewusst nach außen vertreten werden können. Die Absolventinnen und Absolventen sollen auch *wissenschaftliche Kompetenzen* entwickelt haben, um Forschungsprozesse nachvollziehen zu können. Gegebenenfalls durch aktive Beteiligung an berufsspezifischen Forschungsprojekten kann ein auf wissenschaftlichen Grundlagen basiertes Berufsverständnis (Evidence Based Midwifery) entwickelt werden. Dabei können wissenschaftliche Erkenntnisse und Phänomene im Praxisfeld nutzbar gemacht werden.

Die Hebammenausbildung an den Praktikumsstellen hat mindestens 25% der Gesamtarbeitsleistung von drei Ausbildungsjahren einer/eines Studierenden zu betragen, um die Durchführung der in Anlage 5 der FH-Heb-AV angeführten Praktikumsbereiche sicherzustellen. Diese werden in zehn Punkten dargestellt und umfassen die mindestens durchgeführten Tätigkeiten, die bis zum Ende der Ausbildung in einem Ausbildungsprotokoll nachgewiesen werden müssen (*FH-Heb-AV 2005, § 2 Abs.3 & § 3 Abs. 3).* Die in Folge taxativ angeführten

praktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten entsprechen auch den erforderlichen Mindestanforderungen gemäß der Richtlinie/2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates.

1. *„Beratung Schwangerer mit mindestens 100 Untersuchungen vor der Geburt;*
2. *Überwachung und Pflege von mindestens 40 Gebärenden;*
3. *eigenhändige Durchführung von mindestens 40 Geburten durch die Studierenden selbst; kann diese Zahl nicht erreicht werden, da nicht genug Gebärende zur Verfügung stehen, kann diese Zahl auf 30 gesenkt werden, sofern die Studierenden an 20 Geburten aktiv teilnehmen;*
4. *aktive Teilnahme an Steißgeburten; bei Mangel an Steißgeburten sind Demonstrationsmodelle zu verwenden;*
5. *Durchführung der Episiotomie, Einführung in das Vernähen der Wunde sowohl nach einer Episiotomie als auch nach einem einfachen Scheidendammriss; bei Mangel an Fällen können Demonstrationsmodelle verwendet werden;*
6. *Überwachung und Pflege von 40 gefährdeten Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen;*
7. *Überwachung und Pflege einschließlich Untersuchung von mindestens 100 Wöchnerinnen und Neugeborenen;*
8. *Beobachtung und Pflege von Neugeborenen einschließlich Frühgeborene, Spätgeborene sowie untergewichtige oder kranke Neugeborene, die eine besondere Pflege benötigen;*
9. *Pflege von Patientinnen mit Erkrankungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe;*
10. *und Einführung in die Pflegemaßnahmen auf dem Gebiet der konservativen und operativen Medizin.“*

3.3.2 Mindestanforderungen gemäß der Europäischen Richtlinie

Der Hebammenberuf ist, neben jenem der Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Krankenpflegekräfte und Architekten ein reglementierter Beruf. Der Begriff *"reglementierter Beruf"* im Sinne der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 wird im Artikel 3 (1a) definiert als

> *„(...) eine berufliche Tätigkeit oder eine Gruppe beruflicher Tätigkeiten, bei der die Aufnahme oder Ausübung oder eine der Arten der Ausübung direkt oder indirekt durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften an den Besitz bestimmter Berufsqualifikationen gebunden ist; eine Art der Ausübung ist insbesondere die Führung einer Berufsbezeichnung, die durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften* auf *Personen beschränkt ist, die über eine bestimmte Berufsqualifikation verfügen."*

Die „reglementierte Ausbildung" ist eine Ausbildung, die speziell auf Ausübung eines bestimmten Berufes ausgerichtet ist und aus einem abgeschlossenen Ausbildungslehrgang besteht, so im Artikel 3 (1e) der oben genannten europäischen Richtlinie weiter. Folgende Ausbildungsmöglichkeiten zur Hebamme werden demnach zugelassen:

> *„a) Eine spezielle Ausbildung zur Hebamme erfolgt auf Vollzeitbasis und beinhaltet einen theoretischen und praktischen Unterricht von mindestens drei Jahren, welcher mindestens das, in Anhang V Nummer 5.5.1. angeführte Ausbildungsprogramm beinhaltet; oder*
>
> *b) eine spezielle Ausbildung zur Hebamme von mindestens achtzehn Monaten (mit den von a. angeführten Kriterien), die nicht Gegenstand eines gleichwertigen Unterrichtes im Rahmen der Ausbildung zur Krankenschwester und zum Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, war (Abschnitt 6, Artikel 40, Abs. 1)."*

Die Ausbildung zur Hebamme muss den Erwerb angemessener Kenntnisse in den Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen, insbesondere der Geburtshilfe und Frauenheilkunde gewährleisten. Weiters sind

angemessene Kenntnisse der Berufsethik und des Berufsrechts erforderlich, sowie angemessene klinische Erfahrung, die unter Aufsicht von auf dem Gebiet der Geburtshilfe qualifiziertes Personal und in anerkannten Einrichtungen erworben wird (Absatz 3). Das Ausbildungsprogramm im Anhang V (5.5.1.) umfasst zwei definierte Bereiche. Der erste Bereich beinhaltet die Aufzählung von theoretischen Grundfächern und spezifischen Fächern. Der zweite Bereich beschreibt die praktische und klinische Ausbildung. Eine genaue Vorgabe eines Kompetenzerwerbs, wie in der im Kapitel 3.3.1 angeführten Fachhochschul-Hebammen-Ausbildungsverordnung 2005 angeführt, gibt es nicht.

Der theoretische Unterricht hat folgende Grundfächer zu beinhalten:

a. Grundfächer

- *Grundbegriffe der Anatomie, Physiologie und Pathologie*
- *Grundbegriffe der Bakteriologie, Virologie und Parasitologie*
- *Grundbegriffe der Biophysik und Biochemie sowie Radiologie*
- *Kinderheilkunde, insbesondere in Bezug auf Neugeborene*
- *Hygiene, Gesundheitserziehung, Gesundheitsvorsorge, Früherkennung von Krankheiten*
- *Ernährung und Diätetik, unter besonderer Berücksichtigung der Ernährung der Frau, des Neugeborenen und des Säuglings*
- *Grundbegriffe der Soziologie und sozialmedizinischer Fragen*
- *Grundbegriffe der Arzneimittellehre*
- *Psychologie und Pädagogik*
- *Gesundheits- und Sozialrecht und Aufbau des Gesundheitswesens, Berufsethik und Berufsrecht, Sexualerziehung und Familienplanung, Gesetzlicher Schutz von Mutter und Kind*

b. Spezifische Fächer für Hebammen

- *Anatomie und Physiologie, Embryologie und Entwicklung des Fötus*
- *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*
- *Pathologie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe*
- *Schwangerenberatung, Vorbereitung auf die Elternschaft, einschließlich psychologischer Aspekte*

- *Vorbereitung der Entbindung, einschließlich Kenntnisse von Geburtshilfeinstrumenten und ihrer Verwendung*
- *Analgesie, Anästhesie und Wiederbelebung*
- *Physiologie und Pathologie des Neugeborenen*
- *Betreuung und Pflege des Neugeborenen*
- *Psychologische und soziale Faktoren*

Die Mindestanforderung der praktischen und klinischen Ausbildung für Hebammen entspricht der in Kapitel 3.3.1 angeführten Praktikumsbereiche der Anlage 5 der FH-Hebammen-AV 2005.

3.4 Gesetzliche Regelungen zur Berufszulassungen als Hebamme in Österreich

Um in Österreich als Hebamme arbeiten zu können, bedarf es einer *Berufsberechtigung.* Mit dem Abschluss des FH-Bachelorstudienganges Hebammen erlangt man neben dem akademischen Titel „*Bachelor of Science in Health"* auch die Berufsberechtigung. Wenn arbeitsuchende Hebammen im Ausland ihre Hebammenausbildung absolviert haben, müssen sie, je nach Staatsangehörigkeit, entweder einen *EWR-Qualifikationsnachweis* beantragen oder um eine *Nostrifizierung* des ausländischen Studienabschlusses ansuchen. Einen EWR-Qualifikationsnachweis beantragt die Bewerberin oder der Bewerber beim Österreichischen Hebammengremium, ein Ansuchen auf Nostrifikation wird an den Fachhochschulrat oder eine österreichische Fachhochschule gestellt. Der Unterschied der beiden Berufszulassungsformen liegt in der Anerkennung der jeweilig erlangten Qualifikation. Die Nostrifikation an einer heimischen Fachhochschule erkennt die im Ausland erworbene Hebammenausbildung als gleichwertig an, zugleich wird auch ein im Ausland erworbener akademischer Grad anerkannt. Bei einem EWR-Qualifikationsnachweis handelt es sich lediglich um eine *Berufszulassung.* Die vergleichenden Ausbildungen können Unterschiede aufweisen. Für die Ausstellung eines EWR-Qualifikations-nachweises ist in einigen Fällen ein *Anpassungslehrgang* oder eine *Eignungsprüfung* (siehe Kapitel 3.4.3) erforderlich. Diese werden vom Österreichischen Hebammengremium vorgeschrieben und an den

Fachhochschulen im Studiengang Hebammen abgehalten. 2008 wurden die bis dahin gültige Richtlinien 80/155/EWG und 80/154/EWG von der aktuellen *Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates* abgelöst. Dies hatte eine innerstaatliche Änderung der Rechtsgrundlage zur Folge. Demzufolge wurde das Hebammengesetz, BGBl 1994/310 in die derzeit gültige Fassung BGBl 2008/102 abgeändert und die *Hebammen-EWR-Qualifikationsnachweis-Verordnung BGBl 2008/195* hinzugefügt.

3.4.1 Nostrifizierung ausländischer Studienabschlüsse

Die Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen im Hebammenwesen erfolgt auf Basis gesetzlicher Grundlagen. Mit dem *Gesundheitsberuf-Rechtsänderungsgesetz (GesBRÄG) 2007* wurden Änderungen hinsichtlich der Nostrifikation von ausländischen Ausbildungsabschlüssen im *Hebammengesetz* idgF gemäß § 13 vorgenommen. Gleichfalls regelt *§ 5 Abs.4* und 5 des *Fachhochschulstudiengesetzes (FHStG) 2008* die Anerkennung von akademischen Graden. Seitdem entscheidet der Fachhochschulrat oder das Fachhochschulkollegium einer Fachhochschule über den Antrag auf Nostrifizierung (bis dahin mussten Anträge an das Bundesministerium für Gesundheit gestellt werden). Diese haben zu prüfen, ob das ausländische Studium des Antragstellers oder der Antragstellerin hinsichtlich Anforderungen, des Gesamtumfanges sowie Studieninhalte so aufgebaut ist, dass es mit dem österreichischen Fachhochschulstudium als gleichwertig anzusehen ist. Im Rahmen eines Anerkennungsverfahrens erfolgt die fachliche Beurteilung des ausländischen Berufsabschlusses durch eine Gutachterin oder einen Gutachter. Bei der durchgeführten Stellungnahme zu Nostrifikationsanträgen soll laut Bundesministerium für Gesundheit der Fokus auf der Feststellung liegen, dass eine zumindestens 75% Übereinstimmung mit der österreichischen Ausbildung vorliegt. Oder anders gesprochen, dürfen nicht mehr als 25% Auflagen (Prüfungen und Praktika) bei der Gleichwertigkeitsprüfung vorgeschrieben werden. Zu diesem Zwecke wird ein Sachverständigengutachten erstellt. Die Schwierigkeit liegt in der Einschätzung des vorliegenden Ausbildungsniveaus, in der Ermittlung der Ausbildungsinhalte, der entsprechenden Berücksichtigung der Berufspraktika bzw. Berufsspezifika und der

mitgebrachten Berufserfahrung der Antragstellerin. Das Ziel dieser Gutachten ist die richtige Einschätzung der tatsächlich erworbenen Kompetenzen, die einen Vergleich mit dem Berufsbild des österreichischen Hebammenwesens zulassen. Als Anlage müssen dem Antrag Geburtsurkunde, Personaldokumente, Reifezeugnis und Studiennachweise entweder im Original oder in beglaubigter Abschrift beigelegt werden. Für die Zulassung einer Nostrifikation ist der Nachweis über ausreichende Deutschkenntnisse erforderlich, die gemäß § 10, Abs. 4 des Hebammengesetzes abzuleiten sind. Innerhalb der Europäischen Union (EU) beziehungsweise im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) ist eine Nostrifikation meist nicht notwendig (siehe Anerkennung bei Nichterfüllung der Berufspraktika).

3.4.2 EWR-Qualifikationsnachweis

Die Vergabe der Berufszulassung für die Ausübung des Hebammenberufes im europäischen Raum wird in Österreich durch die *Hebammen-EWR-Qualifikationsnachweis-Verordnung BGBl 2008/195* im *Bundeshebammengesetz* idgF geregelt. Anträge zur Berufszulassung werden an das Österreichische Hebammengremium (ÖHG) gestellt. Im Rahmen eines Berufszulassungs-verfahrens wird festgestellt, ob wesentliche Unterschiede zwischen der österreichischen und der ausländischen Ausbildung gemäß EU-Recht mit dem Fokus auf Gleichwertigkeit der Berufsqualifikation bestehen. Miteinbezogen werden neben der Ausbildung die Berufserfahrung und Fort- und Weiterbildungen der Antragstellerin. Die Gebührenpauschale beträgt aktuell € 300,- und beinhaltet das EWR-Zulassungsverfahren, den Registereintragung in der Hebammendatenbank und die Ausstellung eines Berufsausweises. Das Verfahren darf bei einer *automatischen Anerkennung* (erworbene Rechte) maximal drei Monate, bei inhaltlicher Prüfung (*Anerkennung bei Nichterfüllen der Berufspraxis*) maximal vier Monate dauern (HebG. §12 Abs. 6). Wie bereits in Kapitel 3.4 beschrieben, werden in einigen Fällen Kompensationsmaßnahmen anhand eines Anpassungslehrganges oder einer Eignungsprüfung vor-geschrieben. Diese werden vom Österreichischen Hebammengremium (ÖHG) nach geltender Rechtsgrundlage vorgegeben und an einer Fachhochschule

durchgeführt. Um einen EWR-Qualifikationsnachweis beim ÖHG beantragen zu können, ist eine der folgenden Angehörigkeiten Voraussetzung:

- *„EWR-Staatsangehörige*
- *Staatsangehörige der Schweizerischen Eidgenossenschaft*
- *Langfristig aufenthaltsberechtigte Drittstaatsangehörige*
- *Begünstigte Drittstaaten Familienangehörige von Unionsbürgern*
- *Flüchtlinge und subsidiäre Schutzberechtigte“*

Weitere Voraussetzung ist einer der folgenden Hebammendiplome gemäß Anhang 5.5.2 der Richtlinie 2005/36/EG:

- *„EWR-Diplom*
- *Diplom der Schweizerischen Eidgenossenschaft*
- *Drittstaatdiplom: 3-jährige rechtmäßige Berufsausübung in einem EWR-Mitgliedstaat oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft“*

Automatische Anerkennung und erworbene Rechte

Ein Ziel der 2005 verabschiedeten Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates ist die Beseitigung von Hindernissen für den freien Personen- und Dienstleistungsverkehr zwischen den Mitgliedsstaaten. Dabei ist die automatische Anerkennung der im Europäischen Raum erlangten Berufs-qualifikation eine dieser Maßnahmen, die Binnenmigration innerhalb der Mitgliedstaaten erleichtert. Allerdings sollten zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit spezielle Bestimmungen für reglementierte Berufe vorgesehen werden und in jedem Fall die Anerkennung der beruflichen Qualifikation immer unter Beachtung der Mindestanforderungen an die Ausbildung für bestimmte Berufe erfolgen (siehe Kapitel 3.3.2). Die im Bologna Prozess beschriebenen Ziele zu einem einheitlichen europaweiten Hochschulraum sind in den Mitgliedstaaten noch nicht zur Gänze erfüllt. In einigen Mitgliedstaaten entspricht die Hebammenausbildung nicht den Mindestanforderungen der europäischen Richtlinie. Daher haben die Aufnahmeländer die Möglichkeit, in Form von Ergänzungsprüfungen, Ausgleichsmaßnahmen vorzuschreiben. Welche zugewanderten Hebammen nun

eine automatische Anerkennung von Ausbildungsnachweisen (EWR-Qualifikationsnachweis) erhalten, wird gemäß *Anhang 5.5.2. der Richtlinie 2005/36/EG* in der *Hebammen-EWR-Qualifikationsnachweis-Verordnung (Heb-EWRV) 2008, Abschnitt 2, § 3 bis 10* geregelt.

Ausbildungsnachweise sind dann *automatisch anzuerkennen*, wenn eine mindestens dreijährige Hebammenausbildung auf Vollzeitbasis vorliegt, die einen Befähigungsnachweis voraussetzt, der zum Besuch von Universitäten oder Hochschulen berechtigt oder einen gleichwertigen Kenntnisstand garantiert oder wenn eine Ausbildung von mindestens zwei Jahren (oder 3600 Stunden) auf Vollzeitbasis und ein Ausbildungsnachweis in der allgemeinen Krankenpflege gemäß der *Gesundheits- und Krankenpflege-EWR-Verordnung* (GuK-EWRV) 2008 vorliegt. Bei einer postsekundären Ausbildung muss der Ausbildungs-nachweis ab dem bereits erwähnten Stichtag ausgestellt worden sein und zusätzlich von der Behörde des Herkunftsstaates eine zweijährige Ausübung von Hebammentätigkeiten in einem Krankenhaus oder einer anerkannten Einrichtung des Gesundheitswesens bescheinigt werden. Bei einer Ausbildung mit zusätzlichem Krankenpflegediplom ist die Bescheinigung einer einjährigen Berufspraxis vonnöten. Liegt der Abschluss einer Ausbildung vor dem genannten Stichtag vor, muss eine Bescheinigung der zuständigen Behörde des Herkunftslandes darüber beigefügt sein, dass die Inhaberin oder der Inhaber während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre ununterbrochen tatsächlich und regelmäßig die betreffende Tätigkeit ausgeübt hat. In diesem Fall treten die *erworbenen Rechte* in Kraft (EU-RL, Artikel 23). Für Antragstellerinnen und Antragsteller aus Polen (§ 9) und Rumänien (§ 10) wird gemäß der EU-Richtlinie und der Hebammen-EWR-Qualifikations-Verordnung nochmals differenzierter auf die Anerkennung der Qualifikation im Rahmen des *erworbenen Rechts* eingegangen. In Polen gibt es drei verschiedene Ausbildungsformen, die diese Differenzierung notwendig machen. Inhaberinnen von rumänischen Ausbildungen müssen während der letzten sieben Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung des Herkunftslandes mindestens fünf Jahre als Hebamme in Rumänien tätig gewesen sein. Für Inhaberinnen und Inhaber eines Hebammendiploms aus den ehemaligen Staaten Tschechoslowakei, Sowjetunion, Jugoslawien, Polen bzw. Rumänien gelten gleichfalls die *Erworbenen Rechte der Weitermigration* (§ 10a).

Anerkennung bei Nichterfüllen der Berufspraktika

Werden die Anforderungen einer automatischen Anerkennung nicht erfüllt, müssen von der betreffenden Behörde (Österreichisches Hebammengremium) vor Anerkennung der beruflichen Qualifikation eine inhaltliche Prüfung durch die Erstellung eines Gutachtens erfolgen und dementsprechende Ausgleichsmaßnahmen vorgeschrieben werden. Das gleiche gilt für Antragstellerinnen und Antragsteller eines Drittlanddiploms, vorausgesetzt diese haben rechtmäßig in einem EWR-Staat oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft den Hebammenberuf mindestens drei Jahre ausgeübt. Somit ist die Anerkennung von Ausbildungsnachweisen an die Bedingung einer erfolgreichen *Eignungsprüfung* oder eines höchstens dreijährigen *Anpassungslehrganges* zu knüpfen (Heb-EWRV, 2008, § 13). Ein Anpassungslehrgang oder eine Eignungsprüfung ist an einem Fachhochschul-Bachelorstudiengang (gemäß HebG, §11 Abs. 2) durchzuführen und zu beurteilen. Hierfür muss die ausländische Hebamme einen Antrag an das Rektorat einer entsprechenden Fachhochschule stellen.

Eine *Eignungsprüfung* wird dann abgenommen, wenn die Ausbildung im Herkunftsland mit dem in Österreich reglementierten Beruf der Hebamme vergleichbar ist und die Gegenüberstellung der Unterrichtsfächer des vorgelegten Ausbildungsnachweises mit dem Curriculum (gemäß FH-Heb-AV, Anlage 4) eines Bachelorstudiengangs für Hebammen in Österreich Unterschiede ergibt. Meist besteht der Unterschied in einer vergleichsweise kürzeren Ausbildung der Antragstellerin. Die zu überprüfenden Sachgebiete sind in einem Sachverständigengutachten festzulegen. Die Vorbereitung auf die Prüfungen kann im Selbststudium erfolgen. Die Antragstellerin wird als außerordentliche Studierende am Studiengang geführt und hat neben einer Verwaltungsgebühr von aktuell € 150,- Studiengebühr zu bezahlen. In der EU-Richtlinie wird des Weiteren darauf hingewiesen, dass die Rechtsstellung des/der Lehrgangsteilnehmer/in im Aufnahmemitgliedland, insbesondere im Bereich des Aufenthaltsrechts sowie der Verpflichtungen, sozialen Rechte und Leistungen, Vergütungen und Bezüge von den zuständigen Behörden des betreffenden Mitgliedstaates gemäß dem geltenden Gemeinschaftsrecht festgelegt werden muss.

Ein *Anpassungslehrgang* wird dann vorgeschrieben, wenn die gegenübergestellten Sachgebiete Unterschiede aufweisen und zusätzlich keine oder eine zu geringe Berufserfahrung im Herkunftsland bescheinigt wurde. Neben der theoretischen Zusatzausbildung ist ein Berufspraktikum vorzuschreiben. Das Ausmaß ist im Sachverständigengutachten festzulegen. Hebammen, die einen Anpassungslehrgang absolvieren, dürfen nur Tätigkeiten des Hebammenberufes ausüben, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den zu erlernenden Fähigkeiten und Fertigkeiten stehen. Sie haben Aufzeichnungen über die geführten Tätigkeiten zu führen. Sie werden von qualifizierten Berufsangehörigen angeleitet und beurteilt. Werden die Leistungen im Rahmen einer Eignungsprüfung oder eines Anpassungslehrganges mit „nicht bestanden“ beurteilt, darf höchstens zweimal wiederholt werden. Über den absolvierten Anpassungslehrgang bzw. die absolvierte Eignungsprüfung ist vom Fachhochschulrat oder von Fachhochschulkollegium eine Bestätigung auszustellen und dem Zulassungsbescheid anzufügen.

4 Datenlage über anerkannte Berufsqualifikationen von Hebammen in Wien seit 1968

Dieses Kapitel gibt einen Überblick zur Datenlage von Hebammen, die in Österreich eine Berufszulassung besitzen und deren Herkunftsland nicht Österreich ist. Diese Hebammen haben entweder ihre Hebammenausbildung im Ausland absolviert oder, in einer kleineren Fallzahl, als Migrantinnen die Wiener Bundeshebammenlehranstalt besucht. Zum Vergleich wird ebenfalls ein Gesamtüberblick über die in Wien ausgebildeten Hebammen gegeben. Der Untersuchungszeitraum beginnt mit dem Jahr 1968 und endet 2010. Damit können nachstehende Fragen beantwortet werden:

- Welche und wie viele Berufszulassungsverfahren wurden in Wien in den letzten vierzig Jahren durchgeführt?
- Aus welchen Herkunftsländern kommen die migrierten Hebammen?
- Wie groß ist der Anteil von Hebammen mit Migrationshintergrund heute?

Die Daten der durchgeführten Sekundäranalyse stammen aus Originalprüfungsprotokollen der ehemaligen Bundeshebammenlehranstalt (von 1968 – 1995), später aus der Hebammenakademie (von 1995 – 2007) an der Ignaz Semmelweis Frauenklinik in Wien, aktuelle Daten (ab 2007) vom Bachelorstudiengang Hebammen an der Fachhochschule Campus Wien. Die Daten der ausgestellten EWR-Qualifikationsnachweise stammen aus der Hebammenregistrierung, einer Datenbank des Österreichischen Hebammengremiums, größtenteils aus der Hebammenregistrierung der Landesgeschäftsstelle Wien. Weiters wurden für eine durchgeführte Dokumentenanalyse relevante Originale von Bundesgesetzblättern, Verordnungen, Kundmachungen und Richtlinien der jeweiligen gültigen Fassung durchgesehen.

4.1 Fortbildungskurse, Ergänzungsprüfungen und Nostrifikationen

Im Untersuchungszeitraum von 42 Jahren gab es mehrere Abänderungen der gesetzlichen Grundlagen, welche die Zulassung zur Ausübung des Hebammenberufes betreffen. In den folgenden Seiten werden die Veränderungen in diesem Zeitraum detailliert beschrieben und in Tabellen dargestellt.

4.1.1 Fortbildungskurse im Zeitraum von 1968 bis 1993 in Wien

Nach den noch erhaltenen Prüfungsprotokollen fanden sich Aufzeichnungen von Fortbildungskursen ab dem Jahre 1968. Diese wurden für niedergelassene Hebammen aus Wien, Niederösterreich und dem Burgenland in der ehemaligen Bundeshebammenlehranstalt an der Ignaz Semmelweis Frauenklinik abgehalten. Nach *§ 11 Abs. 1, HebG 1963, BGBl Nr. 3/1964* hatte jede Hebamme in einem Abstand von fünf Jahren einen Fortbildungskurs zu besuchen. Von der Verpflichtung zur Teilnahme an einem Fortbildungskurs ausgenommen waren Anstaltshebammen und Lehrhebammen der Gemeinde Wien sowie Hebammen, die bereits das 55. Lebensjahr überschritten und bereits drei Fortbildungskurse mit Erfolg besucht hatten. Wenn eine Wiederaufnahme der Berufsausübung nach einer mehr als zweijähriger Unterbrechung angestrebt wurde, musste ebenfalls ein Fortbildungskurs besucht werden. Hebammen, die bei Ausübung ihres Berufes Mängel erkennen ließen, konnte von der Bezirksverwaltungsbehörde der Besuch eines Fortbildungskurses schon vor Ablauf des festgesetzten Zeitraumes vorgeschrieben werden. In den Fortbildungskursen wurden aus den Fachbereichen Geburtshilfe, Kinderheilkunde und Sanitätsgesetze vorgetragen. Das Ziel dieser theoretischen und auch praktischen Unterweisungen lag insbesonders in der Vertiefung der beruflichen Kenntnisse der Hebammen. Die Hebammenlehranstalt hatte über die Teilnahme an den Fortbildungskursen Aufzeichnungen zu führen.

> *„Nach Abschluss des Fortbildungskurses haben sich die Lehrkräfte im Beisein des Direktors (...) zu überzeugen, ob die Teilnehmerinnen dem Gang des Fortbildungskurses folgen konnten.“* (HebG 1963, 443. Verordnung)

Die Kurse wurden meist zweimal im Jahr vierzehntägig abgehalten und wurden meist alle zwei Jahre angeboten. Die Fortbildungskurse in dieser Form wurden bis 1993 abgehalten. Mit Verlautbarung des novellierten *Hebammengesetzes, BGBl 1994/310* wurde die Fortbildungspflicht im *§ 37* neu geregelt und finden seitdem nicht mehr in dieser Form statt.

Im Jahre 1977 fanden sich in den Prüfungsprotokollen erstmals Aufzeichnungen über die Teilnahme ausländischer Hebammen an diesen Fortbildungskursen. Die Gültigkeitserklärung der außerhalb Österreichs erworbenen Hebammendiplome stand, nach Einholung eines Gutachtens durch die Hebammenbundeslehranstalt und nach Anhörung des zuständigen Landes-Hebammengremiums, dem Bundesministerium für soziale Verwaltung (später Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz) zu. Hatte eine Gültigkeitserklärung ergeben, dass die Ausbildungsanstalt im Ausland die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten für die Berufsausübung in Österreich nicht ausreichend vermittelt hat, war das Bundesministerium gemäß dem *Hebammengesetz 1963, BGBl Nr. 3/1964, § 3* verpflichtet, die Berufszulassung von einem erfolgreichen Besuch eines Fortbildungskurses oder einer erfolgreichen Ablegung einer Ergänzungsprüfung abhängig zu machen. Für Hebammen, die in den Grenzgebieten tätig waren, galten die Vereinbarungen mit den Nachbarstaaten, wie zum Beispiel mit Deutschland. Wie in Tabelle 1 (S 61) ersichtlich ist, besuchten von 1977 bis 1979 dreizehn ausländische Hebammen die Fortbildungskurse. Ob für das Erlangen der Berufszulassung noch Ergänzungsprüfungen notwendig waren, ging aus den Protokollen nicht hervor.

4.1.2 Eignungsprüfung mit Praktikum ab dem Jahr 1981

Ab dem Jahre 1981 wurden ausländische Hebammen, die eine Berufsausübung anstrebten, in der Bundeshebammenlehranstalt an der Ignaz Semmelweis

Frauenklinik für eine sechsmonatige praktische Ausbildung aufgenommen. Am Ende des Praktikums hatten sie eine Eignungsprüfung in Geburtshilfe I und II abzulegen. Die Praktika waren neun Wochen im Kreißsaal, jeweils drei Wochen im Kinderzimmer, auf der Wochenbettstation und geburtshilflichen Ambulanz, jeweils zwei Wochen in der gynäkologischen Ambulanz, im Schwangeren-, und Wöchnerinnenturnen, Operationssaal und Labor zu absolvieren. Laut eines Vermerks der Internatsleiterin (Lehrhebamme) wurden Krankenstände bis zu drei Wochen innerhalb des sechsmonatigen Praktikums gestattet, eine ärztliche Bestätigung wurde vorausgesetzt. Urlaube mussten nachgearbeitet werden. Laut eines Aktenvermerkes in einem Prüfungsprotokoll wurden ausländische Hebammen im Bedarfsfall aus *„allgemein soziale[n] Gründe[n]“* bei der Gemeinde Wien (Magistratsabteilung 17) angestellt. Erstmalig wurde für die Erlangung einer Berufsberichtigung der Begriff *Nostrifikation* verwendet. Zwischen 1981 und 1993 nahmen 14 Hebammen neben ihrem laufenden Nostrifikationsverfahren an den angebotenen Fortbildungskursen teil (siehe Tabelle 1, S 61). Den deutschen Hebammen wurde kein Praktikum vorgeschrieben. Sie erlangten mit der positiv abgelegten theoretischen Prüfung die Berufszulassung.

In den darauffolgenden Jahren kamen, analog des ständig wachsenden Fächerkanons der etablierten Hebammenausbildung in Wien, auch im Rahmen der Nostrifikation Prüfungsfächer hinzu. Ab 1985 waren dies, je nach Bescheid des Bundesministeriums für Gesundheit, allgemeine Hygiene, Mikrobiologie und Infektionslehre, 1986 kam Kinderheilkunde dazu. Ab 1991 wurden die Fächer Grundzüge des Sanitätsrechts und Grundzüge der sozialen Fürsorge zusätzlich geprüft. Die Vorbereitung auf die Eignungsprüfungen erfolgte meist im Selbststudium. Nostrifikantinnen hatten ebenfalls die Möglichkeit, bis 1993 an den durchgeführten vierzehntägigen Fortbildungskursen oder gegebenenfalls am regulären Unterricht in der Hebammenschule teilzunehmen.

4.1.3 Nostrifikationslehrgänge ab dem Jahr 1993

Ab dem Jahr 1993 wurden die Nostrifikationen in Lehrgängen geführt. Der erste Lehrgang endete 1994. In diesem Jahr wurde erstmals in dem Prüfungsprotokoll die Stundenanzahl der einzelnen Praktika ausgewiesen und benotet. Die

Praktika wurden im Kreißsaal, auf einer präpartalen Station, im Wochenbett und Kinderzimmer, in einer geburtshilflichen Ambulanz und im Bereich Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik absolviert. Je nach Bescheid fanden weiters Prüfungen in Hebammenkunde, Pflegetechnik, Diätetik und Ernährungslehre, Erste Hilfe und Vorbereitung auf die Elternschaft, Geburtsvorbereitung und Familienberatung statt. Seitdem wurden die Prüfungsergebnisse einer Prüfungskommission vorgelegt. Mit Einführung der Prüfungskommission gab es auch kommissionelle Wiederholungsprüfungen. Die Prüfungskommission setzte sich aus dem Vorsitzenden, der von der Gesundheitsbehörde (Magistratsabteilung 15) entsendet wurde, dem medizinischen-wissenschaftlichen Leiter, der Direktorin der Hebammenakademie und einer Vertreterin oder einem Vertreter des Rechtsträgers (Krankenanstaltenverbund) sowie den Fachprüfern zusammen. Grundlage für die ausgestellten Bescheide des Gesundheitsministeriums waren Sachverständigen-gutachten, die jahrelang von der Direktorin der Hebammenakademie Wien erstellt wurden. Das novellierte Hebammengesetz 1994 mit der neu aufgelegten Hebammen-Ausbildungsverordnung aus dem Jahre 1995 waren Grundlage dieser Gutachten. Das neue Hebammengesetz sah eine erweiterte Kompetenz in der Hebammentätigkeit vor. Das implizierte eine neuerliche Erweiterung der Lehrfächer in der Hebammenausbildung und hatte natürlich auch die Erweiterung der Prüfungsfächer und Praktika bei den Nostrifikationen zur Folge. Die Vorbereitung auf die theoretischen Prüfungen erfolgte größtenteils im Selbststudium. Zusätzlich wurde für die Nostrifikantinnen in speziellen Prüfungsfächern insbesonders in Geburtshilfe, Vorbereitung auf die Elternschaft, Geburtsvorbereitung und Hebammengesetze Lehrveranstaltungen angeboten.

4.1.4 Verwaltungsgebühren und Taxen

Bezüglich der Entrichtung einer Verwaltungsgebühr fand sich in einem der Prüfungsprotokolle aus dem Jahre 1981 eine Aufzeichnung über eine zu entrichtende *„Entschädigung“* von 3.301,65 Schillingen (umgerechnet € 240,-), die von einer Nostrifikantin zu bezahlen war. Leider fanden sich keine weiteren Aufzeichnungen über zu entrichtende Verwaltungsgebühren. Eine Prüfungstaxe wurde in jedem Fall seit dem Jahre 1965 gesetzlich vorgeschrieben. In der 14.

Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 18. Jänner 1965 wird in Abänderung der Verordnung dem *Hebammengesetz 1963 § 17* folgender Absatz beigefügt:

> *„(8) Falls für die Gültigkeitserklärung außerhalb Österreichs erworbener Hebammendiplome Ergänzungsprüfungen an einer Bundes-Hebammenlehranstalt vorgeschrieben werden (§ 3 Abs. 4 des Hebammengesetzes 1963), ist für diese Prüfungen eine Taxe in gleicher Höhe wie für die Diplomprüfung zu entrichten."* (Anm. der Autorin: das waren 150,- Schilling, sind umgerechnet € 11,-)

Anlässlich der neuerlichen Änderung der innerstaatlichen Rechtsgrundlage (*HebG igF BGBl I 57/2008*) stellt das Bundesministerium für Gesundheit zum Zwecke einer Nostrifikation keine Bescheide mehr aus. Die für die Berufsberechtigung maßgebliche Nostrifizierung ist demgemäß ab dem 1. Juli 2008 von den Fachhochschulen vorzunehmen (siehe dazu auch Kapitel 3.4.1). Gleichermaßen wie im Universitätsgesetz (UG), § 90 Abs. 5 kann für jede Nostrifizierung eine Taxe von € 150,- eingehoben werden. In einem Ausbildungsvertrag wird der Antragstellerin oder dem Antragsteller für die Ablegung der vorgegebenen Ergänzungsprüfungen und Praktika eine angemessene Frist gesetzt. Die NostrifikantInnen werden als außerordentliche Studierende geführt. In Wien werden neben der Studiengebühr von € 363,50 pro Semester zusätzlich ein ÖH-Beitrag und ggf. ein Sachmittelbeitrag eingehoben.

Tabelle 1: Fortbildungskurse für Hebammen im Zeitraum 1968 – 1993 in Wien (eigene Darstellung)

Erlangung der Berufszulassung durch in Wien durchgeführte Fortbildungskurse im Zeitraum 1968 – 1993					
Jahr	**Herkunftsländer (Reihenfolge nach Nennungen)**				
1968	erstmalige Aufzeichnungen von Fortbildungskursen				
1969	fand kein Fortbildungskurs statt				
1970	nahm keine ausländische Hebamme am Fortbildungskurs teil				
1971	fand kein Fortbildungskurs statt				
1972	nahm keine ausländische Hebamme am Fortbildungskurs teil				
1973	fand kein Fortbildungskurs statt				
1974	nahm keine ausländische Hebamme am Fortbildungskurs teil				Unterrichtsfächer waren Geburtshilfe, Kinderheilkunde und Sanitätsgesetzte.
1975	nahm keine ausländische Hebamme am Fortbildungskurs teil				Fortbildung verpflichtend bei Berufsunterbrechung, freipraktizierend oder gemeindefremdem Haus.
1976	fand kein Fortbildungskurs statt				
	Philippinen	**Israel**	**Chile**	**Polen**	
1977	4	1	1	1	
1979	4		1	1	Besuch des Fortbildungskurses lt. Bescheid d. Bundesministeriums f. Gesundheit und Umweltschutz
gesamt	**8**	**1**	**2**	**2**	**13 Berufsberechtigungen wurden bis 1979 durch den Besuch eines Fortbildungskurses erlangt**
1982	5				
1989	1				Ab **1981** wurde der Begriff der Nostrifikation verwendet, ab diesem Zeitpunkt wurde ein sechsmonatiges Praktikum,
1992	4				mit anschließender Abschlussprüfung in Geburtshilfe I und II, eingeführt.
1993	4				Nostrifikantinnen hatten die Möglichkeit, an den bis 1993 geführten vierzehntätigen Fortbildungskursen, teilzunehmen
gesamt	**14**				**14 philippinische Hebammen nahmen während des Nostrifikationsverfahrens zusätzlich an Fortbildungskursen teil**

Tabelle 2: Nostrifikationen von Hebammen in Wien im Zeitraum von 1981 – 2010
(eigene Darstellung)

Nostrifikationen von Hebammen in Wien im Zeitraum 1981 - 2010																							
Jahreszahl	**Herkunftsländer** (gereiht nach datierten Zulassungsbescheiden)																						gesamt nach Jahr
	CSSR	Philippinen	Polen	Schweiz	Luxemburg	Rumänien	Österreich	BRD/DDR	Jugoslawien	Ungarn	Madagaskar	Iran	Frankreich	Indien	UDSSR	Bulgarien	staatenlos	Slowakei	Nigeria	Türkei	Australien	Peru	
1981	3	1	2																				6
1982		2		1		1																	4
1983		2	1		1		1	2															7
1984		2						1															3
1985	1	1	1					2	1														6
1986		2	1					2		1	1						1						8
1987			3																				3
1988		1	2									1	1										5
1989	1	7	3						1	1													13
1990		1	6							1													8
1991		3								2													5
1992	10	13	9			1			2					1									36
1993	3	2	9			1			4	1					1	1							22
1994		3	2						1									3	1				10
1995	1	4	5						4			2		1		2				1			20
1996	2	4	11			2			7	1								3	1				31
1997																							
1998	1		1							1						1	1						5
1999-2001																							
2002			2						1			2				1				1			7
2003-2005																							
2006			3						1			2								1	1		8
2007-2009																							
2010												1										1	2
	22	48	61	1	2	5	1	7	22	8	1	8	1	2	1	5	2	6	2	3	1	1	209

Ergebnis: Im Zeitraum von 1981 bis 2010 wurden in Wien **209** Hebammen nostrifiziert. In den Jahren 1997, 1999 bis 2001, 2003 bis 2005 und 2007 bis 2009 fanden keine Nostrifikationen statt.

Tabelle 3: EWR-Qualifikationsnachweise für Hebammen im Zeitraum von 2003 – 2010 (eigene Darstellung)

Ausbildungsland (gereiht nach Nennungen)	**EWR-Qualifikationsnachweise für Hebammen im Zeitraum 2003-2010**								**gesamt**
	2003	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	
Deutschland	2	1	4	7	3	3	5	3	**28**
Slowakei		2	1	1				2	**6**
Polen		1		1	2				**4**
Ungarn		1					1		**2**
Italien			2		1				**3**
Belgien				1					**1**
Frankreich						1			**1**
Bulgarien						1		1	**1**
Spanien								1	**2**
gesamt	**2**	**5**	**7**	**10**	**6**	**5**	**6**	**7**	**48**
Zu den 48 positiven Bescheiden kommt **1** Bewerberin aus der Slowakei hinzu, die vor dem Erlangen der Berufszulassung einen Eignungstest mittels Prüfung ablegen musste.									**1**
									49

Rechtsgrundlagen: Bundeshebammengesetz 1994 i. d. g. Fassung, EU-Erweiterungsvertrag (AA2003/ACT/Anhang II/Artikel 5b)
Hebammen-EWR-Verordnung 2004 und 2008, EU-Richtlinie/2005/36/EG

Tabelle 4: Hebammenausbildung in Wien, in den Jahren 1968 – 2010 mit Anteil an Teilnehmerinnen anderer Herkunft (eigene Darstellung)

davon andere Herkunft (aH)	Hebammenabsolventinnen 1968 - 2010 in Wien (mit Anteil an Teilnehmerinnen anderer Herkunft, Reihung nach Nennungen)																			gesamt
	1968	1970	1972	1974	1977	1979	1982	1984	1987	1989	1992	1993	1994	1996	1998	2001	2004	2007	2010	
Irak	1																			1
Deutschland	2															1	1		2	6
Italien	1		1																	2
Tansania		3		2																5
Indonesien		1	1																	2
Iran		1	3		2															6
CSSR						1														1
Nigeria														1						1
gesamt aH	4	5	5	2	2	1								1		1	1		2	24
	1968	1970	1972	1974	1977	1979	1982	1984	1987	1989	1992	1993	1994	1996	1998	2001	2004	2007	2010	
Gesamtzahl Absolventinnen	30	18	20	26	33	26	25	33	37	36	40	22	33	22	24	23	25	24	26	523

1968 - 1972 Dauer der Ausbildung 18 Monate; Fächer: Anatomie, Physiologie, allgemeine Pathologie, Hygiene und Desinfektion, Geburtshilfe praktisch, Geburtshilfe theoretisch, Kinderheilkunde, Sanitätsgesetze.
Absolventinnen mussten Angelobung leisten.
Österreichische Staatsbürgerschaft war Voraussetzung. Ausnahmen wurden genehmigt, meist aus humanitären Gründen.

1974 - 1996 Dauer der Ausbildung 2 Jahre, dementsprechend wurde der Fächerkanon erweitert (siehe Faksimile Abbildung 4)

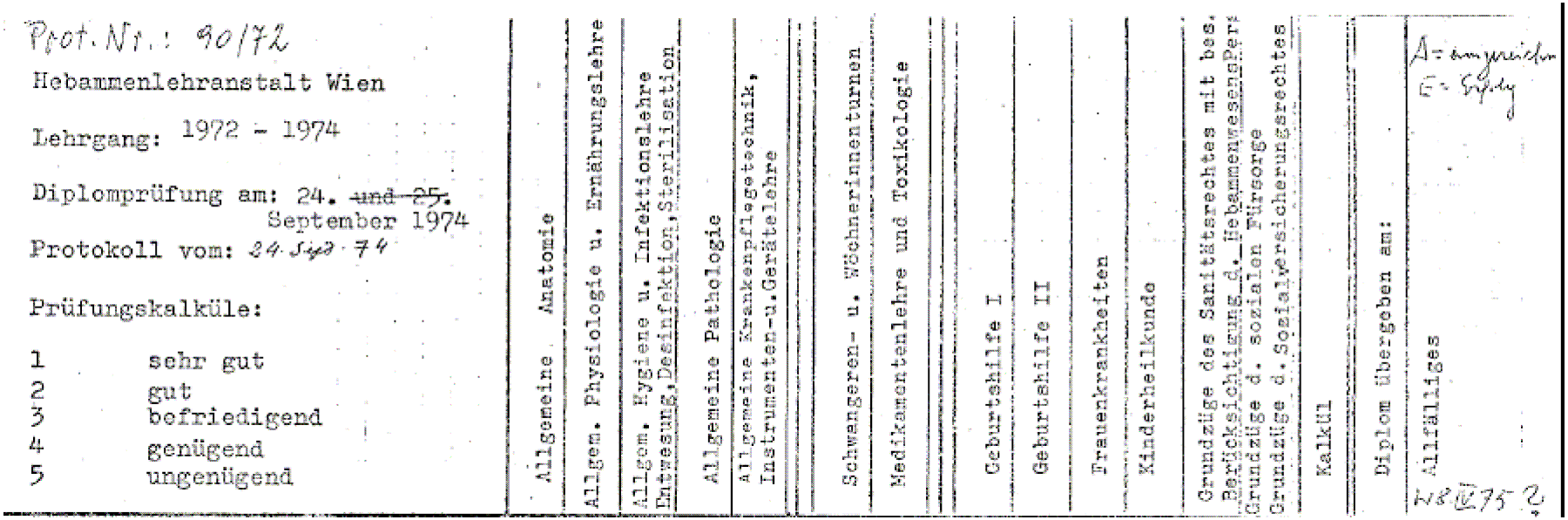
1998 - 2007 Dauer der Ausbildung 3 Jahre. Seit der Ausbildungsverordnung 1995/HebG gibt es erstmals ein Curriculum.
Praktische Ausbildung wurde bei der Diplomprüfung im Notenkalkül berücksichtigt.

2010 Dauer der Ausbildung 6 Semester. Erster FH-Bachelor-Studiengang startet 2007 (FH-Hebammen-AV 2005).
Die österreichische Staatsbürgerschaft ist nicht mehr Aufnahmebedingung

1968 - 2010 **Von 523 Absolventinnen sind 24 aus dem Ausland**

Abbildung 3: Prüfungsprotokoll Teile I aus dem Diplomjahrgang Jahre 1974 (Quelle: Datenarchiv der ehemaligen Hebammenakademie Wien)

Die Namen der Absolventinnen sind bei dieser und der folgenden Abbildung aus Datenschutzgründen entfernt worden.



Prot. Nr.: 90/72

Hebammenlehranstalt Wien

Lehrgang: 1972 - 1974

Diplomprüfung am: 24. ~~und 25.~~ September 1974

Protokoll vom: 24. Sept. 74

Prüfungskalküle:

1 sehr gut
2 gut
3 befriedigend
4 genügend
5 ungenügend

Allgemeine Anatomie	
Allgem. Physiologie u. Ernährungslehre	
Allgem. Hygiene u. Infektionslehre Entwesung, Desinfektion, Sterilisation	
Allgemeine Pathologie	
Allgemeine Krankenpflegetechnik, Instrumenten-u. Gerätelehre	
Schwangeren- u. Wöchnerinnenturnen	
Medikamentenlehre und Toxikologie	
Geburtshilfe I	
Geburtshilfe II	
Frauenkrankheiten	
Kinderheilkunde	
Grundzüge des Sanitätsrechtes mit bes. Berücksichtigung d. Hebammenwesens Pers	
Grundzüge d. sozialen Fürsorge	
Grundzüge d. Sozialversicherungsrechtes	
Kalkül	
Diplom übergeben am:	
Allfälliges	A = ausgezeichnet E = Erfolg W8 IV 75 ?

Abbildung 4: Prüfungsprotokoll Teil II (1974) mit den Prüfungsfächern und Noten (Quelle: Datenarchiv der ehemaligen Hebammenakademie Wien)

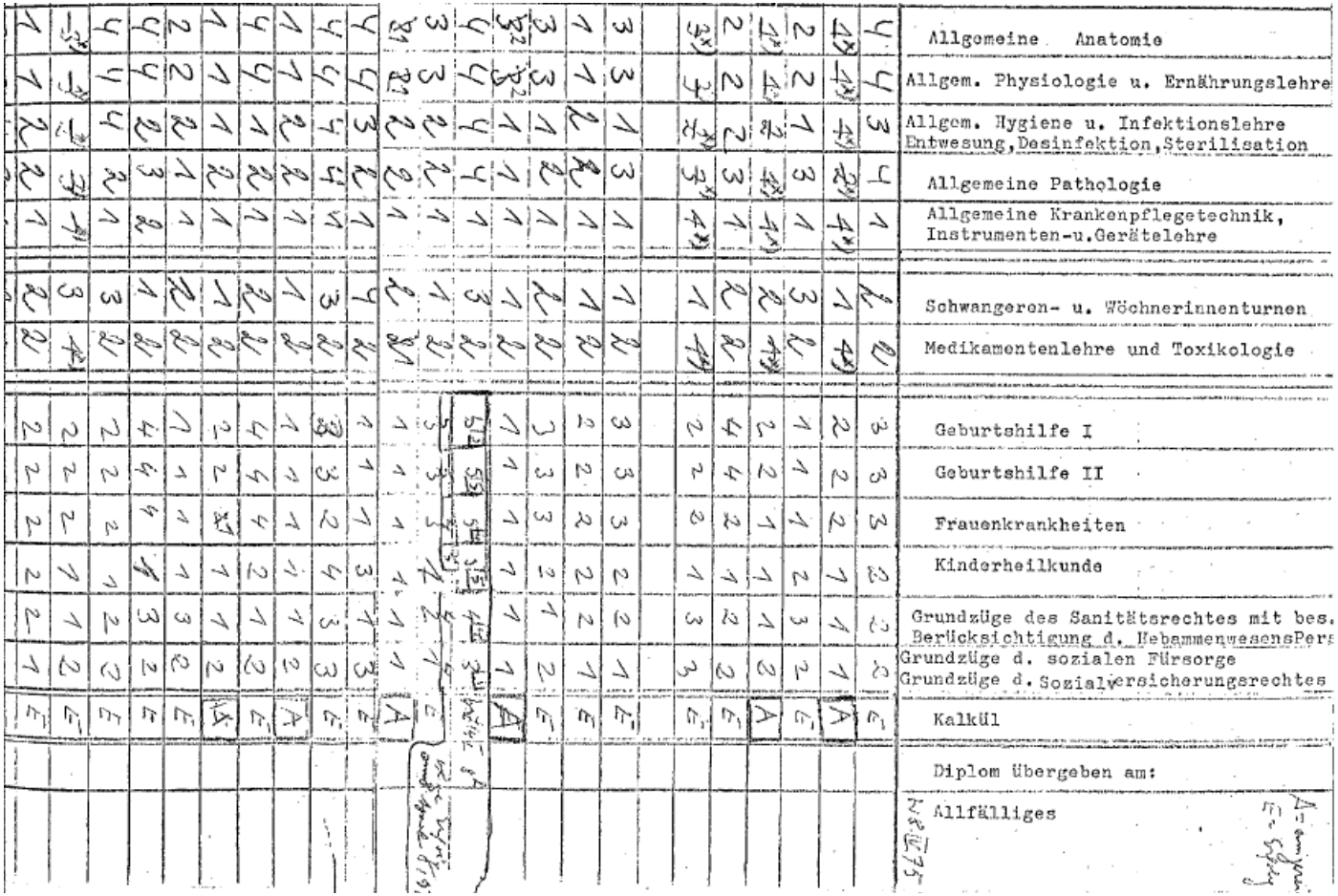


Tabelle 5: Berufszulassungen von Hebammen mit ausländischen Hebammendiplomen gesamt in Wien im Zeitraum 1968 – 2010 (eigene Darstellung)

Berufszulassungen von Hebammen mit ausländischen Hebammendiplomen in Wien Im Zeitraum 1968 - 2010 Nach Herkunftsländer und Zulassungsverfahren				
Herkunftsländer (gereiht nach > Anzahl von Zulassungen)	**Fortbildungskurse 1968-1979**	**Nostrifikationen 1981-2009**	**EWR-Qualifikations-nachweise 2003-2010**	**Länder gesamt**
Polen	2	61	4	**67**
Philippinen	8	48		**56**
Deutschland		7	28	**35**
CSSR		22		**22**
Jugoslawien / Kroatien		22		**22**
Slowakei		6	7	**13**
Ungarn		8	2	**10**
Iran		8		**8**
Bulgarien		5	2	**7**
Rumänien		5		**5**
Türkei		3		**3**
Italien			3	**3**
Frankreich		1	1	**2**
Indien		2		**2**
Konventionsflüchtling		2		**2**
Nigeria		2		**2**
Chile	2			**2**
Schweiz		1		**1**
Luxemburg		1		**1**
Österreich*		1		**1**
Madagaskar		1		**1**
UDSSR		1		**1**
Australien		1		**1**
Peru		1		**1**
Israel	1			**1**
Belgien			1	**1**
Spanien			1	**1**
Gesamtzahl	**13**	**209**	**49**	**271**

Im Vergleich: Hebammenabsolventinnen in Wien in den letzten 42 Jahren	**523**

Ergebnis: Die Gesamtzahl von Berufszulassungen von Hebammen mit ausländischen Hebammendiplome steht zu den in Wien ausgebildeten Hebammen in einem Verhältnis 1:2

*mit im Ausland absolvierter Berufsausbildung

4.2 Berufsberechtigungsverfahren von Hebammen nach Herkunftsländern in den Jahren 1968 bis 2010

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Anteile an durchgeführten Berufsberechtigungsverfahren nach Ländern anhand der Tabellen 1 bis 3 und 5 beschrieben.

4.2.1 Teilnahme von Migrantinnen an Fortbildungskursen

Dreizehn ausländische Hebammen haben in den Jahren 1977 bis 1979 mittels eines vierzehntägigen Fortbildungskurses ihre Berufsberechtigungen bekommen. Davon kamen acht Hebammen aus der Republik Philippinen, eine aus Israel, zwei aus Chile und zwei Hebammen aus Polen. Im Zeitraum von 1982 bis 1993 nahmen vierzehn philippinische Hebammen – neben ihrem laufenden Nostrifikationsverfahren – an den Fortbildungskursen teil (siehe Tabelle 1, S 61).

4.2.2 Durchgeführte Nostrifikationen

In der Tabelle 2 (S 63) sind die durchgeführten Nostrifikationen 1981 bis 2010 nach Ländern und Ergänzungslehrgängen dargestellt. Neben den abgebildeten Zahlen werden die Herkunftsländer in jener Reihenfolge dargestellt, in der die Nostrifikantinnen ihre Eignungsprüfung ablegten und damit in Österreich ihre Berufszulassung erlangten. So erhielten im Jahre 1977 erstmals Hebammen aus der Republik Philippinen ihre Bescheide zur Berufsberechtigung. Das südamerikanische Land Peru kam zuletzt im Jahre 2010 mit einer Absolventin hinzu. Mit einer Ausnahme hatten die Antragstellerinnen eine nicht österreichische Herkunft und einige Hebammen hatten zum Zeitpunkt der Nostrifikation bereits die österreichische Staatsbürgerschaft erlangt. Zwei Hebammen waren als Konventionsflüchtlinge geführt. In den Jahren 1997, 1999 bis 2001, 2003 bis 2005 und 2007 bis 2009 wurden keine Nostrifikationen in Wien durchgeführt.

In einer Zeitspanne von 42 Jahren erlangten 222 Hebammen aus 22 Ländern in Wien mittels Nostrifikation ihre Berufszulassung.

Mit 61 Absolventinnen kommt die größte Hebammengruppe aus Polen, gefolgt von 48 philippinischen Hebammen. Auf Platz drei liegen ex aequo mit 22 Zählungen die Hebammen aus der ehemaligen Republik Jugoslawien (Kroatien wird in der Tabelle gemeinsam mit dem ehemaligen Jugoslawien angeführt) und der ehemaligen CSSR (mit Tschechien). Weiters fanden sich jeweils acht Hebammen aus dem Iran und Ungarn, sieben Hebammen stammen aus Deutschland, sechs aus der Slowakei (werden aus Darstellungsgründen extra angeführt, siehe Tabellen 3 & 5, S 65 & 73), jeweils fünf Hebammen kamen aus Bulgarien und Rumänien, drei aus der Türkei, jeweils zwei Hebammen stammen aus Indien und Nigeria. Zwei Hebammen waren zum Zeitpunkt der Nostrifikation staatenlose Konventionsflüchtlinge. Jeweils eine Hebamme kam aus der Schweiz, aus Madagaskar, aus Frankreich, aus der ehemaligen UDSSR, Australien und Peru. Eine Österreicherin nostrifizierte ebenfalls. Die Autorin geht davon aus, dass diese Hebamme mit österreichischer Staatsbürgerschaft im Ausland ihre Hebammenausbildung absolvierte.

4.2.3 Ausgestellte EWR-Qualifikationsnachweise

Seit dem EU-Beitritt Österreichs im Jahre 1995 ist es möglich, wie bereits im Kapitel 3.4.2 ausgeführt, als ausländische Hebamme mit einer der genannten Zugangsvoraussetzungen einen EWR-Qualifikationsnachweis zu beantragen. Nach Auskunft des ÖHG-Sekretariats wurden in der Zeit zwischen 2003 bis 2010 vom Österreichischen Hebammengremium insgesamt 177 Bescheide zum Zwecke eines EWR-Qualifikationsnachweises ausgestellt. Tabelle 3 (S 65) zeigt eine Aufstellung von den in Wien gemeldeten 49 Zulassungen. Den größten Anteil haben in dieser Gruppe die Deutschen mit 28 Bescheiden, gefolgt von der Slowakinnen und Polinnen. In einer kleineren Fallzahl wurden weiter Bescheide für Hebammen aus Ungarn, Italien, Belgien, Frankreich, Spanien und Bulgarien ausgestellt. Eine slowakische Hebamme musste gemäß der EWR-Verordnung eine Eignungsprüfung ablegen. Das Gutachten wurde vom Österreichischen

Hebammengremium erstellt, die Durchführung der Eignungsprüfung erfolgte in Wien am Studiengang Hebammen der Fachhochschule Campus Wien. Vor dem Jahr 2003 stellten Bewerberinnen etwaige Anträge an das Bundesministerium für Gesundheit. Leider gibt es nach Auskunft des ausführenden Amtes im Bundesministerium für Gesundheit keine Aufzeichnungen darüber.

4.3 Hebammenausbildung von 1968 bis 2010 in Wien

Aus Gründen der Vergleichbarkeit wird in diesem Kapitel die Entwicklung der Hebammenausbildung untersucht. Im Anschluss gibt es ein Statement zur Absolventinnenzahl von Tabelle 4 (S 67).

Bis 1972 dauerte die Hebammenausbildung nur achtzehn Monate. Unterrichtet wurde in den Fächern Anatomie, Physiologie, allgemeine Pathologie, Hygiene und Desinfektion, Geburtshilfe praktisch, Geburtshilfe theoretisch, Kinderheilkunde und Sanitätsgesetze. Die Absolventin mussten bei der Diplomprüfung eine Angelobung leisten. Die österreichische Staatsbürgerschaft war Voraussetzung. Ausnahmen wurden genehmigt, meist aus humanitären Gründen. Von 1974 bis 1996 dauerte die Ausbildung zwei Jahre, dementsprechend wurde der Fächerkanon erweitert (siehe Abbildungen 3, S 69, & 4, S 71). Ab der Verlautbarung der novellierten Hebammen-AV 1995, gemäß Hebammengesetzes 1994 dauert die Ausbildung drei Jahre und es gab erstmals ein Curriculum mit definierten Lehrinhalten und Lernzielen. Die Bundeshebammenlehranstalt wurde in eine Hebammenakademie übergeführt. Die Schülerinnen stiegen in den Studierendenstatus auf. 1998 diplomierten die ersten Absolventinnen in der Hebammenakademie, das letzte Mal 2007. Erstmals wurden die Praktika im Notenkalkül bei der kommissionellen Diplomprüfung berücksichtigt und damit aufgewertet. Seit 2007 werden Bachelor-Studiengänge an der Fachhochschule Campus Wien geführt. Die duale Ausbildungsform (Theorie und Praxis) wurde beibehalten. Die österreichische Staatsbürgerschaft ist nicht mehr Bedingung, um im Studiengang Hebammen aufgenommen zu werden. An der Fachhochschule wird die Lehrenden- und Studierendenmobilität durch ein modulares Curriculum gefördert (Semester sind meist in sich abgeschlossen). Studierende und Lehrende können im Rahmen

eines Auslandspraktikums oder eines Auslandssemesters ihr Verständnis für andere Kulturen erweitern.

In einem Zeitraum von zweiundvierzig Jahren haben 523 Frauen die Hebammenausbildung in Wien absolviert (Tabelle 4, S 67). Vergleicht man die Zahl mit den 271 Ergänzungsprüfungen arbeitswilliger Hebammen, die ihre Ausbildung im Ausland absolvierten (Tabelle 5, S 73), fällt auf, dass diese Gruppe nochmals mehr als die Hälfte von den in Wien ausbildeten Hebammen ausmacht. Offensichtlich ist der Bedarf an Hebammen in Wien höher als die Zahl der tatsächlich in Wien ausgebildeten Hebammen. Wie viele Hebammen aktuell in Wien arbeiten, wird in Kapitel 4.3.2 aufgelöst.

4.3.1 Anteil an Teilnehmerinnen mit nicht österreichischer Herkunft

Bei einer Gesamtzahl von 523 Absolventinnen ist die Zahl der Teilnehmerinnen anderer Herkunftsländer eine geringe. Zwischen den Jahren 1968 bis 2010 haben vierundzwanzig Hebammen mit nicht österreichischer Herkunft ihre Hebammenausbildung in Wien absolviert und damit gleichzeitig die Berufsberechtigung erlangt (siehe Tabelle 4, S 67). Es fällt auf, dass im Zeitraum von 1968 bis 1979 die meisten Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund die Hebammenausbildung absolvierten. Wie aus der Tabelle 1 (S 61) entnommen werden kann, gab es im gleichen Zeitraum kaum Ergänzungsprüfungen für Hebammen, die im Ausland ihre Ausbildung abgeschlossen haben.

Welche gesetzlichen Grundlagen es Hebammen mit Migrationshintergrund dennoch möglich machten, in Wien zu studieren, sehen wir in den folgenden Erläuterungen aus dem Jahre 1971: Nach der geltenden *Hebammen-ausbildungsverordnung von 1971/ 443. Verordnung, Hebammengesetze 1963, BGBl. Nr. 3 /1964*, hatten Bewerberinnen bis zum Jahre 1994, um in die Bundeshebammenlehranstalt aufgenommen zu werden, Folgendes nachzuweisen:

a) *„den Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft*
b) *ein Lebensalter nicht unter 17 und nicht über 35 Jahre*

c) *die erfolgreiche Absolvierung der allgemeinen Schulpflicht*
d) *die zur Erfüllung der Berufspflicht nötigen körperlichen und geistigen Fähigkeiten*
e) *und die Unbescholtenheit“*

Als Zusatz ist im § 5 Abs. 2 Nachstehendes angemerkt:

> *„Bei Bewerbung um Aufnahme in die Bundeshebammenanstalt sind österreichischen Staatsbürgerinnen Personen deutscher Sprachzugehörigkeit, die staatenlos sind oder deren Staatsangehörigkeit ungeklärt ist (Volksdeutsche), sowie Flüchtlinge gemäß Artikel 1 der Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge Nr. 55/1955, die sich erlaubterweise auf dem Gebiet der Republik Österreich aufhalten oder um die Österreichische Staatsbürgerschaft angesucht haben, gleichzuhalten.“*

In anderen als oben genannten Fällen konnte Nachsicht vom Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft durch die Aufnahmekommission erteilt werden. Ausländische Bewerberinnen wurden nur dann in einen Lehrgang aufgenommen, wenn freie Ausbildungsplätze zur Verfügung standen und sie die Kosten der Ausbildung selbst übernahmen. Vor Beginn eines neuen Jahrganges wurde bezüglich der Ausbildungsplätze eine Anfrage an die Landesregierung gestellt, da schon damals Hebammen nach Bedarf ausgebildet wurden. Die Bundeshebammenlehranstalt sollte den Bedarf an Hebammen für Wien, Niederösterreich und das Burgenland decken. Die Finanzierung erfolgte über den Finanzausgleich zwischen Bund und Länder. Welchen Weg die Hebammenausbildung weiter nahm, wurde schon zu Beginn des Kapitels 4.3 beschrieben.

4.3.2 Berufstätige Hebammen in Wien nach Ländern, in denen die Ausbildung absolviert wurde

Tabelle 6: Berufstätige Hebammen in Wien 2010[10] nach Ländern, in denen die Ausbildung absolviert wurde[11] (eigene Darstellung)

Berufstätige Hebammen in Wien 2010																
Österreich	Polen	Deutschland	Philippinen	Slowakei, Tschechien	Kroatien, Serbien	Iran	Ungarn	Türkei	Bulgarien	Rumänien	Frankreich	Finnland	Niederlande	Belgien	nicht zuordenbar	
	45	28	14	12	10	7	3	2	1	1	1	1	1	1	19	146
241	45	28	14	12	10	7	3	2	1	1	1	1	1	1	19	387

Auf 387 derzeit in Wien arbeitende Hebammen kommen 146 Hebammen, die ihre Ausbildung im Ausland absolvierten. Das sind 38 % der Gesamtzahl an aktiven Hebammen in Wien. Diese Zahlen zeigen Übereinstimmung mit den in Tabelle 5 (S 73) dargestellten 271 Berufszulassungen, welche in Wien im Zeitraum von 1968 bis 2010 erteilt und die den 523 Absolventinnen gegenübergestellt wurden, die im gleichen Zeitraum in Wien ihre Hebammenausbildung abgeschlossen haben. Somit haben 794 Hebammen seit 1968 ihre Berufszulassung erlangt. Das heißt, dass 34 % der 794 Hebammen ihre Ausbildung im Ausland absolvierten. Anders ausgedrückt, kommt auf zwei in Wien ausgebildete Hebammen eine Hebamme, die im Ausland ihre Hebammenausbildung abgeschlossen hat.

[10] Inklusive karenzierter und teilzeitbeschäftigter Hebammen.

[11] Erläuterung zur Datenerhebung: In Tabelle 6 werden die Länder nach der Anzahl der Nennungen gereiht. Die Daten wurden mit Stichtag 19.12.2010 dem Hebammenregister der Landesgeschäftsstelle Wien entnommen. Leider gibt es eine Unschärfe in den Aufzeichnungen bezüglich der Zuordenbarkeit der ausländischen Ausbildungen und den Herkunftsländern von Hebammen aus den ehemaligen europäischen Oststaaten. In der Spalte „nicht zuordenbar“, wurden alle Nennungen subsumiert, die eindeutig eine im Ausland absolvierte Hebammenausbildung aufwiesen und entweder aus Polen, Tschechien oder der Slowakei stammen.

4.4 Resümee

Die Beweggründe zur Migration von Hebammen sind im Einzelnen in dieser Arbeit nicht untersucht worden. Jedoch ist zu erkennen, dass es mit verschiedenen historischen Ereignissen, wie den Kriegen im ehemaligen Jugoslawien oder der EU-Osterweiterung, auch zu einem Anstieg von emigrierten Hebammen aus den betroffenen Ländern nach Wien kam. Bilaterale Abkommen, wie sie zwischen Wien und der Republik Philippinen abgeschlossen wurden, machten bis in die späten 1980er-Jahre ebenfalls größere Migrationsströme von Gesundheitsberufen nach Wien möglich.

In Wien wurden in den letzten zweiundvierzig Jahren für 271 Hebammen, die ihre Ausbildung im Ausland absolvierten, Berufszulassungsbescheide ausgestellt. Das zeigt Übereinstimmung mit dem Anteil von Hebammen, die ihre Ausbildung im Ausland abschlossen und aktuell in Wien als Hebammen tätig sind. Demnach hat jede dritte Hebamme, die in Wien arbeitet, ihre Ausbildung im Ausland absolviert. Davon haben 209 mittels eines Nostrifikationsverfahrens ihre Berufszulassung erlangt und stellen damit die größte Gruppe innerhalb der verschiedenen Berufszulassungsverfahren dar (siehe Tabelle 5, S 73).

Noch – denn alleine in den letzten acht Jahren wurden bereits neunundvierzig EWR-Qualifikationsnachweise ausgestellt (Tabelle 3, S 65), außer in einem Fall, ohne zusätzliche Auflagen, wie Anpassungslehrgang oder Eignungsprüfung. Würde man diese Zahl auf vierzig Jahre hochrechnen, käme man auf rund 250 EWR-Qualifikationsnachweise. Eine beachtliche Zahl, wenn man bedenkt, dass in den letzten zweiundvierzig Jahren in Wien 523 Hebammen ausgebildet wurden. In welcher Weise diese Entwicklungen des zusammenwachsenden Europas die Bildungs-, Gesundheits- und Standespolitikpolitik beeinflussen werden, wird sich weisen.

5 Lebenswege immigrierter Hebammen

Um ein differenzierteres Bild von jenen Hebammen geben zu können, die einen Migrationsprozess durchlebten, werden in diesem Kapitel mit Hilfe von drei biographischen Interviews konkrete Berufsbiographien, eingebettet in die jeweilige Lebensgeschichte, dargestellt. In diesem Teil der Arbeit kommen somit Frauen zu Wort, die als bereits ausgebildete Hebammen ihr Land verlassen haben und als Betroffene ihre Geschichten erzählen. *„Durch Einbezug der Subjektivität kann der Versuch gekennzeichnet werden, die individuellen Handlungsbeiträge des Subjekts wahrzunehmen.“* (Fuchs-Heinritz, 2009, S 119) „*Das Zusammentragen lebensgeschichtlicher Erfahrung kann verschiedenen Zwecken dienen“* (ebd., S 21). Es wird der Versuch unternommen, folgende Fragen zu beantworten:

- Welche Denk- und Entscheidungsprozesse waren für die Migration von Hebammen ausschlaggebend?
- Welche Berufsbiographien haben Hebammen mit Migrationshintergrund?
- Decken sich die damaligen Vorstellungen der Migrantinnen mit ihrer heutigen Realität?

5.1 Datenerhebung und Personenauswahl

Die Datenerhebung erfolgte anhand dreier halbstrukturierter Leitfadeninterviews mit bereits ausgebildeten Hebammen, die einen Migrationsprozess durchlebten und damit relevante Informationsträgerinnen darstellen. Der halbstrukturierte Leitfaden soll neben einer „*möglichen Offenheit des Gesprächs einen Grundstock von an alle Befragten in etwa der gleichen Weise gestellten Fragen garantieren und ein Minimum an Vergleichbarkeit sichern“* (Fuchs-Heinritz, 2009, S 174). Neben Migrationshintergrund und Hebammenberuf wurden folgende Auswahlkriterien festgelegt: die erlangte Berufsberechtigung für Österreich, die Erfahrung mit Hebammenarbeit in Wien und die Bereitschaft, ein Interview zu geben. Diese Auswahlkriterien zur Aufnahme in die Befragung sollen den

Personenkreis, *„der sich in einer ähnlichen, vergleichbaren Sozialisierungs-situation* [befindet]“ (Fuchs-Heinritz, 2009, S 157), nochmals eingrenzen. Holloway und Wheeler (2000, S 75) sprechen von einem *„homogeneous sample* [that] *consists of individuals who belong to the same subculture“.* Die Herkunftsländer Polen, die ehemalige Republik Jugoslawien und die Republik Philippinen wurden ausgewählt, weil sie die größten Anteile bei in Wien arbeitenden Hebammen mit Migrationshintergrund haben. *„Der individuelle Erfahrungshorizont kann* [so] *zum Ausdruck kollektiver Erfahrungen werden.“* (Steinbach, 1980, zitiert nach Fuchs-Heinritz, 2009, S 157). Zwei Hebammen sind zum Zeitpunkt der Datenerhebung als Hebamme in Wien tätig. Eine Hebamme ist zusätzlich freiberuflich tätig, eine bereits in Pension. Alle drei haben die österreichische Staatsbürgerschaft erlangt.

Anzumerken ist, dass die Interviewerin selbst Hebamme ist und dies eine spezielle Situation darstellt. Mayer bezeichnet diesen Fall als *„kulturelle Insiderin“*. Der Vorteil liegt im allgemeinen Verständnis für Berufsbiographien von Hebammen und im *„Vertrauensvorschuss“* (Mayer, 2007, S 183), den einem eine Kollegin möglicherweise entgegen bringt. Ein Nachteil besteht jedoch darin, dass die Interviewerin der Thematik nicht mehr so offen gegenübersteht. Die Interviewerin hat keine persönliche Erfahrung mit Migration und ist somit selbst „Lernende“.

Der halbstrukturierte Interviewleitfaden (siehe Anhang I, S 127) leitet sich von oben genannten Forschungsfragen ab und hat drei Hauptthemen:

- Erinnerung an die Migration
- Berufsbiographien von Hebammen mit Migrationshintergrund
- Integration und Zukunftsperspektiven

Aus diesen Hauptsträngen ergeben sich folgende *Themenfelder*:
Zeitpunkt der Migration
Absolvierte Ausbildung im Herkunftsland
Erlangung der Berufszulassung in Österreich
Berufsfelder der migrierten Hebammen
Entscheidung zur Migration (Push- und Pull-Faktoren)
Probleme bei der Ankunft

Unterstützung im Berufsumfeld
Berufsverständnis, mitgebrachte Berufserfahrung
Bedeutung des Begriffs Migration
Private Realität
Social Support
Zukunftsperspektiven, Visionen
Was ich noch sagen wollte...

Durchführung der Interviews

Für alle drei Interviews konnte ein ruhiger Raum gefunden werden, dadurch konnte ungestört und in angenehmer Atmosphäre gearbeitet werden. Vor den Interviews wurde anhand der Einverständniserklärung nochmals in Kürze das Ziel der Befragung besprochen. Nachdem es keine weiteren Fragen mehr gab, die Einverständniserklärung unterschrieben und die demographischen Daten erhoben worden waren, konnte mit den Interviews begonnen werden. Es herrschte jedes Mal eine angenehme, offene und konstruktive Gesprächsatmosphäre. Die Interviews dauerte zwischen einer Stunde und zwei Stunden und wurden mittels Audiorecorder ohne Unterbrechung aufgenommen. Die Interviews wurden von der Autorin selbst wörtlich und kommentiert transkribiert. Das Transkript umfasst 60 Seiten. Obwohl die Zahl von drei Interviews eine geringe ist, konnten durch die beachtliche Datenmenge wertvolle Informationen generiert werden.

5.2 Datenanalyse

Die Anonymisierung der erhobenen Daten musste mit Bedacht vorgenommen werden, da es sich bei dem Untersuchungsgegenstand um eine kleine, überschaubare Gruppe von Frauen handelt. Wie in der Sekundäranalyse festgestellt wurde, leben und arbeiten ungefähr 150 Hebammen mit Migrationshintergrund in Wien und es sind mögliche Merkmale, wie zum Beispiel eine spezielle Zusatzausbildung, die Funktion am Arbeitsplatz oder die familiäre Situation, die eine Hebamme identifizieren würde. Daher mussten oft interessante Textpassagen ausgelassen werden. Die Datenauswertung wurde

nach der Methode der Themenanalyse (Morse & Field, 1998, Froschauer & Lueger, 2003) durchgeführt. Dabei wurden in den Kapiteln 5.2.1 bis 5.2.3 anhand der transkribierten Interviews die verschiedenen Migrationsehrfahrungen beschrieben. Im Kapitel 5.2.4 wurden Textpassagen, vor allem Originalzitate, in einer Tabelle gegenübergestellt. In einem Resümee wurde der Versuch unternommen, Differenzen aber auch Gemeinsamkeiten der drei Wanderungsprozesse zu beschreiben.

5.2.1 Herkunftsland Polen

Wie bereits in vorangegangenen Kapiteln festgestellt wurde, stammen die heute in Wien arbeitenden Hebammen mit Migrationshintergrund zu einem überwiegenden Anteil aus Polen. Bis zum EU-Beitritt von Polen 2004 mussten polnische Hebammen in Österreich ihr Hebammendiplom nostrifizieren lassen. Wie bereits beschrieben, ist nach Vorlage der erforderlichen Dokumente meist nur noch ein EWR-Qualifikationsnachweis für die Berufszulassung notwendig. In wenigen Fällen ist für eine Berufszulassung in Österreich eine Ergänzungsprüfung notwendig.

„Ich bleibe nur wenn ich nostrifizieren kann!“

Die aus Polen stammende Hebamme wirkt sehr selbstbewusst. Die Geschichte ihrer Migration klingt wie zufällig passiert. Sie nützt die Chance, Ende der 1980er-Jahre durch ein Abkommen zwischen der Warschauer Universitätsklinik und dem AKH Wien für drei Monate als Austauschhebamme nach Wien zu kommen. Sie bleibt der Liebe wegen länger als vorgesehen in Österreich. Ihrer Meinung nach sei sie nie der Typ gewesen, der auswandern wolle. Bevor ihr Diplom nostrifiziert wird, arbeitet sie als Pflegehelferin bei der Caritas Sozialis. Sie erinnert sich, dass sie nur in Wien bleiben wollte, wenn ihr Hebammendiplom nostrifiziert werden würde. Wegen ihrer Hartnäckigkeit erlangt sie bereits nach zwei Jahren Wartezeit ihre Berufszulassung für Österreich. Schon während ihrer Nostrifikation bekommt sie Stellengebote aus zwei Gemeindespitälern. Sie kann rasch als Hebamme zu arbeiten beginnen und liebt ihren Beruf heute noch. Sie ist mit ihrem beruflichen Werdegang durchaus zufrieden. Fort- und Weiterbildung sind

für sie wichtig. Die Karrierechancen in Österreich bezeichnet sie als schwierig und merkt an, dass es in Polen noch schwieriger sein dürfte, Karriere zu machen. Es gäbe in Polen auch kaum freipraktizierende Hebammen. In Wien arbeitet sie schon seit Jahren, neben der Anstellung im Krankenhaus, in der freien Praxis. Sie berichtet, dass sie keine institutionelle Unterstützung bekommen hätte, jedoch bestünde Notwendigkeit dafür. Es hinge von der Bereitschaft der Kolleginnen ab, wie weit Unterstützung gegeben werde. Die Hebammenausbildung ist im Bezug auf allgemeine medizinische Fächer und das Praktikum in Polen umfangreicher. Als „typische Auswanderin" sieht sie sich nicht, da sie nicht über ein Flüchtlingslager „gegangen" ist. Ihre Familie lebt in Polen, eine Schwester lebt ebenfalls in Wien. Freunde aus ihrer Heimat hat sie nur ganz wenige, eher kommen diese aus ihrem beruflichen Umfeld. Wenn sie für ihr Kind Unterstützung braucht, helfen Großeltern und eine Babysitterin aus, da sie viel arbeitet. Für die Zukunft, meint sie, hätte sie gerne eine eigene Hebammenpraxis. Sie liebt Wien und fühlt sich hier zu Hause. In der Pension möchte sie auch in Wien bleiben.

5.2.2 Herkunftsland Republik der Philippinen

Lange Jahre hat die Republik der Philippinen mehr Krankenschwestern und Hebammen ausgebildet, als sie selbst im eigenen Land benötigte, einerseits um Migration zu fördern und andererseits, um den Rückfluss an Unterstützungsgeldern zu ermöglichen (Vujicic et al., 2004). Wollte heute eine philippinische Hebamme in Wien arbeiten, müsste auch sie nostrifizieren, vorausgesetzt die im Ausland absolvierte Hebammenausbildung wird mit jener aus Österreich als gleichwertig eingestuft. Von den ehemals 56 nostrifizierten Hebammen mit philippinischem Migrationshintergrund arbeiten heute nur noch 14 in Wien. Das lässt sich mit der schon länger zurückliegenden Migrationen in den späten 1970er-Jahren erklären.

„Es ist so wie ein Traum, von morgen auf heute, mein Traum, dass ich ins Ausland fliegen kann, arbeiten, dass man verdienen kann!“

Für die aus den Philippinen stammende Hebamme war es immer klar, dass sie ins Ausland gehen wird, um ein schöneres Leben zu haben und um Geld verdienen zu können. Sie weiß zu berichtet, mit einem Gesundheitsberuf könne man leicht ins Ausland gehen. Sie hat nach einer kaufmännischen Ausbildung eine zweijährige private Hebammenschule auf den Philippinen besucht und in ihrer Heimat nur kurz als Hebamme gearbeitet. Sie merkt an, dass man auf den Philippinen umgerechnet ca. 10 € (?) im Monat verdient habe. Bei der Ankunft in Europa glaubt sie, in England zu sein, sie ist jedoch in Deutschland gelandet. Dort angekommen muss sie erst die deutsche Sprache erlernen und arbeitet einige Zeit als Babysitterin. Die familiären Netzwerke funktionieren in dieser Kultur hervorragend. Zwei Cousinen empfangen die philippinische Hebamme in Deutschland. Gemeinsam beschließen sie, vorerst für einige Wochen als Touristinnen nach Wien zu gehen. Nach einer kurzen Rückkehr nach Deutschland entschließt sie sich, in Wien zu leben. Nach und nach kommen auch zwei Schwestern nach Wien, um auf die bereits vorhandenen Kinder aufzupassen, während sie Geld verdient. Auch diese Hebamme beginnt ihre „Karriere“ in einem Pflegeheim. Nach zehnjähriger Wartezeit kann ihr ausländisches Hebammediplom nostrifiziert werden. Nach der Nostrifizierung will man sie im Pflegeheim nicht gehen lassen, doch sie macht der Stationsleitung klar, dass sie keine Krankenschwester, sondern Hebamme sei. Schließlich findet sie einen Arbeitsplatz in jenem Krankenhaus, in dem sie auch ihr Praktikum als Nostrifikantin absolviert hat. Die Interviewpartnerin berichtet, dass sie nie Probleme gehabt hätte, an Unterstützungsangebote seitens des Krankenhauses könne sie sich nicht erinnern, die Kolleginnen seien aber sehr hilfsbereit gewesen und hätten ihr alles gezeigt. Sie erinnert sich: „Die Arbeit als Hebamme ist ja überall gleich, aber ein Neustart ist es dennoch gewesen. Die Arbeit war wirklich schön und ich habe diesen Beruf wirklich so geliebt.“ Heute ist sie wegen einer Erkrankung schon in Pension. Vergleicht man die geburtshilflichen Praktiken zwischen den Philippinen und Österreich, gibt es keine wirklichen Unterschiede. Die Interviewpartnerin berichtet, dass es wenige Apparate gegeben hätte, aber die Zeit, als sie als Hebamme in ihrer Heimat gearbeitet habe, sei schon lange her. Als freipraktizierende Hebamme habe man es jedoch

in ihrem Herkunftsland schwer, da die Frauen von den Gemeinden keine finanzielle Unterstützung bekämen. Weiterbilden wolle sie sich prinzipiell schon, aber sie habe ein Haus gebaut und das habe viel gekostet, aber sie habe viel gelesen, wäre fleißig gewesen und habe vieles von den Kolleginnen aufgenommen. Migration bedeutet für sie, ins Ausland arbeiten gehen zu müssen. Sie verstehe sich als Migrantin, weil sie auf den Philippinen geboren sei und man sähe, dass sie braun sei. Sie habe kein Problem damit, denn am Papier sei sie Österreicherin. Sie hat einen großen Freundinnenkreis und ihre Schwestern sind auch in Wien. Ihre Pension wird sie in Österreich verbringen, schließlich sind ihre Kinder und ihr Mann da. Österreich sei wie ihre eigene Heimat – mit ganzem Herzen.

5.2.3 Herkunftsland ehemalige Republik Jugoslawien

In den 1990er-Jahren wurden viele Kriegsflüchtlinge aus dem Balkan in Österreich aufgenommen. Nach Angaben der Statistik Austria (2011) leben 38,2 Prozent Menschen mit Migrationshintergrund in Wien, davon bilden die Zuwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Nachfolgestaaten die größte Gruppe. Vorausgesetzt die Hebammenausbildung wird in Österreich als gleichwertig eingestuft, müssen Hebammen aus den Balkanstaaten (mit Ausnahme von Slowenien) ihr Hebammendiplom nostrifizieren lassen.

„Du bist da – ich bin da und wir hoffen, dass wir irgendwann nach Hause kommen, aber ich glaube wir werden nie zurückkommen!“

Die aus Bosnien stammende Hebamme erzählt sehr ausführlich über die Flucht aus ihrem Heimatland. Immer noch wirkt der Schmerz, die Angst und der Verlust ihrer Integrität nach. Heute noch nach zwanzig Jahren fällt es ihr schwer, über die damaligen Ereignisse zu sprechen. Irgendwann möchte sie über das Erlebte ein Buch schreiben. Die Ausbildung zur Hebamme absolviert sie in einer vierjährigen medizinischen Gesundheitsschule mit Maturaabschluss, mit der Richtung Hebammen. Die Ausbildung basiert, ähnlich wie in Polen, auf einer umfassenden allgemeinmedizinischen Grundausbildung, die sich später entweder in allgemeine Pflege oder Hebammenwesen teilt. Das

Nostrifikationsverfahren dauert acht Jahre, vor allem deswegen, weil sie einige Zeit braucht, um Deutsch zu lernen. Auch sie beginnt in einem Pflegeheim zu arbeiten. Daraus werden elf Jahre. Hat sie vorerst Probleme, die alten Menschen anzunehmen, findet sie später Ruhe und Kraft in der Pflegetätigkeit. Zwischenzeitlich kann sie auch ihr Krankenpflegediplom in ihrer Heimat nachholen. Seit 2005 arbeitet sie als Hebamme in einem Gemeindespital. Sie selbst bezeichnet sich als sehr fleißig und sehr ordentlich, was ihr manchmal gesundheitlich zu schaffen macht. Unterstützung im Arbeitsumfeld hat es „eigentlich“ nicht gegeben. Sie hat nur Sprachkurse besucht, die sie nicht wirklich weiter brachten. Sie erlebt die Stationsschwester im Pflegeheim als eher distanziert und streng, wirklich eingeführt in den Arbeitsbereich wird sie nicht. Während der Ausbildung in ihrer Heimat müssen die Schülerinnen einen Turnus auch auf den medizinischen und chirurgischen Abteilungen absolvieren. Hebammen arbeiten auch auf der Gynäkologie. Sie selbst hat fünf Jahre im gynäkologischen Operationssaal gearbeitet. Die Interviewpartnerin berichtet, es habe ihr Freude bereitet, mit jungen Menschen zu arbeiten – sie sei ja auch Hebamme. Auf die Karriere angesprochen meint sie, dass sie sich sehr viel vorgenommen habe, aber die Zeit zu kurz wäre. Sie habe jedoch neben der Hebammenarbeit noch viele andere Interessen. Migration bedeutet für die Hebamme aus Bosnien, wenn jemand freiwillig sein Land verlässt, um ein besseres Leben zu haben. Sie selbst dachte nie daran, eine Migrantin zu sein. Sie und ihre Familie besaßen keinen Flüchtlingsstatus, da ihr Mann bald eine Firma in Wien gründete. Die Interviewpartnerin meint dazu: „Ich musste mit meinen Kindern weg aus meiner Heimat oder sterben.“ Außer einer Schwester, die in Deutschland lebt, ist die ganze Familie in Bosnien geblieben. Eltern und Schwiegereltern sind bereits gestorben. In Wien war sie oft mit ihren Kindern alleine, da ihr Mann immer wieder in die Heimat zurückgekehrt ist. Jetzt hat sie ein Enkelkind und wird immer zwischen ihren beiden Heimaten hin und her gerissen sein. Mittlerweilen liebt sie Österreich sehr und fühlt sich vielleicht schon manchmal mehr als Österreicherin denn als Bosnierin.

5.2.4 Drei Migrationswege von Hebammen im Vergleich

Die folgende Tabelle zeigt eine Gegenüberstellung dreier Berufsbiographien von Hebammen, die ihre Ausbildung jeweils in Polen, auf den Philippinen und im ehemaligen Jugoslawien absolvierten. Die Ausdrucksweise der interviewten Hebammen wurde teilweise in normales Schriftdeutsch übertragen oder als Zusammenfassungen wiedergegeben, vor allem um die Interviewpartnerinnen wegen ihrer Ausdrucksweise nicht bloßzustellen und um die Lesbarkeit zu verbessern, wiewohl auf die Authentizität der Aussagen geachtet wurde.

Tabelle 7: Drei Migrationswege von Hebammen im Vergleich (eigene Darstellung)

Themenfelder und Fragestellungen	Hebamme aus Polen	Hebamme aus den Philippinen	Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien
Zeitpunkt der Migration	Ist seit 1988 in Österreich	Ist seit 1985 in Österreich	Ist seit 1991 in Österreich
Absolvierte Ausbildung im Herkunftsland	Zweieinhalbjähriges medizinisches Studium für Hebamme, diplomiert 1986	Zweijährige Private Hebammenschule, diplomiert 1976	Vierjährige medizinische Gesundheitsschule mit Matura-abschluss – Richtung Hebammen, diplomiert 1978 Allgemeines Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege 1997 (nach dem Krieg in Bosnien)
Erlangung der Berufszulassung in Österreich	Nostrifikationsverfahren Dauer: zwei Jahre	Nostrifikationsverfahren Dauer: zehn Jahre	Nostrifikationsverfahren Dauer: acht Jahre
Berufsfelder der migrierten Hebammen	Begann für acht bis neun Monate als Pflegehelferin. Seit der Nostrifikation arbeitet sie immer noch in einem Krankenhaus und ist auch in einer Hebammen-praxis freiberuflich tätig.	Von 1981 bis 1993 arbeitete sie als Stationsgehilfin in einem Gemeindespital. Ab 1993 arbeitet sie als Hebamme in einem Krankenhaus. Sie ist seit kurzem pensioniert.	Begann 1994 in einem Pflegeheim als Pflegehelferin, arbeitet dort bis 2005. Seit 2005 bis heute arbeitet sie als Hebamme in einem Gemeindespital.

Themenfelder und Fragestellungen	Hebamme aus Polen	Hebamme aus den Philippinen	Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien
Erinnerungen an die Migration			
Entscheidung zur Migration (Push- und Pull-Faktoren) Was waren die Beweggründe, Ihr Heimatland zu verlassen? Mit welchen Erwartungen sind Sie nach Wien gekommen?	*„Das war damals ein Angebot vom alten AKH* [Allgemeines Krankenhaus in Wien] *(,)*[12] *wir haben einen Austausch gehabt, ich habe gearbeitet in der ersten Universitätsklinik in Warschau und die haben ein Abkommen gehabt mit AKH altem AKH und sind drei Leute von uns AKH gefahren* [...] *und da waren wir drei Monate und die anderen waren bei uns drei Monate* [...]" (Z 43 – 50) „[und] *weil es eine große Liebe aus der Steiermark gab"* (Z 63)	*„Geld verdienen, dass ich mein Leben weiter schön machen kann (,) Eltern helfen kann, meinen Geschwistern auch und, dass ich mein Leben ändern kann."* (Z 5 – 6)[13] War vorerst in Deutschland. Nach Wien kam sie vorerst als Touristin. *„Wir schaun nur als Tourist, da in Wien* [...][14] *nach einer Woche sind wir wieder nach Deutschland."* (Z 90 – 91) Später entschloss sie sich nach Wien zu ziehen, dort arbeitet sie	*„Das war für mich ein bisschen schmerzhaft überhaupt darüber zu reden, (,) es war Krieg, der Grund, dass ich meine Heimat verlassen habe. Sonst für mich ist so, dass keiner freiwillig seine Heimat verlassen wird, wenigsten nicht ich, denn ich habe meine Heimat so sehr geliebt* [...] *mein ganzes Leben* [...] *dann geteilt auf zwei Perioden, eine Periode vor dem Krieg und nach dem Krieg, leider so ist das, sonst (,) ich habe ein ganz normales Leben geführt zu Hause, ich habe damals gedacht, es ist ein*

[12] (,) = kurze Pause beim Erzählen

[13] (Z 5 – 6): Zeilennummer im Transkript

[14] [...] = Textauslassung

Themenfelder und Fragestellungen	Hebamme aus Polen	Hebamme aus den Philippinen	Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien
	„Also, ich war nie der Typ der auswandern will, es war nie in meinem Interesse (lacht).“ (Z 84)	als Pflegehelferin: *„Und wir haben angefangen bei Caritas im Krankenhaus zu arbeiten* [...] *wir haben Glück gehabt.“* (Z 99 –101)	*normales Leben, es war ein schönes Leben, aber erst als ich das alles verloren habe, habe ich begriffen, dass ich sehr gut gelebt habe, manchmal entdecken wir das erst, wenn wir es verlieren [...]“* (Z 9 – 19) „[...] *habe mich so schwer entschieden, weil ich habe zwei kleine Kinder gehabt, so habe ich gesagt, muss ich meine Kinder retten, obwohl ich gebe zu, ich habe selber auch Angst gehabt* [...]“ (Z 29 – 32)

Themenfelder und Fragestellungen	Hebamme aus Polen	Hebamme aus den Philippinen	Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien
Probleme bei der Ankunft Gab es Probleme? Wenn ja, welche?	*„Ich war in der Zwischenzeit schon zurück (,) denn da habe ich gesagt hm (,) eigentlich nur da bleiben, wenn ich nostrifizieren kann, weil ich in meinen Beruf arbeiten [...] in einem Pflegeheim Caritas Sozialis, da habe ich eigentlich acht oder neun Monate gearbeitet*" (Z 70 – 74) *„Ich will nicht mit alten Menschen arbeiten, das ist eigentlich nicht das, was ich machen wollte, und ich möchte zurück zum Hebammenjob* [...]" (Z 90 – 91) *„Sie* [das Bundesministerium für Gesundheit] *haben gesagt, ja*	Musste erst in Deutschland die deutsche Sprache erlernen und hat als Babysitterin gearbeitet. *„Ich bin nach Deutschland gekommen, denn da* [Europa][15] *sind verschiedene Länder und ich habe gedacht wir kommen nach London, weil da hat es geheißen, ah du bist aufgenommen in London ohne zu denken und dann bin ich da in Deutschland gelandet* [...]*"* (Z 71 – 73) *„Ja ich habe sechs Monate dort gearbeitet* [Caritas in NÖ] *ohne Arbeitsbewilligung, weil die nehmen eh schon* [...] *wir haben dann sechs Monate gewartet, bis*	*„[...] und dadurch* [Flucht] *habe ich sehr viele Probleme gehabt (,) dass ich krank geworden bin, ich glaube ich habe das bis heute noch nicht verarbeitet und ich werde das nie mehr verarbeiten ...*[16] *es war ganz schlimm, denn ich habe gewartet bis zum letzten Moment (,) habe ich gedacht es wird keinen Krieg geben, es wird schon irgendwie, das darf nicht sein im Herzen Europa, dass ein Krieg geführt wird, obwohl in Kroatien war schon ziemlich ja paar Monate schon so."* (Z 19 – 25) *„* [...]*eine Firma hat er* [ihr Mann] *gegründet, so haben ich Papiere bekommen, dadurch haben die*

[15] [Europa]: Text in eckige Klammer wurde von der Autorin zum besseren Verständnis hinzugefügt

[16] ... = Interviewpartnerin hat beim Erzählen eine lange Pause gemacht

Themenfelder und Fragestellungen	Hebamme aus Polen	Hebamme aus den Philippinen	Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien
	nostrifizieren muss ich mich an die Schule wenden und fragen, ja es ist aber sechs bis acht Jahre Wartezeit, weil erst all kommen von der Gemeinde Wien“ (Z 97 – 99) *„Eigentlich habe ich ein Jahr gewartet, weil ich wirklich sehr lästig war.“* (Z 114) „[...] *bis zum Tag der Aufnahme ja Beginn des Arbeitens hat sie mir nicht gesagt, dass ich ja nicht im Kreißsaal, beginnen soll ich im Kinderzimmer (,) und das genau das war total enttäuschend, ich habe mich schon wirklich einmal belogen gefühlt* [...]“ (Z 154 – 157)	*wir eine Arbeitsbewilligung bekommen haben* [...] *bleibe ich nicht immer dort und ich habe gesagt, ich will nostrifizieren und in der Zeit muss ich noch mehr lernen* [...]*“* (Z 105 – 110) *„*[...] i*ch habe gesagt ich bin keine Krankenschwester, ich bin eine Hebamme* [...][als Hilfsschwester] *und sie haben mich aufgenommen, ich weiß die Jahre nicht mehr.“* (Z 117 – 119) *„Ich habe nie Probleme gehabt.“* (Z 331)	*Priorität gehabt die Flüchtlinge, für mich war das ziemlich schwer (,) aber trotzdem ah dann habe ich 94 irgendwie langsam* [...] *weiter Leben zu führen* [...] *ich kann mich auch nicht erinnern, vielleicht will ich mich gar nicht erinnern, weil das Leben gehört jemanden anderen, das ist nicht mein Leben, ich wollte nicht so leben* [...]“ (Z 402 – 408) „[...] *zuerst wollte ich nicht Deutsch sprechen, weil ich habe irgendwie, wenn ich nicht spreche, dass ich nicht dableibe* [...]“ (Z 423)

Themenfelder und Fragestellungen	**Hebamme aus Polen**	**Hebamme aus den Philippinen**	**Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien**
Unterstützung im Berufsumfeld Gab es Unterstützungsangebote?	*„Nein keine ... ich kann mich nicht erinnern* [...]*.“* (Z 396) *„Es wäre wunderschön“* (Z 398) *„Es würde Notwendigkeit bestehen und ich sehe z. B. es hängt aber sehr viel von den Hebammen ab* [...]*“* (Z 400 – 401)	*„Nein, wir haben nur nostrifiziert“* (Z 316) *„Ich weiß nicht mehr.“* (Z 319) *„Oh ja, die* [Kolleginnen] *sind sehr hilfsbereit, die zeigten mir alles, was man zu machen drinnen* [Kreißsaal] *und die Ärzte waren auch alle so nett (,) ja.“* (Z 287 – 289)	*„Eigentlich ...“* (Z 697) *„Hm, das* [selbstorganisierter Sprachkurs] *und nichts mehr“* (Z 710) *„* [...] *meinen ersten Kontakt im Pflegeheim, ich bin gekommen war das Haus der X, die Stationsschwester war die Y., (,) eine alte (,) alte Schwester hat ein gutes Herz gehabt, aber von außen grob und manchmal zu gut zu Patienten, aber zu streng zum Personal“ (Z 445 – 447)*

Themenfelder und Fragestellungen	Hebamme aus Polen	Hebamme aus den Philippinen	Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien
Berufsbiographie			
Berufsverständnis, mitgebrachte Berufserfahrung Was ist hier bei der Hebammenarbeit anders als in Ihrem Herkunftsland?	*„Wir haben viel, vielmehr gelernt,* [...] *wir haben sehr viel Interne gehabt, Frauen, Männer, Onkologie, Kinder, Erwachsene*[...]*“* (Z 182) „[...] w*ir haben schon ohne jede Vorbereitung schon Sterbe-begleitung gemacht* [...], *viele Kolleginnen die jetzt Hebammen sind arbeiten als Krankenschwestern* [in Wien] [...]*“* (Z 186 – 190) *„Ich kann mich nicht erinnern, ich habe gar keine freipraktizierende Hebamme gekannt“* (Anm. d. Autorin: in Polen) (Z 202) *„Jetzt würde mich das mehr interessieren (,) eigentlich war ich ganz kurz in Polen* [als Hebamme tätig]“ (Z 217)	*„Es gibt eh keinen Unterschied von Philippinen weil, nein es gibt keinen richtigen (Pause) oh ja schon, Apparate CTG* [fetale Herztonüberwachung] *Apparate gibt es nicht, das ist der Unterschied.“* (Z 297 – 298) *„Ich war schon Hebamme (,) seit 76 (,), ich habe nur kurz gearbeitet als Hebamme, weil ich wollte unbedingt ins Ausland fliegen.“* (Z 8) *„Im Krankenhaus und im Land habe ich auch gearbeitet“* (Z 15) *„Als freipraktizierende Hebamme (,) so schwer, wir haben nicht richtige Sachen die man verwenden kann, denn es kostet viel Geld und da musst du alles privat kaufen, es gibt keine Unterstützung von der Gemeinde*	*„* [...] *bei uns war ganz anderes z. B. ich musste Turnus machen im ganzen Krankenhaus, Haut und hin und her [...] Hebammen arbeiten bei uns auf der Gynäkologie vor dem Krieg und noch immer, ich als Hebamme habe letzte fünf Jahre im OP im Gyn-OP gearbeitet* [...]*“* (Z 80 – 84) *„* [...] *letzte 5 Jahre ich habe immer mit die junge Menschen so gearbeitet und letzte 5 Jahre war ich im OP eigentlich, aber da waren immer junge meistens Frauen ja und wie ich diese Runde* [Turnus] *gehabt habe, habe ich eh überall gearbeitet, junge und etwas schönes habe ich gemacht, es kommt ein Leben wo die Freude ist* [...]“ (Z 429 – 433)

Themenfelder und Fragestellungen	**Hebamme aus Polen**	**Hebamme aus den Philippinen**	**Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien**
	„Ich weiß, dass es in Warschau kaum Hausgeburten, sondern nur Begleitgeburten ins Krankenhaus gibt.“ (Z 220)	*(,) denn wenn du das machst musst du alles selbstständig (,) finanzieren.“* (Z 17 – 20) *„Es gab schon ältere Hebammen, einmal habe ich das mit einer älteren Hebamme mitgemacht* [...] *mit den älteren Hebammen war das schwer (,) wir sind noch so jung und wir wollten noch etwas anderes erleben* [...] *gut aber wir haben von denen eh (,) auch gelernt* [...]*“* (Z 35 – 38)	*„Sehr viel Unterschied, zuerst wir haben überhaupt kein CTG gehabt, erst als der Krieg angefangen hat, 90er es wurde dann eingeführt, aber ich habe erst in der Nostrifikation meinen ersten Kontakt mit dem CTG, [...] die Untersuchungen das ist auch anders, damals z. B. Episiotomie, das war Regel bei uns jede Erstgebärende [...], schneiden glaube ich ist auch andere Seite* [...]“ (Z 713 – 720)
Wie sah/sieht Ihr Arbeitsalltag aus?	*„* [...] *wurde mir angeboten eigentlich auf der, glaube ich auf der X-Wochenbett glaube ich ... und dann habe ich gleich ein Angebot von dem X-Spital auch gekriegt, dass ich im Kreißsaal beginnen kann* [...]“ (Z 141 – 143) *„Ja es ist wichtig - ein bisschen eine Ahnung von dieser Kultur zu haben.“*(Z 346)	„[...] *ich glaube 81 ich bin* [nach Wien gekommen] *(,) 81 ich bin im X-Spital und dort habe ich gearbeitet als Hilfsschwester* [...], *mit alten Leuten zu arbeiten, ist nicht so einfach,* [...],*denkst du ich arbeite für mich, dass man Geld verdient, weil das braucht man, jede, die da in Wien arbeitet soll in ihrem Leben weiterkommen* [...]*“* (Z 121- 127*)*	*„11 Jahre habe ich gearbeitet, diese alte Menschen am Anfang war schwierig* [...] *eigentlich diese alte Menschen die haben mich gebraucht und die haben meine Seele gerettet, irgendwie schon und es hat sich so eine Beziehung entwickelt* [...]“ (Z 467 – 472) *„Aber nach der Nostrifikation bin ich noch im Pflegeheim*

Themenfelder und Fragestellungen	Hebamme aus Polen	Hebamme aus den Philippinen	Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien
	„Ich habe jetzt meine eigene Hebammenpraxis (,) das ist schon toll (,) da [Polen] *gibt es die Möglichkeiten nicht.“* (Z 289) *„Doch weiter etwas in Gang setzten möchtest, ist schon schwieriger, ja weil die Ärzte dann doch die Hand aufhalten.“* (Z 294)	*„Nach nostrifizieren bin in ich wieder ins X-Spital gekommen, weil da musste ich meinen Dienst wieder antreten* [...] *und dann gab es eh keinen Platz* [als Hebamme] [...] *und dann bin ich ins X-Krankenhaus als Hebamme* [...]“ (Z 219 – 223) *„Ja die wollten überhaupt nicht, dass ich als Hebamme nostrifiziere* [...]*“* (Z 226)	*geblieben, weil ich Angst gehabt habe irgendwas so zu ändern in meinem Leben und dann habe ich so lange gewartet [...] und ich habe mich im X-Spital angemeldet* [...] *sie hat mich aufgenommen* [...]“(Z 670 – 681)
Wie erleben Sie die Hebammenarbeit hier in Wien?	*„Ja eigentlich schön - ich kann das wirklich vergleichen vom Krankenhaus und in der Freiberuflichkeit, natürlich freiberuflich suchen sich die Frauen dich aus - ist leichter, wenn du weißt, du bist schon ausgesucht - im Krankenhaus merke ich gibt es mehr Sprachprobleme, weil es da mehr Ausländer gibt - ja mit Türken - und Jugoslawen, wo die auch kaum deutsch sprechen.“* (Z 305 – 313)	*„Oh ja, ich bin in den Kreißsaal gekommen, natürlich das war wieder ganz neu, neue Kolleginnen (,) gut die Arbeit ist gleich, trotz langer Zeit nicht als Hebamme gearbeitet, es ist ein bisserl hm (,) ganz neu, ja, da fange ich wieder von Neuem an* [...]*“* (Z 256 – 258) *„Die Arbeit (,) war wirklich schön und ich habe diesen Beruf wirklich so geliebt, ich war so schnell drinnen* [...] *ich mache*	„[...] *ich bin nur auf Wochenbett, weil das ist für mich doch zu stressig und eh... ich liebe meine Arbeit, ich bleibe bis zum Pension.“* (Z 689 – 691) *„Bei der Arbeit bin ich sehr fleißig ... vielleicht zu genau, ganz genau, wenn ich was mache, das mache ich ordentlich oder ich mach es überhaupt nicht und manchmal ja ....ich habe Gefühl, dass ich zu fleißig bin, was auch nicht gut für mich ist, wenn ich*

Themenfelder und Fragestellungen	Hebamme aus Polen	Hebamme aus den Philippinen	Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien
	„Ja lässt sich sehr gut vereinbaren [...] *der Zeitplan ist das Wichtigste, aber man* [...] *muss auch nicht alle Patientinnen nehmen* [...] *ist eine Herausforderung*.“ (Z 442)	*alles was die anderen Kolleginnen tun* [...] *ich bin so schnell* [...] *natürlich weil ich fleißig bin, ich hab' denen gesagt ich sammle auf* [...]*“* (Z 279 – 285)	*nach Hause komme, möchte ich eh nichts mehr und die Kolleginnen wissen schon genau und sie haben sich schon gewöhnt, ich war immer Problem ich mache das, das und es muss so sein [...] ich bin Mädchen für alles.“ (Z 892 – 897]*
Fort- und Weitebildung, berufliche Karriere (Titel der Zusatzausbildungen können wegen der Wiedererkennbarkeit der Hebammen nicht genannt werden) Haben Sie sich weitergebildet? Hatten Sie aus Ihrer Sicht Karrierechancen?	*„Eigentlich ganz gut, ich bin eigentlich ganz glücklich was ich erreicht habe.“* (Z 226) *„Schwierig (,) obwohl, möchte es mal mit anderen Ländern vergleichen, in Polen, wie ich hörte habe, ist es noch schwieriger.“* (Z 278) *„Ich habe immer zu etwas Neuem gestrebt, weil Geburtshilfe ist ein ganz kleiner Bereich [...] mittlerweile habe ich gelernt und gesehen, dass eigentlich die Prävention viel wichtiger ist.“* (Z 235)	*„Oh, ja habe ich auch gemacht, diese Pflegehelferinnen-ausbildung* [...] *ein Jahr glaube ich* [...]“ (Z 159 – 163) *„Das wollte ich schon machen, aber ich habe das Haus hier gebaut und das hat so viel gekostet, wenn man noch etwas macht* [...]“ (Z 455) *„Nein ich habe gar nichts gelernt, aber ich lese immer so viel von dem* [TCM] *und dann übte ich viel selber* [...] *mit der Homöopathie auch, man darf es nicht hier (lacht)“* (Z 460 – 465)	*„* [...] *ich habe mir so viel vorgenommen das und das und das, es ist zu kurze Zeit* [...] *und dann werde ich Gitarre lernen....“* (Z 899 – 900) *„* [...] *ich lerne sehr gerne und eh ich lese gerne, aber ich bin auch so handwerklich auch so begabt, dann tut ich mich mit Nähen beschäftigen, sehr viel mache ich Schmuck, ich arbeite sehr viel mit Steinen [...]“* (Z 886 – 889)

Themenfelder und Fragestellungen	Hebamme aus Polen	Hebamme aus den Philippinen	Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien
Integration und Zukunftsperspektive			
Bedeutung des Begriffs Migration Was bedeutet der Begriff Migration für Sie? Sehen Sie sich als Migrantin? Gab es deswegen in der Zusammenarbeit mit Ihren Kolleginnen Probleme?	*„Ja, also ja*“ (Z 361) *„Ja ... ich bin ja eigentlich nicht ein so typischer Auswanderer der in diesem Lager* [Flüchtlingslager], *ja kein Flüchtling kein Migrationsmensch, der über dieses Flüchtlingslager gegangen ist, ich habe nie den Eindruck gehabt so also ich habe auch in der Öffentlichkeit Polnisch gesprochen, habe aber auch nicht Probleme mit Deutsch gehabt* [...], *es gibt aber leider Menschen im Hebammenkreis auf jeden Fall* [...], *ich meine ich nehme so etwas nicht ernst, ich kann das sofort ansprechen* [...] *das nehme ich nicht einmal gegen Polen, ja allgemein* [...]*“* (Z 363 – 378)	*„Migration, das ist für die Ausländer, Ausländer, Leute die im Ausland arbeiten müssen, so Ausländer, das meint es“* (Z 352) *„Oh ja, noch immer (,) und das ganze Leben (,) ja solange meine Haut bleibt braun (lacht) ist sicher ... weil ich auf den Philippinen geboren und das ist meine Heimat (,), ich bin Migrantin trotzdem ...man sieht schon, du kannst dich nicht verstecken, egal wo du hinkommst ... ich habe kein Problem damit, im Papier bin ich (lacht), ... am Papier bin ich Österreicherin“* (Z 352 – 366)	*„Ah die jemand eh freiwillig so in ein Land ... gehen will ... wegen besseres Leben“* (Z 836) *„Eigentlich nicht... das ist eine schwere Frage eigentlich habe ich überhaupt nicht dran gedacht“* (Z 839 – 840) *„Ja entweder weg zu gehen oder zu sterben und das ist eigentlich gegen freie Wille freiwillige in diese Richtung, obwohl ich mich entschieden habe (,) weil konnte ich auch dort bleiben und sterben (,) vielleicht auch nicht, man weiß nicht,... viele sind auch gestorben, meine Kolleginnen haben mir das erzählt nachher* [...] (Z 845 – 848)

Themenfelder und Fragestellungen	Hebamme aus Polen	Hebamme aus den Philippinen	Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien
	„[...] aber viele waren auch sehr offen und wirklich [...] ja unterschiedliche“ (Z 388 – 391)		
Private Realität Haben Sie Familie, Freunde, einen Bekanntenkreis in Wien?	*„Meine Familie lebt in Polen, es ist nur eine Schwester hier.“* (Z 461) „[Freunde] *ganz wenig aus meiner Heimat (,) meine ehemaligen Patientinnen sind meine Freundinnen* [...] *und jetzt auch aus dem beruflichen Feld aus der X.“* (Z 471 – 474)	*„Ich habe so viele Freundinnen da in Wien und wir haben immer Kontakt mit allen miteinanderen, jetzt bin ich eh schon in Pension, nach meiner Krebserkrankung... wir sind gleichzeitig in Pension gegangen jetzt, denn die waren auch alle krank, ja (,) das ist halt, das ist die Hebammenkrankheit (,) die Schulter... ja, ja* (Z 396 – 406) *„Meine Schwester ist auch in Wien“* (Z 418) „[...] *jüngst* [Schwester] *ist auch da, ich habe sie gebraucht für meine zweite* [Tochter]“ (Z 434)	*„Ah ... ja schon* [in Bosnien] *meine Schwiegermutter ist gestorben während des Krieges mein Mann hat sie auch nicht gesehen und ich auch nicht, der Schwiegervater ist gestorben, mein Vater hat ein Jahr nach (,) 96 ist er gestorben, meine Mutter ist vor zwei Jahre gestorben (,) es ist nicht mehr wie es war, ich habe einen Bruder unten und mein Mann hat Brüder und zwei Schwestern und eine Schwester lebt in meine Haus dort, wo unser Haus ist* [...]“ (Z 759 – 764) „ [...] *ich habe ein Enkelkind und ich bin so zwischen zwei Seiten zwischen meinen Mann und*

Themenfelder und Fragestellungen	Hebamme aus Polen	Hebamme aus den Philippinen	Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien
			meinen Kindern immer so, ich glaube ich werde eine kleine Wohnung da mieten und dann immer wieder dorthin nach Bosnien und da aber glaube meiste Zeit werde ich doch da verbringen“ (Z 746 – 750)
Social Support Wer unterstützt Sie, wenn Sie Hilfe brauchen?	*„Du meinst so Babysitter also da ich habe einen Babysitter ja auf jeden Fall bin ich glücklich, lang hat es gedauert bis jemand passend war* [...]*, ihre Mutter ist auch eine Polin, das ist Zufall“* (Z 483 – 489) *„Hauptsächlich Großeltern und Kindermädchen“* (Z 495)	„[die Schwester] *die ist nachgekommen, wegen meiner zwei Kinder, sie hat aufgepasst, weil ich musste arbeiten ... ja (,) ich brauchte jemanden, mein Mann musste auch arbeiten und da hatten wir niemanden für die Kinder, ich bin wieder schnell in die Arbeit eingetreten, ging lieber arbeiten, denn einer muss verdienen“* (Z 422 – 427)	*„Mhm, das war auch eine ganz schwierige Zeit für mich, weil ich musste 20 Stunden im Pflegeheim arbeiten und 40 Stunden in X-Spital und ich war alleine, ich musste alles machen für Kinder, mein Mann war unten* [in Bosnien] *und er hat mich überhaupt nicht verstanden und er hat eigene Probleme gehabt und ich meine und seine, Kinder, Arbeit und Ausbildung alles war* [...] (Z 591 – 595)

Themenfelder und Fragestellungen	**Hebamme aus Polen**	**Hebamme aus den Philippinen**	**Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien**
Zukunftsperspektiven, Visionen Wenn Sie in die Zukunft sehen, wo sehen Sie sich in fünf Jahren?	*„Ich hätte gerne eine Hebammenpraxis und eine* [...], *das würde ich gerne führen* [...] *Die Vision Beruf und Privat einmal harmonisieren* [...] *Mein Haus ist dort, wo ich bin, wo möchte ich sein und dann habe ich beschlossen hier zu bleiben.“* (Z 514 – 538)	*„Ehm ... die Zeit, ich weiß nicht wie es auf den Philippinen ist, ich bin schon längere Zeit da und es ist schon etwas (,) da rein gesteckt in Österreich, ich lebe eh schon hier, ich weiß nicht, dass ist wie meine ... eigene Heimat, ja“* (Z 372 – 374)	*„ [...] Ich liebe Österreich, ich liebe Wien, ich fühle mich vielleicht mehr als Österreicherin als Bosnierin* [...] (Z 416 – 417) *„* [...] *glauben sie mir, ich werde einmal zurückkehren, meine Kinder werden hier bleiben, wenn ich in Pension bin, dann kehre ich zurück in meine Heimat“* (Z 737 – 739)
Wo werden Sie Ihrer Pension verbringen?	*„Ja sicher bleibe ich in Wien in der Pension* [...] *ich glaube mir wird nicht fad“* (Z 546) *„Ich liebe Wien und fühle mich hier wie zu Hause* [...] *das ist mein Haus“* (Z 554)	[in Österreich] *„ich glaube schon, ich glaube schon, denn meine Kinder sind da und was soll ich machen ... mein Mann ist auch da und ...ja (;) ja ...* (Z 390 – 394)	*„Die werden mich so betrachten* [als Besucherin] *weil ich muss jede drei Monate mein Land verlassen, weil ich nicht einmal mehr bosnische Staatsbürger-schaft habe* [...] *ich glaube mit dem Alter kommt schon die Sehnsucht so ... ah nach Heimat und wenn meine Mann will unbedingt aber ich muss nicht, ehrlich gesagt, ich sage, dass ich muss nicht, weil ich fühle mich dort wohl wo meine Kinder sind“* (Z 741 – 745)

Themenfelder und Fragestellungen	Hebamme aus Polen	Hebamme aus den Philippinen	Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien
Was ich noch sagen möchte.....	*„Nein, es war eigentlich sehr ausführlich.“* (Z 560)	*„... ja ich bin froh, dass ich nach Österreich gekommen bin, da bin ich wirklich, ich weiß nicht, mein ganzes Herz ist schon herinnen in Österreich, ich bin schon zufrieden und ich kann gar nichts mehr sagen [...] es ist so wie ein Traum (,) von morgen auf heute, mein Traum, dass ich ins Ausland fliegen kann, arbeiten, dass man verdienen kann [...] ja, einfach es ist da“* (Z 471 – 478)	„[...] *ich habe das alles so retrospektiv und nicht chronologisch gemacht“* (Z 873) *„Ich wollte ein Buch schreiben, aber ich habe das alles nicht verarbeitet und irgendwie, wenn ich anfange zu reden, komme ich immer in diese Situation und dann kommen die Emotionen hoch und dann habe ich alles so gelassen, drei vier mal habe ich angefangen und kann das nicht zu Ende bringen* [...] (Z 881 – 884)

5.3 Resümee

„Erzählungen können uns sensibilisieren“ (Fuchs-Heinritz, 2009, S 128). In der vorliegenden Arbeit sind es Lebensgeschichten von Frauen, die vor Jahren, aus verschiedenen Gründen, die Entscheidung getroffen haben, ihr Heimatland zu verlassen. *Die Gegenwart* von Migrantinnen ist „*nur vor dem Hintergrund ihrer Vergangenheit verständlich“* (Fuchs-Heinritz, 2009, S 138), oder in den Worten von Rosenthal (2002, S 136) gesprochen: *„Erzählungen über die Vergangenheit sind an die Gegenwart des Erzählens gebunden.“* Mit den geführten Interviews gewährten drei Hebammen Einblick in ihre Lebensentwürfe und erweiterten damit unseren Wissenshorizont von Migrationsprozessen. Der Versuch, die Spezifika im Einzelfall mit den anderen Fallstudien zu vergleichen, soll mögliche Charakteristika von hebammenspezifischen Migrationsprozessen sichtbar machen, „*individuelle Erfahrungshorizonte sollen zum Ausdruck von kollektiven Erfahrungen werden*“(Steinbach, zitiert nach Fuchs-Heinritz, 2009, S 157). Das, was Menschen tun und erleben, ist nicht schon zum Zeitpunkt des Geschehens mitgeschrieben, sondern wird beim Erzählen als Erinnerung abgerufen und in die Gegenwart integriert. So kann aus biographischer Sicht zum Beispiel das Zurechtlegen einer Rechtfertigung der damaligen Entscheidungssituation dem Erzähler durch die Reorganisation des Erlebten ein Gefühl von Autonomie geben (Fuchs-Heinritz, 2009).

Die Entscheidungen zur Migration müssen vor dem jeweiligen gesellschaftspolitischen Hintergrund betrachtet werden. Polen befand sich in den 1980er-Jahren in einem gesellschaftspolitischen Umschwung, die Republik Philippinen gehörte in den 1970er-Jahren zu den sogenannten Entwicklungsländern, Teile der Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien befanden sich in den 1990er-Jahren im Kriegszustand. So waren bei den drei interviewten Hebammen ihre Intentionen, das Heimatland zu verlassen, verschieden. Angebot und Nachfrage spielten in diesen Fällen eine entscheidende Rolle (Vujicic et al., 2004). Wie bereits festgehalten, ist die Nachfrage nach qualifizierten Hebammen aus dem Ausland, speziell in Wien, gegeben und macht den migrierten Hebammen Mut, das Angebot anzunehmen. Alle drei Frauen kamen mit dem Ziel nach Wien, als Hebamme zu arbeiten. Vor

dem Hintergrund der gelungenen Integration bereuen alle drei Hebammen nicht, ihr Heimatland verlassen zu haben.

Die einzelnen Berufsbiographien sind anfänglich sehr ähnlich verlaufen. Alle drei Hebammen haben, bevor sie als Hebammen in Wien arbeiten konnten, als Pflegehelferinnen gearbeitet. Die Dauer der Nostrifikationsverfahren verlief verschieden lang. Die Hebamme aus Polen bekam die Berufsberechtung mit einer Wartezeit von zwei Jahren am schnellsten. Die beiden anderen warteten acht und zehn Jahre auf ihre Berufszulassungen. Nach der Nostrifikation konnten alle drei bei der Gemeinde Wien als Hebammen eine Anstellung finden. Die aus Polen stammende Hebamme bildete sich aus karrieretechnischen Gründen kontinuierlich weiter. Sie ist die einzige, die auch als freipraktizierende Hebamme arbeitet. Die Hebamme aus dem ehemaligen Jugoslawien arbeitet als angestellte Hebamme in einem Wiener Gemeindespital und genießt die Arbeit als Hebamme. Die Hebamme aus den Philippinen war sehr, sehr gerne Hebamme und genießt heute ihre Pension.

Unterstützung in der Phase der Integration ins Berufsleben wurde von Seiten der Gesundheitseinrichtungen und/ oder der Standesvertretung (ÖHG) in keinem Fall angeboten. Meistens lernten sie voneinander und fanden Unterstützung von den jeweiligen interdisziplinären Teams. Jede konnte auf familiäre Unterstützung zurückgreifen. Letztendlich war es der eigene eiserne Wille und der unumstößliche persönliche Einsatz, der diese Hebammen in Wien eine zweite Heimat finden ließ. Im privaten Umfeld stand der familiäre Zusammenhalt im Vordergrund. Der Kontakt zu der zurückgebliebenen Familie und den Freunden in der ehemaligen Heimat besteht in jedem Fall. Eine dauerhafte Rückkehr kann sich keine mehr vorstellen.

Die Zukunft in beruflicher Hinsicht wird positiv betrachtet. Beide Hebammen, die noch im Berufsleben stehen, lieben ihren Beruf und haben das Gefühl, ihr Ziel erreicht zu haben. Die pensionierte Hebamme blickt mit viel Liebe auf die beruflich aktive Zeit zurück und genießt ihr Leben mit einem großen Familien- und Freundeskreis. Bei allen dreien ist der Lebensmittelpunkt dort, wo ihre Kinder und Enkelkinder sind – ihre Heimat ist da, wo ihr „zu Hause“ ist.

Die Bedeutung des Begriffs von Migration wird sehr unterschiedlich von den interviewten Hebammen interpretiert. Die aus Polen migrierte Hebamme verbindet mit dem Begriff Migration die Flucht aus dem Heimatland – Menschen, die über ein Flüchtlingslager in ein Zielland kommen –, daher fühlt sie sich nicht als Migrantin. Die philippinische Hebamme sieht sich selbst als Migrantin, weil man ihr ansieht, dass sie nicht in Österreich geboren ist. Sie hat bewusst diesen Weg gewählt, um ein besseres Leben zu haben. Die Hebamme aus Bosnien flüchtete mit ihren Kindern vor dem Krieg und hat darüber noch nicht nachgedacht, ob sie Migrantin ist. Sie merkt jedoch an, dass ihre Familie in Österreich keinen Flüchtlingsstatus hatte. Sie bezeichnet Menschen, die freiwillig ihr Land verlassen, um ein besseres Leben zu haben, als Migrantinnen und Migranten.

6 Diskussion

Migration hat in den letzen Jahrzehnten weltweit eine andere Dimension erhalten. Waren die Migrationsbewegungen vor allem in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts geprägt von Krieg, Vertreibung und Exil, *„die viele Millionen von Menschen aus Europa nach Übersee flüchten ließen“* (Machleidt & Heinz, 2011, S 36), wurde Europa zusehendst im zu Ende gehenden 20. Jahrhundert selbst Zielland für Migrationsbewegungen. Durch die Globalisierung hat sich die Bedeutung von Mobilität verändert. In der heutigen Realität gibt es leider immer noch Verfolgte, die um ihr Leben fürchten müssen. Flucht in ein anderes Land wird notwendig, um das Überleben zu sichern. Durch die ungleiche Wirtschaftslage gibt es auch weiterhin sogenannte Arbeits- oder Wirtschaftsflüchtlinge, die sich ein besseres Leben wünschen. Soziale, ökonomische, religiöse, familiäre oder individuell geprägte Motive zur Migration sind nach Machleidt und Heinz (2011, S 36) seit jeher als *„normalpsychologische anthropologische Phänomene“* zu betrachten. Manche Menschen verstehen sich nicht mehr als Migrantinnen oder Migranten, sondern als „Europäer“, die zum Beispiel Berufserfahrung im Ausland sammeln möchten. Man könnte das als eine neue Art und Weise der „Walz“[17] verstehen.

Als ArbeitsmigrantInnen in den 1960er- und 1970er-Jahren von den damaligen Entscheidungsträgern nach Österreich geholt wurden, glaubten sie, die MigrantInnen blieben nur als „Gäste“ auf Zeit. Somit war Integration lange Zeit kein Thema. Die Aktualität dieser vorliegenden Arbeit zeigt sich in der nicht endendwollenden öffentlichen Diskussion zum Thema Arbeitsmigration und Integration. Das Schengener-Abkommen von 1985 verändert den europäischen Wirtschaftsraum nachhaltig. Seit 1. Mai 2011 ist in Österreich der Arbeitsmarkt innerhalb des Schengen-Raums, nach einer siebenjährigen selektiven Öffnung für bestimmte Berufsgruppen, für die Osteuropäer (ausgenommen sind bis 2014

[17] Die Walz war in frühren Jahrhunderten eine Gesellentradition. Gesellen zogen für einige Jahre in die Fremde, um eigene Kenntnisse und Fähigkeiten zu erweitern (w©lz – wiener lernzentrum, 2011).

Rumänien und Bulgarien) geöffnet. Im Sinne der europäischen Richtlinie 2005 wird es weiterhin für reglementierte Berufe eine Überprüfung der Berufsqualifikationen geben, welche die Abwicklung durch die doch sehr komplexen Ausnahmeregelungen der automatischen und nicht automatischen Anerkennung von Berufsqualifikationen nicht einfach macht.

Die Komplexität der Berufsqualifikationsnachweise liegt darin, dass erstens die Vielfältigkeit der Ausbildungen in den europäischen Mitgliedstaaten erhalten bleibt und zweitens eine Qualitätssicherung gewährleistet werden soll. Mit Einführung von Berufsausweisen auf europäischer Ebene durch Berufsverbände und Berufsorganisationen könnte sich, nach einem Lösungsvorschlag des Europäischen Parlamentes und Rates, die Mobilität von Berufsangehörigen erhöhen und die gegenseitige Anerkennung vereinfachen. Angesichts der raschen Weiterentwicklung von Wissenschaft und Technik ist, so in der EU-Richtlinie weiter, ein lebenslanges Lernen in einer Vielzahl von Berufen äußerst wichtig und daher zu fördern (RL 2005, L255/26). Die im österreichischem Hebammengesetz verankerte Fortbildungspflicht (1994, § 37) sichert diese geforderte Qualitätssicherung und war bereits vor Neuauflage des Hebammengesetzes vorgeschrieben.

Es liegt auf der Hand, dass Hebammen, die ihre Ausbildung im Ausland absolvierten, im Wiener Gesundheitswesen eine wichtige Ressource darstellen. Die vorgelegten Ausbildungszahlen im Vergleich mit den Nostrifikationen beweisen, dass in den letzten vierzig Jahren in Wien weniger Hebammen ausgebildet wurden, als notwendig gewesen wären. Jede dritte Hebamme mit Berufszulassung wurde im Wien nostrifiziert oder erhielt eine automatische Anerkennung ihrer Berufsqualifikation. Der Bedarf an Hebammen kann mit den vorhandenen Ausbildungsplätzen offensichtlich nicht abgedeckt werden und macht es unumgänglich, diese mit ausländischen Hebammen abzudecken. Dieser Umstand wirft Fragen zur Bildungspolitik auf. Ist das Konzept der Ausbildung nach dem von der Kommunalpolitik vorgegebenen Bedarf bei einer hochschulischen Berufsausbildung noch adäquat?

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Nostrifikationsverfahren abgenommen haben, die automatischen Anerkennungen gemäß der EU-

Richtlinie jedoch zugenommen haben und ein neues Phänomen darstellen. Die Ausbildungsplätze werden immer noch nach Maßgabe der Landespolitik bestimmt. Anlässlich einer Veranstaltung an einer Wiener Fachhochschule meinte ein Wiener Landtagsabgeordneter so treffend: „*Die Stadt Wien möchte bestmöglich ausgebildete Fachkräfte haben,* [nur] *wirtschaftlich und nachhaltig sollte der Weg dorthin sein.“*

Es wird auch in Zukunft Sinn machen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus anderen Kulturen im Gesundheitsbereich zu haben, zumal auch in Wien der Anteil von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund ein hoher ist. Das verlangt eine vorausschauende Berufspolitik im Gesundheitswesen. Soll die von Fassmann und Münz (1995, S 85) zitierten „*global economy“* in extra- und intramuralen Gesundheitsbereichen funktionieren, braucht es zusätzlich geeignete Rahmenbedingungen, die diese verstärkte Mobilität von Gesundheitsberufen günstig beeinflussen. Welche Rahmenbedingungen notwendig sind, um für alle Betroffenen im Gesundheitswesen einen Benefit (Win-Win-Situation) zu haben, wurde hinlänglich dargelegt. Damit kulturell heterogene Teams jedoch konstruktiv genützt werden können, braucht es hierarchisch strukturiert Regeln (top-down) und reflektierte Arbeits- und Kommunikationsstile der beteiligten Fachkräfte (Englisch, 2011). Für die Verantwortungsträger im Gesundheitswesen wird es weiter eine Herausforderung bleiben, die kulturelle Diversität in Krankenhäusern und Gesundheits-einrichtungen zu managen. Ein WHO-Projekt, wie das *„Migrant Friendly Hospital“*, ist prädestiniert, Organisationen dafür empfänglich zu machen.

Durch die im Jahre 1999 definierten Bologna Erklärung soll in Zukunft die Ausbildungslandschaft im Hochschulbereich vereinheitlicht werden. Das angepeilte Ziel ist die Errichtung eines gemeinsamen europäischen Hochschulraumes, welcher ein besseres System der Anerkennung und die Vergleichbarkeit der Studien und Abschlüsse zur Folge hat. Die Ausbildungsreformen zeigten in den letzten Jahren sowohl innerhalb Österreichs als auch im europäischen Raum, dass die Formulierung von Ausbildungszielen und die Beschreibung des Kompetenzerwerbs eine internationale Vergleichbarkeit erleichtern können, wiewohl die formulierten Ziele der Bologna Deklaration bis dato aus gesamteuropäischer Sicht noch nicht zur Gänze

umgesetzt werden konnten. In den berufsfeldzentrierten Hochschulstudiengängen in Wien wird heute schon großer Wert auf kulturelle Diversität gelegt. Modulare Curricula machen Lehrendenmobilität und Studierendenmobilität möglich und fördern dadurch die transkulturelle Kompetenz und damit das Verständnis für das „Fremde“.

Drei Hebammen, die nach Österreich migrierten, gewährten uns Einblicke in ihre persönlichen Denk- und Entscheidungsprozesse. Diese drei Einzelverläufe eines Migrationsprozesses können nicht verallgemeinert werden, sie geben aber Anlass, ein besseres Verständnis für die Komplexität der Migration von bereits ausgebildeten Hebammen zu bekommen.

Schlussgedanke

Aus Sicht der frauenzentrierten Migrationsforschung ist es von Bedeutung, Migrationswege bzw. Migrationbiographien von Frauen transparent zu machen. Mit der vorliegenden Arbeit wurde durch das Aufzeigen der tatsächlichen Dichte an migrierten Hebammen in Wien und durch drei Migrationbiographien die Gruppe der Hebammen mit Migrationshintergrund ein Stück weit sichtbarer und daher unter Umständen begreifbarer gemacht. An dieser Stelle möchte ich mich bei meinen Interviewpartnerinnen für ihr Vertrauen, welches sie mir entgegengebracht haben, bedanken. Es ist mitunter eine spezielle Situation, in einer Stunde seine Lebensgeschichte aus der Sicht der Zuwanderin zu erzählen. Einige Male wurde während des Interviews inne gehalten, weil Erinnerungen wieder sehr präsent wurden und damit auch verbundene Emotionen, die nicht immer positiv waren.

Es ist wert, sich auf die Vielfältigkeit der Menschen und Kulturen in jedem Bereich dieser Stadt einzulassen. Die Interkulturalität macht das Leben bunter, aber auch komplizierter, vor allem für den, der als Fremder in unser Land kommt. Gerade wir Menschen, die in Gesundheitsberufen arbeiten, sollen verstehen, was Menschen in speziellen Situationen brauchen – wo immer sie es brauchen.

So kann es von Vorteil sein, im „Fremden“ nicht nur das Trennende, sondern vielmehr das Verbindende wahrzunehmen. Es ist so einfach auf die „Fremden“ zuzugehen und ihnen zuzuhören, statt misstrauisch auf sie zu reagieren. Negt (2011, S 17) bemerkt dazu an: „*Nur durch Überwindung der Vorurteile öffnet sich der Horizont trankskultureller Einbeziehung des Anderen!“* Ich möchte mit einem Zitat von Martin Buber *(*zitiert nach Negt, 2011, S 6) schließen, der sagt:

> *„Der Mensch wird am Du zum Ich.“*

Abbildungen

Abbildung 1: Deckblatt des “Strategic Action Plan for the Health of Women in Europa” (Quelle: WHO, 2001) 32
Abbildung 2: Werbeplakat im Auftrag des Krankenanstaltenverbundes (Quelle: Fassmann & Münz, 1995, S 80) 34
Abbildung 3: Prüfungsprotokoll Teile I aus dem Diplomjahrgang Jahre 1974 (Quelle: Datenarchiv der ehemaligen Hebammenakademie Wien) 69
Abbildung 4: Prüfungsprotokoll Teil II (1974) mit den Prüfungsfächern und Noten (Quelle: Datenarchiv der ehemaligen Hebammenakademie Wien) 71

Tabellen

Tabelle 1: Fortbildungskurse für Hebammen im Zeitraum 1968 – 1993 in Wien (eigene Darstellung) 61
Tabelle 2: Nostrifikationen von Hebammen in Wien im Zeitraum von 1981 – 2010 (eigene Darstellung) 63
Tabelle 3: EWR-Qualifikationsnachweise für Hebammen im Zeitraum von 2003 – 2010 (eigene Darstellung)..... 65
Tabelle 4: Hebammenausbildung in Wien, in den Jahren 1968 – 2010 mit Anteil an Teilnehmerinnen anderer Herkunft (eigene Darstellung)..... 67
Tabelle 5: Berufszulassungen von Hebammen mit ausländischen Hebammendiplomen gesamt in Wien im Zeitraum 1968 – 2010 (eigene Darstellung) 73
Tabelle 6: Berufstätige Hebammen in Wien 2010 nach Ländern, in denen die Ausbildung absolviert wurde (eigene Darstellung) 80
Tabelle 7: Drei Migrationswege von Hebammen im Vergleich (eigene Darstellung) 91

Abkürzungsverzeichnis

AsylG	Asylgesetz
BGBl	Bundesgesetzblatt
CINHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CSSR	Československá Socialistická Republika, Tschechoslowakei
CTG	Kardiotokographie
DDR	Deutsche Demokratische Republik
ECTS	European Credit Transfer System
Ebd.	Ebenda
et al.	Et alii, et aliae, et alia
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FH-Heb-AV	Fachhochschul-Hebammen-Ausbildungsverordnung
FHStG	Fachhochschul Studiengesetz
GesBRÄG	Gesundheitsberuf Rechtsänderungsgesetz
GuK-EWRV	Gesundheits- und Krankenpflege EWR Verordnung
HebG	Hebammengesetz
ICM	Internationalen Hebammenvereinigung
IFGG	Internationalen Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe
IULA	International Union of Local Authorities
KAV	Krankenanstaltenverbund
MIDIRS	Midwives Information and Resource Service
MeSH	Medical Subject Headings
NAG	Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz
NGO	Nicht-Regierungs-Organisation
NMS	New Member States
ÖHG	Österreichisches Hebammengremium
UNHCR	UN-Flüchtlingshochkommissariat
ÖH	Österreichische HochschülerInnenschaft
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
UG	Universitätsgesetz
WHO	World Health Organization

Literaturverzeichnis

2. Buch Mose Exodus 1,19-20, Altes Testament, in: Die Bibel oder Die ganze Heilige Schrift (1970). Württembergische Bibelanstalt Stuttgart.

Aichelburg-Rumerskirch, M. (2009): Migration von medizinischen Fachkräften – Gewinn und Verlust. Österreichische Pflegezeitschrift, vol. 12/2009, 12-13.

Angenendt, S. (2003):Regelung und Vermittlung: Die Rolle internationaler Migrationsorganisationen, in: Thränhardt, D., Hunger, U. (Hrsg.): Migration im Spannungsfeld von Globalisierung und Nationalstaat. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S 187f.

Appelt, E. (2003): Frauen in der Migration – Lebensform und soziale Situation, in: Fassmann, H., Stacher I. (Hrsg): Österreichische Migrations- und Integrationsbericht. Klagenfurt: Drava, S 143f.

Baldaszti, E., Urbas, E. (2006): Wiener Frauengesundheitsbericht 2006. Vienna Women's Health Report 2006. Stadt Wien. Bereichsleitung für Strukturentwicklung.

Basu, H. (2011): Ethnische Aspekte der Migration, in: Machleidt, W, Heinz, A. (Hrsg.): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Urban & Fischer, S 19 – 24.

Bommes, M. (Hrsg.) (1998): Migration in nationalen Wohlfahrtsstaaten. Theoretische und vergleichende Untersuchungen. Osnabrück: Universitätsverlag.

Borde, T., David, M. (Hrsg.) (2008): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. Frankfurt: Mabuse.

Brücker, H. et al. (2009): Labour mobility within the EU in the context of enlargement and the functioning of the transitional arrangements. Final Report. European Integration Consortium, IAB, CMR, fRDB, GEB, WIFO, wiiw . Nürnberg.

Bundeskanzleramt: Rechtsinformationssystem (2011). Zugriff am 20.03.2011 unter http://www.ris.bka.gv.at

Bundesministerium für Inneres. Zugriff am 14.06.2011 unter http://www.integration.at

Castro Varela, M. (2008*):* Die Situation von gewaltbetroffenen Migrantinnen – Konsequenz für die Praxis, in: Borde, T., David, M. (Hrsg.): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. Frankfurt: Mabuse, S 238 – 248.

cep – Centrum für Europäische Politik. Zugriff am 22.07.2011 unter http://www.cep.eu/eu-fakten/mitgliedstaaten-der-eu/oekonomische-kerndaten-der-ms/migration/

Chambers, I. (1996): Migration, Kultur, Identität. Bandausgabe 3. Tübingen: Stauffenburg.

Englisch, M. (2011): Interkulturelle Teamentwicklung – Voraussetzungen für die Nutzung innovativer Potenziale, in Machleidt, W, Heinz, A. (Hrsg.): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Urban & Fischer, S 155 - 159.

Englmann, B., Müller, M. (2007): Brain Waste. Die Anerkennung von ausländischen Qualifikationen in Deutschland. Augsburg: Tür an Tür Integrationsprojekte – gGmbH. Zugriff am 22.05.2011 unter http://www.beruflicheanerkennung.de/images/stories/download/brain%20waste.pdf

Europaforum Wien in Zusammenarbeit mit MA 17 (2009): Wiener Integrations- und Diversitätsmonitor. Konzept, Inhaltsstruktur und Umsetzung des Diversitäts-Monitorings. Informationsunterlage für Fachgruppe.

Fassmann, H.; Münz, R. (1995): Einwanderungsland Österreich? Historische Migrationsmuster, aktuelle Trends und politische Maßnahmen. Wien: Jugend & Volk.

Fassmann, H., Stacher I. (Hrsg) (2003): Österreichische Migrations- und Integrationsbericht. Klagenfurt: Drava.

Flick, U. (2002): Interviews in der Gesundheits- und Pflegeforschung: Wege zur Herstellung und Verwendung verbaler Daten, in: Schaeffer, D., Müller-Mundt, G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. 2. Auflage. Bern: Hans Huber, S 203 - 220.

Froschauer, U., Lueger, M. (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: Facultas.

Fuchs-Heinritz, W. (2009): Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Holloway, I., Wheeler, S. (2000): Qualitative Research for Nurses. Oxford: Blackwell Science Ltd.

Hunger, U. (2003)*:* Brain Drain oder Brain Gain: Migration und Entwicklung, in: *Thränhardt, D., Hunger, U.* (Hrsg.): Migration im Spannungsfeld von Globalisierung und Nationalstaat. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

IOM – International Organization für Migration (2004): International Migration Law. Glossary on Migration, Geneva. Zugriff am 07.12.2009 unter http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/serial_publications/Glossary_eng.pdf

Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S. (2009): Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen. Das „Migratnt-friendly Hospital“ - Projekt, in: Rásky, E. (Hrsg): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Fakultas.

Lange, D. (Hrsg.) (2008): Migration und Bürgerbewusstsein. Perspektiven politischer Bildung in Europa. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lay, B., Rössler, W. (2011): Migrationsströme in den deutschsprachigen Ländern und in Europa, in: Machleidt, W, Heinz, A. (Hrsg.)*:* Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Urban & Fischer, S 93 – 107.

Leininger, M. (1991): Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing. National League for Nursing Press, New York. Zugriff am 24.01.2010 unter http://de.nursingwiki.org/wiki/Sunrise_Modell

Leininger, M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau. Zugriff am 24.01.2010 unter http://de.nursingwiki.org/wiki/Sunrise_Modell

Lenhart, M., Oesterle, A. (2007): Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven. Österreichische Pflegezeitschrift, vol.12/2007, 8-11.

Machleidt, W., Heinz, A. (Hrsg.) (2011): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Urban & Fischer.

Mayer, H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien. Facultas.

Morse, J. M. und Field, A. (1998): Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co.

Münz, R. (2008): Migration in Europa: Rückblick auf das 20. Jahrhundert, Ausblick auf das 21. Jahrhundert. Konsequenzen für die politische Integration, in: Lange, D. (Hrsg.): Migration und Bürgerbewusstsein. Perspektiven politischer Bildung in Europa. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 17-26.

Münz, R., Zuser, P., Kytir, J. (2003): Grenzüberschreitende Wanderungen und ausländische Wohnbevölkerung, in: Fassmann, H., Stacher I.: Österreichische Migrations- und Integrationsbericht. Klagenfurt: Drava, S 20-61.

Negt, O. (2011): Ich-Konstruktion und Fremderfahrungen, in: Machleidt, W, Heinz, A. (Hrsg.): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Urban & Fischer, S 3 – 15.

Nemeth, C. (1995): Angebotsprognose in Szenarios, 1993 - 2010; Krankenpflegefachdienst, Stationsgehilfen und Pflegehelfer, gehobene medizinisch-technische Dienste, medizinisch-technischer Fachdienst, Hebammen; in: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1995): Personalangebot in ausgewählten Gesundheitsberufen, S 137-139.

Novak, R.: Ein Einwanderungsland will es nicht wahrhaben. Zugriff am 08.01.2009 unter http://diepresse.com/home/meinung/kommentare/leitartikel/342973/index.do

Novakovic, G.: Integration und Diversität, MA 17. Zugriff am 08.04.2010 unter http://www.wien.gv.at/integration/integrationskonzept.html

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1995): Personalangebot in ausgewählten Gesundheitsberufen, S 137-139.

Österreichisches Hebammengremium (2009): Deutsche Übersetzung: Schweizer Hebammenverband, Originalfassung 1994 Internationalen Ethik-Kodex für Hebammen, in: Hebammen Leitbild, S 14.

Pammer. Ch. (2009): Migration, Kultur und Gesundheit im Krankenhaus, in*:* Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ. 50. Jg 2009/12, S 30 – 32.

Rásky, E. (Hrsg.) (2009): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Fakultas.

Razum, O. (2007): Migration und Gesundheit, in: Public Health Forum 15. Heft 56, S 11e1 – 11e3. Zugriff am 14.06.2011 unter http:/www.elsevier.de/pdf

Rosenthal, G. (2002): Biographische Forschung, in: Schaeffer, D., Müller-Mundt, G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. 2. Auflage. Bern: Hans Huber, S 133 – 165.

Santel, B. (1995): Migration in und nach Europa. Erfahrungen, Struktur, Politik. Opladen: Leske + Budrich.

Schnepp, W., Walter, I. (Hrsg.) (2010): Multikulturalität in der Pflege und Gesellschaft. Wien: Böhlau Verlag.

Schober P., Kisat N. (2009): Situation von MigrantInnen am Salzburger Arbeitsmarkt. Praxisbeispiele. Studie im Auftrag des Landes Salzburg für den territorialen Beschäftigungspakt „Arbeit in Salzburg. Innsbruck, Wien: Hafelekar Unternehmungsberatung & ZSI.

Seidl, E., Walter, E. (2010): Multikulturalität in der Mobilen Pflege und Versorgung, in: *Schnepp, W., Walter, I.* (Hrsg.): Multikulturalität in der Pflege und Gesellschaft. Wien: Böhlau Verlag.

Sieben A., Straub J. (2011): Migration, Kultur und Identität, in: Machleidt, W, Heinz, A. (Hrsg.)*:* Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Urban & Fischer, S 43 - 52.

Statistik Austria. Die Informationsmanager (2010a). Zugriff am 06.06.2011 unter http://www.statistik.at

Statistik Austria (Hrsg.) Informationsdienst (2010b): Demographisches Jahrbuch Wien 2009

Statistik Austria (2011): Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Zugriff am 14.06.2011 unter http://www.statistik.at

Stimmer, K. (2009): Krankenschwestern gesucht! Im fernen Manila Gefunden, in: Wien at. aktuell. Magazin für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Presse- und Informationsdienst der Stadt Wien: Bohmann Druck und Verlags G.m.b.H & Co. KG. Ausgabe 2009/10.

Stowasser J.M., Petschnig M., Skutsch F. (2007): Stowasser. Österreichische Schulausgabe. Latein-deutsches Schulwörterbuch. Alleinvertrieb für Österreich: öbvhpt Verlagsgesellschaft.

Stürmer, M. (1999): Mass Migration: The Context of International Security, in: *Wolter, A*., (Hrsg.): Migration in Europa. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges, S 7.

Süssmuth, R. (2006): Zitat, in: süddeutsche.de, 13. Mai 2006. Zugriff am 05.02.2011 unter http://www.sueddeutsche.de/politik/suessmuth-interview-wir-brauchen-eine-leitkultur-des-zusammenlebens-1.316671

Thränhardt, D., Hunger, U. (Hrsg.) (2003): Migration im Spannungsfeld von Globalisierung und Nationalstaat. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Treibel, A. (2003): Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. 3. Auflage. Weinheim [u.a.]: Juventa.

UNHCR – Das UN-Flüchtlingshochkommissariat (2006): Die Genfer Flüchtlingskonvention: Fragen und Antworten. Zugriff am 01.05.20119 unter http://www.unhcr.at/grundlagen/genfer-fluechtlingskonvention.htm

Vujicic, M. et al. (2004): The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. Human Resources fpr Health 2004. 2:3 doi: 10.1186/1478-4491-2-3.

w©lz – wiener lernzentrum. Zugriff am 28.04.2011 unter www.walz.at

Weheliye, A.J. (2007): Vier Ansätze des Managing Diversity. Zugriff am 22.06.2011 unter http://www.migration-boell.de/web/diversity/48_1023.asp

Weltgesundheitsorganisation (1999): *S*trategie für die Ausbildung in der Pflege und im Hebammenwesen in Europa: "Pflegende und Hebammen für Gesundheit". DLVR020106/8 WHO. Region für Europa, Kopenhagen.

Wimmer-Puchinger, B. (2008): Migrantinnen-Gesundheit – ein Handlungsfeld des Wiener Programms für Frauengesundheit Daten, Handlungsfelder, Strategien und Umsetzung, in: Borde, T., David, M. (Hrsg.): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. Frankfurt: Mabuse, S 73-95.

Wolter, A. (Hrsg.) (1999): Migration in Europa. Baden-Baden: Nomos.

World Health Organization (2001): Strategic Action Plan for the Health of Women in Europa. WHO Regional Office for Europa, Copenhagen.

World Health Organization (2008): The draft WHO code of practice on the international recruitment of health personnel – Draft for discussion, WHO: 18 August 2008. Zugriff am 07.12.2009 unter http://www.who.int/hrh/migration/code/draft_code_en.pdf

Bundesgesetze und Richtlinien

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Jahrgang 1965. Ausgegeben am 28. Jänner 1965, Hebammengesetze 1963, BGBl. Nr. 3 /1964, 14. Verordnung (Unterrichtsordnung), § 17 Abs. 8

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Jahrgang 1971. Ausgegeben am 23.12.1971, Hebammengesetze 1963, BGBl. Nr. 3 /1964, 443. Verordnung (Hebammenausbildungsverordnung)

Bundesgesetz über den Hebammenberuf (HebG)1994, BGBl. 310/1994

Bundeshebammengesetz 1963, BGBl. 3 (Kundmachung) /1964

Die Bologna Erklärung (1999): „Der Europäische Hochschulraum". Gemeinsame Erklärung der Europäischen Bildungsminister 19. Juni 1999, Bologna. Zusammenfassungen der EU-Gesetzgebung

Fachhochschul-Hebammen-Ausbildungsverordnung (FH-Heb-AV) Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengänge für die Hebammenausbildung BGBl II nr. 1/2006

Fachhochschul-Studiengesetz (FHStG) BGBl. I Nr. 89/2007

Gesundheitsberuf-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG (481d.B.)

Hebammen-EWR-Qualifikationsnachweis-Verordnung BGBl 2008/195

Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen

Anhang I: Interviewleitfaden

Halbstrukturierter Interviewleitfaden

Name der Interviewpartnerin:
Datum und Uhrzeit:
Ort:
Dauer des Interviews:

Einleitung:

- Bedanken für die Zeit und Bereitschaft, ein Interview zu geben
- Kurze Vorstellung der eigenen Person
- Anhand der Einverständniserklärung nochmals den Grund und das Ziel des Interviews besprechen

Demographische Daten:

Geschlecht:
Alter:
Familienstand:
Kinder:

Herkunftsland:
Staatsbürgerschaft:
Seit wann in Österreich:
Ausbildung:
Berufszulassung wann:

Einverständniserklärung wurde unterschrieben und liegt anbei.

Erinnerungen an den Migrationsprozess

Push/Pull-Faktoren:

- Was waren die Beweggründe, Ihr Heimatland zu verlassen?
- Warum Wien?
- Mit welchen Erwartungen sind Sie nach Wien gekommen?

Ausbildungsniveau

- Welche Hebammenausbildungen haben Sie im Herkunftsland absolviert?

Berufszulassung

- Welches Verfahren war für die Berufszulassung notwendig?
- Welche Probleme waren zu bewältigen?

Welche Bedeutung hat die Migration für die Zuwanderinnen heute?
Ist die Integration aus ihrer Sicht gelungen?

Berufliche Realität:

Arbeitsituation/Arbeitsalltag in Wien

- Wie sieht Ihr Arbeitsalltag aus?
- Wo arbeiten Sie in Wien?

Berufsverständnis, mitgebrachte Berufserfahrung

- Was ist hier bei der Hebammenarbeit anders als in Herkunftsland?
- Gab es am Beginn Ihrer Arbeit institutionelle Unterstützungsangebote?
- Glauben Sie, gibt es wegen Ihres Migrationshintergrundes Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit Ihren Kolleginnen?
- Oder Probleme?
- Was bedeutet der Begriff Migration für Sie?
- Gab es in den Organisationen Unterstützungsangebote?
- Wenn nein, würde Notwendigkeit bestehen?
- Wie erleben Sie die Arbeit mit den Frauen hier in Wien?
- Inwieweit beeinflusst die Arbeit Ihr Privatleben?

Fort- und Weiterbildung, berufliche Karriere

- Haben Sie sich weitergebildet?
- Hatten Sie aus Ihrer Sicht Karrierechancen?
- Was gefällt Ihnen z. B. am Hebamme sein an Wien (Österreich)?

Private Realität:

- Haben Sie in Wien Familie, Freunde, einen Bekanntenkreis?
- Haben Sie so etwas wie Kraftinseln, wo Sie Kraft tanken können?
- Wenn ja, welche?
- Sind Sie Mitglied in einem Verein?
- Wenn ja, in welchem?
- Wer unterstützt Sie, wenn Sie Hilfe brauchen?

Zukunftsperspektiven, Visionen

- Wenn Sie in die Zukunft blicken, wo sehen Sie sich in fünf Jahren?
- Wo werden Sie Ihre Pension verbringen?

Schlussgedanken

- Was habe ich noch nicht angesprochen?
- Was möchten Sie noch sagen?
- Was liegt Ihnen noch am Herzen?

Interview schließen:

- Wie geht es Ihnen jetzt?
- Erklären, wie es weitergeht und bedanken für die Unterstützung und Zeit.

Anhang II: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an den Interviews im Rahmen der Diplomarbeit: „Gelandet in Wien“ – Migration von Menschen in Gesundheitsberufen am Beispiel der Hebammen.

Ich wurde von der Autorin Brigitte Kutalek-Mitschitczek über die oben genannte Fallstudie aufgeklärt. Ich hatte die Möglichkeit, zu den Beweggründen und Absichten dieser Arbeit Fragen zu stellen. Über die Fragestellungen und die Zielsetzungen wurde ich informiert. Es wurde mir das von der Universität genehmigte Exposé zur dieser Diplomarbeit gezeigt.

Für die Entscheidung, dieses Interview zu geben, wurde mir die nötige Bedenkzeit eingeräumt. Es wurde mir erklärt, dass ich ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung wieder rückgängig machen kann oder das Interview abbrechen kann. Weiters wurde ich informiert, dass meine persönlichen Daten nicht veröffentlicht werden. Mir ist bewusst, dass dieses Interview auf einem Tonträger aufgenommen wird und im Anschluss in anonymisierter Form in der oben genannten Diplomarbeit verwendet wird. Sollte ich meine Zustimmung vor Einreichung dieser Diplomarbeit zurücknehmen wurde mir versichert, dass die Aufzeichnungen gelöscht werden.

Ich erkläre hiermit die freiwillige Teilnahme an diesem Interview. Eine Kopie der Einverständniserklärung wird mir ausgehändigt.

Datum des Interviews, am _____

Unterschrift der teilnehmenden Person: _____

Anhang III: Zusammenfassung (Summary)

Zusammenfassung

Hintergrund: Migration von Menschen, die in Gesundheitsberufen tätig sind, ist seit längerem Inhalt vieler gesellschaftlicher und politischer Diskussionen. Der Trend von steigender Mobilität innerhalb der Gesundheitsberufe wird zukünftig anhalten. Die Dichte an Hebammen je 100.000 Einwohner in Wien liegt mit 22,8 im bundesweiten Mittelfeld, dennoch wurde über einen bestehenden Hebammenmangel in Wien öffentlich diskutiert. Genaue Zahlen über den Anteil an Hebammen mit Migrationshintergrund in Wien gab es bisher nicht. Es ist jedoch zu beobachten, dass der Anteil an Hebammen, die ihre Ausbildung im Ausland absolvierten, zugenommen hat.

Fragestellung: Die zentralen Fragen waren, welche und wie viele Berufszulassungsverfahren in den letzten vierzig Jahren durchgeführt wurden, wie groß der Anteil von aktiven Hebammen mit Migrationshintergrund in Wien ist und aus welchen Herkunftsländern die migrierten Hebammen kommen. Weiters wurde die Frage gestellt, welche Bedeutung Migration von Menschen in Gesundheitsberufen am Beispiel von Hebammen für das Wiener Gesundheitssystem hat. Die letzte Frage thematisiert die Denk- und Entscheidungsprozesse von migrierten Hebammen.

Methode: Durch die Zielsetzung, Zusammenhänge des Phänomens Migration von Hebammen, mit all seinen relevanten Einflussfaktoren, interpretieren zu können und in ihrer Komplexität verstehen zu wollen, wird die Methodentriangulation als geeigneter Forschungsansatz gewählt.

Ergebnisse: In Wien wurden in den letzten 42 Jahren für 271 Hebammen, die ihre Ausbildung im Ausland absolvierten, Berufszulassungsbescheide ausgestellt. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Nostrifikationsverfahren abgenommen haben, die automatischen Anerkennungen haben jedoch zugenommen und stellen ein neues Phänomen da. Es wurde bewiesen, dass Hebammen, die ihre Ausbildung im Ausland absolvierten, im Wiener Gesundheitswesen eine wichtige Ressource darstellen. Auf 387 derzeit in Wien

arbeitende Hebammen kommen 146 Hebammen, die ihre Ausbildung im Ausland absolvierten. Das sind 38 % der Gesamtzahl der aktiven Hebammen in Wien. Hebammen aus Polen, den Philippinen und dem ehemaligen Jugoslawien haben einen großen Anteil an Hebammen mit Migrationshintergrund in Wien. Es wurde mit drei Hebammen aus diesen Ländern ein biographisches Interview geführt. Die Interviews ergaben unter anderem, dass die Hebammen verschiedene Gründe für ihre Entscheidung zur Migration hatten. Die einzelnen Berufsbiographien verliefen anfänglich sehr ähnlich, im späteren Verlauf des Arbeitslebens different. Es gab in keinem Fall von Seiten der Gesundheits-einrichtungen Unterstützungsangebote, wie z. B. Sprachkurse. In jedem Fall war der Familienzusammenhalt ein wichtiger Bestandteil ihrer gelungenen Integration. Der Begriff Migration wird sehr unterschiedlich interpretiert. Keine Hebamme bereut den Schritt zur Migration.

Summary

Background: Migration of people who are working in health professions, became an active topic in many social and political discussions. The trend of increasing mobility within health professions will continue in future. The density of midwives per 100.000 inhabitans in Vienna lies with 22,8 in the nationwide midfield, nevertheless a shortage of midwives in Vienna has been discussed. Exact figures on the proportion of midwives with a migration background in Vienna do not exist. It is observed, that the percentage of midwives who have completed their studies in a foreign country has increased.

Problem Statement: The central questions were: Which and how many professional registrations were performed in the last forty years, how large is the proportion of active midwives with a migration backbround in Vienna and from which countries do the migrated midwives come from, what is the meaning of migration of people working in health professions for the health care system in Vienna using the example of midwives. The last question is about the decision-making processes of migrated midwives.

Methods: The triangulation of methods is used as suitable research approach with the aim to be able to interpret the correlations of the migration phenomenon from midwives, with all the relevant factors.

Results: In the last 42 years professional registrations for 271 midwives in Vienna who had completed their studies abroad were made out. In summary nostrifications have decreased, however the automatically recognition under the EU Directive as an new phenomenon has increased. It was proved that midwives who have completed their studies abroad represent an important resource in the Viennese health system. Of 387 midwives currently working in Vienna 146 have completed their studies abroad. That is 38 % of the total number of active midwives in Vienna. Midwives from Poland, Philippines and former Yugoslavia represent a large percentage of midwives with a migration background in Vienna. Three interviews were conducted with midwives from these countries. The interviews revealed that midwives had different reasons for their decision to migrate. The individual professional biographies were at first very similar, in the

later stages of working life, different. In no case the midwives were supported by the health institutions, as for example with language courses. In every case, the family coherence is an important component of their successful integration. The concept of migration is interpreted very differently. No midwife regretted the step of migration.

Anhang IV: Eidesstattliche Erklärung

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Brigitte Kutalek-Mitschitczek, versichere,

- dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,

- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch Ausland einer Beurteilerin oder einem Beurteiler zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum Unterschrift

Anhang V: Lebenslauf

Brigitte Kutalek-Mitschitczek

Persönliche Daten

- Familienstand: verheiratet
- Kinder: 2
- Staatsangehörigkeit: Österreich
- Geburtsort: Wien

Berufsausbildung und Studium

- 2006 – 2011 Universität Wien, Individuelles Diplomstudium *Pflegewissenschaft*

- 2006 Universität Wien, Studienberechtigungsprüfung für *Pädagogik*

- 2003 – 2005 Universität Wien, Universitätslehrgang für Lehrerinnen und Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflegende und Lehrhebammen an der Sonder- und Weiterbildungsakademie, Ausbildung zur *akademischen Lehrhebamme,* mit ausgezeichnetem Erfolg absolviert

- 1998 Sonder- und Weiterbildungsakademie, Universitätsklinik Wien, Weiterbildung für Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern zu leitenden Pflegepersonen der 1. Führungsebene, Ausbildung zur *geprüften Stationsleitung,* mit ausgezeichnetem Erfolg absolviert

- 1975 – 1977 Bundeshebammenlehranstalt Wien, an der Ignaz Semmelweis Frauenklinik, Ausbildung zur *Hebamme,* mit ausgezeichnetem Erfolg absolviert

Berufserfahrung

- Seit 2010 an der Fachhochschule Campus Wien, Studiengang Hebammen, als *Studiengangsleiterin* tätig
- 2000 – 2010 an der Fachhochschule Campus Wien (vor 2007 Hebammenakademie Wien, Ignaz Semmelweis Frauenklinik) als *Mitarbeiterin des Lehr- und Forschungspersonals (Lehrhebamme*) tätig
- 1996 – 2000 an der Hebamenakademie Wien, Ignaz Semmelweis Frauenklinik, als nebenberufliche Lektorin tätig
- Seit 1995 Bewilligung zur freiberuflichen Berufsausübung
- 1989 – 2000 an der Ignaz Semmelweis Frauenklinik Wien, als *leitende Hebamme* in den Bereichen Kreißsaal und präpartale Station tätig
- 1979 – 1989 an der Ignaz Semmelweis Frauenklinik Wien, als *Hebamme* in den Bereichen Kreißsaal, präpartale Station, gynäkologische Station, gynäkologische und geburtshilfliche Ambulanz tätig
- 1978 – 1979 im Landeskrankenhaus Mödling, als *Hebamme* in den Bereichen Kreißsaal, gynäkologischer OP und gynäkologische und geburtshilfliche Ambulanz tätig
- 1977 – 1979 an der Ignaz Semmelweis Frauenklinik Wien, als *Hebamme* in den Bereichen Neugeborenenstation, gynäkologische Station und präpartale Station tätig

Spezielle Qualifikationen

- Zusatzausbildungen: Akupunkturmassage nach Penzel und Bachblütenberaterin nach Edward Bach
- EDV-Schulung in Word, Excel, Outlook, Power Point und Internet

Sprachkenntnisse

- Englisch in Wort und Schrift

Öffentliche Ämter

- 2000 – 2010 gewähltes *Vorstandsmitglied* und *Landesgeschäftsstellenleiterin* für Wien des Österreichischen Hebammengremiums