

## Migration und Pflege

Die Bevölkerung Deutschlands altert. Dazu tragen niedrige Geburtenzahlen ebenso bei wie eine steigende Lebenserwartung. Jüngsten Prognosen des Statistischen Bundesamtes zufolge, werden 2060 mehr als 30 Prozent der Bevölkerung 65 Jahre und älter sein. Besonders die Zahl der Hochbetagten, also derjenigen, die 80 Jahre und älter sind, nimmt zu. Sie wird von 4,4 Millionen (2013) auf ca. neun Millionen (2060) steigen. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands wird die Zahl der Pflegebedürftigen also in Zukunft deutlich steigen. Gleichzeitig sinkt die Zahl junger Menschen, die sich um die Pflege kümmern können. Eine steigende Kinderlosigkeit führt dazu, dass immer weniger Menschen die Unterstützung von Familienangehörigen in Anspruch nehmen können und damit auf professionelle Pflegedienste angewiesen sind. Bereits heute (2015) zeichnet sich aber ein Mangel an Pflegefachkräften ab, der sich aufgrund des demografischen Wandels in Zukunft noch verstärken wird. Die Bundesregierung hat daher bereits Programme ins Leben gerufen, um Pflegefachkräfte aus dem Ausland anzuwerben. Da die Inanspruchnahme von professionellen Pflegediensten aber mit hohen Kosten verbunden ist, greifen mehr und mehr Privathaushalte auf Migrantinnen und Migranten zurück, die sich um Pflegebedürftige kümmern – dies zumeist in einem irregulären Beschäftigungsverhältnis. Die meisten dieser ausländischen Pflegekräfte stammen derzeit aus Osteuropa. Da aber auch die Bevölkerungen der Länder Osteuropas demografisch altern, stellt sich die Frage, woher Pflegekräfte in Zukunft rekrutiert werden könnten. Manche Deutsche beschließen, selbst ins Ausland zu ziehen, um sich dort in einem Pflegeheim betreuen zu lassen.

Nicht nur die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund altert. Auch Zugewanderte und ihre Nachkommen, die zum Teil bereits seit Jahrzehnten ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland haben, sind davon betroffen. 2014 hatten 16,4 Millionen Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund und damit etwa 20,3 Prozent der Gesamtbevölkerung; Tendenz steigend. Ambulante Pflegedienste

und Einrichtungen im stationären Bereich müssen sich auf eine zunehmende sprachliche und (sozio-)kulturelle Heterogenität ihrer Klienten einstellen. Andererseits müssen sich auch die Pflegebedürftigen auf die zunehmende Heterogenität des Pflegepersonals einlassen. Neue Ansätze wie kultursensible Pflege und Prozesse sogenannter Interkultureller Öffnung sollen dies ermöglichen und den verschiedenen individuellen Ansprüchen an die (Alten-)Pflege in der Migrationsgesellschaft Rechnung tragen. Das Kurzdossier beleuchtet diese und andere Facetten des Themenkomplexes ›Migration und Pflege‹.

### Inhaltsverzeichnis

<b>Migration und Pflege – eine Einführung.</b> <i>Von Martin Kohls</i>	<b>S. 2–6</b>
<b>Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – kultursensible (Alten-)Pflege und Interkulturelle Öffnung.</b> <i>Von Gabriella Zanier</i>	<b>S. 6–13</b>
<b>Ausländische Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten. Ein Interview mit Prof. Dr. Helma Lutz.</b> <i>Von Vera Hanewinkel</i>	<b>S. 13–18</b>
<b>Infoboxen</b>	
<b>Afrika pflegt Europa – eine Folge aus der Arte-Serie ›Mit offenen Karten‹</b>	<b>S. 4</b>
<b>Care-Arbeit – ein globales Phänomen</b>	<b>S. 14</b>
<b>Zur Pflege ins Ausland</b>	<b>S. 16</b>

## Migration und Pflege – eine Einführung

von Martin Kohls

In Zukunft wird es aufgrund der Zunahme an älteren Menschen mehr Pflegebedürftige geben. Bei gegebener demografischer Entwicklung sind dann auch vermehrt Migrantinnen und Migranten von Pflegebedürftigkeit im Alter betroffen. Mit einer Zunahme des Pflegebedarfs ist bereits in der gegenwärtigen Dekade zu rechnen, wenn verstärkt mehr Arbeitsmigranten der ersten Generation 70 Jahre und älter werden. Gleichzeitig schrumpft die Zahl der Erwerbspersonen, sodass sich die Frage nach einer adäquaten Versorgung von Pflegebedürftigen stellt. Personen mit Migrationshintergrund könnten Personalengpässe schließen sowie zu einer verstärkten interkulturellen Sensibilität im Gesundheits- und Pflegewesen beitragen.

### Migration und Pflege – wie hängt das zusammen?

Die Sozial- und Gesundheitsforschung beschäftigt sich schon seit langem mit Migrantinnen und Migranten.<sup>1</sup> Gleichwohl wird diese Bevölkerungsgruppe immer noch nicht in der Gesundheits- und Pflegeberichterstattung umfassend und differenziert erfasst. Als Folge davon liegt ein Mangel an belastbaren Daten zur Gesundheit und Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund vor.

Aufgrund anderer Lebensumstände<sup>2</sup> kann angenommen werden, dass sich ein Migrationshintergrund auf die gesundheitliche Lage und langfristig auf die Pflegebedürftigkeit auswirkt. Auf der einen Seite kann ein Migrationshintergrund die tatsächliche Erkrankungs- bzw. Pflegewahrscheinlichkeit beeinflussen. Auf der anderen Seite können die Möglichkeiten beeinträchtigt sein, eine adäquate Behandlung bzw. pflegerische Betreuung zu erhalten.

Aus den Ergebnissen zahlreicher Studien zur Pflege von Migrantinnen und Migranten lassen sich keine eindeutigen Schlussfolgerungen mit Blick auf ihre Pflegebedürftigkeit ableiten. So gibt es durchaus Hinweise in der einschlägigen Forschungsliteratur für eine im Vergleich zu Nicht-Migranten eher geringere Pflegebedürftigkeit bei Migranten, die durch ›schützende‹ Migrationsfaktoren (Healthy-Migrant-Effect<sup>3</sup>, siehe auch den Beitrag ›Altern in der Migrationsgesellschaft‹ in diesem Dossier) und der zumeist beibehaltenen gesünderen Ernährung begründet werden. Daneben wird die bisher eher verhaltene Inanspruchnahme von gesetzlichen Pflegeleistungen mit den vorhandenen hohen familialen Solidarpotenzialen begründet. So besteht bei vielen Migrantengruppen der ausgeprägte Wunsch, innerhalb der Familie gepflegt zu werden. Damit korrespondiert eine überdurchschnittlich hohe Pflegebereitschaft der Angehörigen, insbesondere der Frauen. Verstärkt wird sie dadurch, dass die Einkommenssituation von Migranten schlechter als die der deutschen Bevölkerung ist. Dies trägt dazu bei, dass pflegebedürftige Migranten Geldleistungen der Pflegeversicherung den Vorzug vor Sachleistungen, also der ambulanten Pflege bzw. der Pflege in einer Pflegeeinrichtung, geben und auf familiäre Unterstützung gesetzt wird.

Auf der anderen Seite gibt es eine Vielzahl von Risikofaktoren, die eine erhöhte Pflegebedürftigkeit bei Migranten verursachen können. So verrichteten viele Migranten, vor allem die ›Gastarbeiter‹ der 1950er bis 1970er Jahre, über lange Zeiträume schwere, körperlich belastende Tätigkeiten, die mit einem höheren Risiko der vorzeitigen Erwerbsminderung und Pflegebedürftigkeit im Alter einhergehen. Gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund sind vor allem gering ausgebildete Migranten häufig in sozioökonomischer Hinsicht (z.B. im Hinblick auf Beruf, Einkommen und Wohnsituation) benachteiligt, was das Risiko, pflegebedürftig zu werden, ebenfalls erhöht. Berichte aus der Pflegepraxis dokumentieren darüber hinaus auch fehlende Ressourcen im häuslichen Pflegealltag, die u.a. aus den wohnräumlichen Bedingungen, einer Überforderung der Angehörigen und der Tabuisierung von Themenfeldern, die für die Pflege wichtig sind, resultieren.

Die verschiedenen Migrantengruppen nehmen Leistungen aus der Pflegeversicherung unterschiedlich stark in Anspruch. Insbesondere unter Migranten türkischer Herkunft ist die Nachfrage nach stationären bzw. professionellen Pflegeleistungen gering. Des Weiteren muss beachtet werden, dass im Falle einer (weniger schwerwiegenden) Pflegebedürftigkeit diese in vielen Fällen innerhalb der Familie aufgefangen wird (informelle Pflege), die dann in der amtlichen Pflegestatistik nicht enthalten ist, weil keine Leistungen bezogen werden.

Bislang nehmen Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund gesetzliche Pflegeleistungen unterdurchschnittlich in Anspruch. Dies dürfte sich in Zukunft ändern. Das gilt nicht nur aufgrund sich wandelnder demografischer Strukturen, sondern auch, weil die von älteren Migranten bislang gegebenen familialen Solidar- und Unterstützungspotenziale vermutlich nicht mehr im heutigen Umfang zur Verfügung stehen werden. So deutet sich an, dass der Wunsch älterer Migranten nach familialer Unterstützung im Fall von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in den nachfolgenden Generationen bedingt durch veränderte soziale Normen, Lebensstile und Lebensentwürfe an Grenzen stößt. Hier zeigen sich Ähnlichkeiten zu Entwicklungen in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Daher ist mit einem Anstieg des Bedarfs an professioneller Hilfe zu rechnen.

### Wer gilt als pflegebedürftig?

Als pflegebedürftig gelten nach sozialrechtlicher Definition (§ 14 Elftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XI) Personen, die eine bestimmte Vorversicherungszeit erfüllen und aufgrund von Krankheit oder Behinderung bei bestimmten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung) voraussichtlich für mindestens sechs Monate Hilfe in erheblichem oder höherem Maße benötigen.

Entsprechend des Umfangs des Hilfebedarfs werden die Betroffenen in Pflegestufen eingeordnet, wobei in Pflegestufe I erhebliche Pflegebedürftigkeit vorliegen muss, in Pflegestufe II Schwerpflegebedürftigkeit und in Pflegestufe

III Schwerstpflegebedürftigkeit. Menschen, die zwar in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, deren Pflegebedarf aber unterhalb der Pflegestufe I liegt (sogenannte Pflegestufe 0) haben nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch (z.B. für Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege).

Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung werden einkommens- und vermögensunabhängig gewährt und sollen den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung weitgehend abdecken. Sämtliche Leistungen werden nur auf Antrag gewährt und ruhen bei Auslandsaufenthalt (länger als sechs Wochen im Kalenderjahr) sowie Leistungsbezug aus anderen öffentlichen Versicherungen (z.B. gesetzliche Unfallversicherung).

Die häusliche Pflege soll der stationären Pflege vorzuziehen, damit Pflegebedürftige möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. In der ambulanten Versorgung unterscheidet man zwischen Pflegesachleistungen und Pflegegeld. Unter ›Sachleistung‹ ist die Inanspruchnahme professioneller Pflegedienste zu verstehen. Als Sachleistung können Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 468 Euro monatlich in Pflegestufe I, bis zu 1.144 Euro in Pflegestufe II, bis zu 1.612 Euro in Pflegestufe III, in Härtefällen auch bis zu 1.995 Euro monatlich in Anspruch genommen werden (Stand: 1.1.2015). Sofern Pflegegeld bezogen wird, muss die häusliche Pflege durch Angehörige oder andere Personen gesichert sein (§ 37 SGB XI). Das Pflegegeld soll die Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen ermöglichen. Ebenso wie die Sachleistungen richtet sich die Höhe des Pflegegeldes nach der Pflegestufe. Das Pflegegeld beträgt seit dem 1. Januar 2015 244 Euro monatlich in Pflegestufe I, in der Pflegestufe II 458 Euro und in der Pflegestufe III 728 Euro (§ 37 Abs.1 SGB XI).

Für Pflegeleistungen liegen verlässliche Angaben zu den tatsächlichen Kosten nur für den stationären Sektor vor. Im Jahr 2011 beliefen sich die durchschnittlichen monatlichen Heimkosten (Kosten für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung) in Pflegestufe I auf 1.998 Euro, in Pflegestufe II auf 2.440 Euro sowie in Pflegestufe III auf 2.907 Euro.<sup>4</sup> Somit deckt die soziale Pflegeversicherung häufig nicht alle Kosten der Pflege ab, den Rest trägt der Pflegebedürftige oder seine Familie selbst. Die Pflegeversicherung wird deshalb auch als ›Teilleistungsversicherung‹ oder Kernsicherungssystem bezeichnet.

### **Aktuelle Zahlen**

*Wie viele alte Menschen gibt es in Deutschland? Wie viele davon haben einen Migrationshintergrund?*

Am 31.12.2013 waren 21 Prozent der gesamten Bevölkerung Deutschlands (80,8 Millionen) 65 Jahre und älter. Nach aktuellen Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes<sup>5</sup> wird bis zum Jahr 2060 ein Rückgang der Gesamtbevölkerung auf 67,6 Millionen Einwohner erwartet. Parallel zur Schrumpfung der Bevölkerung setzt sich die demografische Alterung der Bevölkerung weiter fort.

Im Jahr 2060 wird voraussichtlich bereits jeder Dritte (33 Prozent) mindestens 65 Jahre alt sein.

Die Kombination aus schrumpfender Bevölkerung und demografischer Alterung hat für den Pflegebereich unterschiedliche Konsequenzen. Zum einen geht das Potenzial an Arbeitskräften und damit auch die Zahl an potenziellen Pflegekräften zurück, da die Zahl der Bevölkerung im Erwerbsalter (20 bis unter 65 Jahre) sinkt. Zum anderen wird die Zahl der Pflegebedürftigen weiter ansteigen, da mehr Ältere und damit potenziell mehr Pflegebedürftige in Deutschland leben. Die Zahl der über 80-Jährigen wird sich kontinuierlich von 4,4 Millionen im Jahr 2013 auf ca. neun Millionen im Jahr 2060 erhöhen. Über 13 Prozent der Bevölkerung werden dann mindestens 80 Jahre alt sein (2013: fünf Prozent).

Von den 16,8 Millionen Älteren mit 65 und mehr Altersjahren hatten am 31.12.2013 697.000 Personen, d.h. 4,1 Prozent, eine ausländische Staatsangehörigkeit. Ihre Zahl hat sich damit seit 1990 (143.000 Ausländer im Alter ab 65 Jahren) bereits verfünffacht. Nach Angaben des Mikrozensus 2013 haben etwa 20 Prozent der in Deutschland lebenden Personen einen ›Migrationshintergrund‹, sie sind also entweder selbst zugewandert oder Nachkommen von zugewanderten Personen. Davon waren 1,5 Millionen 65 Jahre und älter (2005: 1,2 Millionen). Bis 2030 zeigen Modellrechnungen für die Älteren unter den Personen mit Migrationshintergrund eine Zunahme auf 3,6 Millionen Menschen.<sup>6</sup> Diese Bevölkerungsgruppe wird also für Fragen in Bezug auf das Themenfeld Pflege immer bedeutender.

*Wie viele Pflegebedürftige leben in Deutschland und wie werden sie versorgt?*

Nach zuletzt verfügbaren Zahlen der bundesamtlichen Pflegestatistik waren zum Jahresende 2013 etwa 2,63 Millionen Versicherte der sozialen und privaten Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt.<sup>7</sup> Setzt man diese in Relation zur Gesamtbevölkerung, so waren etwa 3,3 Prozent der Menschen in Deutschland pflegebedürftig.

Von den anerkannt Pflegebedürftigen sind mehr als die Hälfte (55,8 Prozent) der Pflegestufe I zugeordnet. Der Anteil der Empfänger der Pflegestufe II liegt bei 31,9 Prozent und der Anteil der Pflegestufe III bei 11,8 Prozent, wobei 0,5 Prozent noch ohne Zuordnung waren.

Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen (70,9 Prozent bzw. 1,86 Millionen) wurden zu Hause versorgt. Pflegegeld bezogen davon 1,25 Millionen Pflegebedürftige. Diese Personen wurden in der Regel allein durch Angehörige gepflegt. Bei weiteren 616.000 Pflegebedürftigen erfolgte die Pflege zwar auch zu Hause, allerdings ergänzt oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. In Pflegeheimen wurden zudem 764.000 Pflegebedürftige versorgt.

Pflegebedürftigkeit ist äußerst altersabhängig. Insgesamt sind etwa 83 Prozent der Leistungsempfänger älter als 65 Jahre. Neben der Altersabhängigkeit sind Pflegerisiken auch geschlechtsabhängig, Frauen sind insgesamt stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen. Dies ist vor allem damit begründet, dass Frauen länger leben und das Pflegerisiko mit dem Alter ansteigt. Weiterhin ist der Familien-

stand ein Faktor, weil Frauen aufgrund höherer Lebenserwartung häufiger verwitwet bzw. alleinstehend sind.

Wissenschaftler des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen haben eine (regionalisierte) Vorausberechnung der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2060 vorgenommen.<sup>8</sup> Auf der Grundlage eines Status-quo-Szenarios der altersbezogenen Pflegewahrscheinlichkeiten prognostizieren sie 2020 3,1 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland, 2060 werden es voraussichtlich 4,6 Millionen sein.

Aufgrund bis dahin fehlender quantitativer Erkenntnisse zu pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund wurden 2011 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums im Rahmen der Studie zur ›Weiterentwicklung des Pflegegesetzes‹ u.a. Pflegebedürftige und Pflegekräfte mit Migrationshintergrund befragt.<sup>9</sup> Demnach haben etwa acht Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten einen Migrationshintergrund. Darunter sind insgesamt lediglich 25 Prozent mit einer ausschließlich ausländischen Staatsbürgerschaft. In der Eingruppierung in Pflegestufen zeigen sich Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationshintergrund. So sind 54 Prozent der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in die Stufe I eingeordnet, während der Anteil bei Personen ohne Migrationshintergrund 59 Prozent beträgt. Dagegen ist in der Pflegestufe III der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Personengruppe ohne Migrationshintergrund überproportional hoch (15 Prozent zu neun Prozent).

Bei den ambulant betreuten Pflegebedürftigen weisen insgesamt etwa sieben Prozent einen Migrationshintergrund auf. Dieser Anteil macht bei den vollstationär Versorgten ca. neun Prozent aus, wobei die Schätzungen der jeweiligen Heimleitungen nur einen Wert von sechs Prozent ergaben. Hier kann davon ausgegangen werden, dass ein etwaiger Migrationshintergrund für die Heimleitung nicht immer ersichtlich ist und daher der Anteil von ihnen eher zu gering eingeschätzt wurde.<sup>10</sup>

#### *Was weiß man über Pflegekräfte mit Migrationshintergrund?*

Laut amtlicher Pflegestatistik waren im Jahr 2013 insgesamt 12.745 ambulante Pflegedienste und 13.030 stationäre Pflegeheime in Deutschland zugelassen. In Pflegeeinrichtungen arbeiteten Ende 2013 laut amtlicher Pflegestatistik insgesamt 1.005.524 Beschäftigte, hiervon 320.077 in ambulanten Pflegediensten und 685.447 in Pflegeheimen. Aufgrund der demografischen Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands wird sich der Bedarf an professionellen Pflegekräften in Zukunft deutlich erhöhen.<sup>11</sup>

Laut Erkenntnissen der bereits angesprochenen Studie des Bundesgesundheitsministeriums zeigt sich, dass im Jahr 2010 in den ambulanten Pflegediensten durchschnittlich 11 Prozent der Pflegekräfte einen Migrationshintergrund besaßen. Hierbei gab es allerdings auch strukturelle Unterschiede: So beschäftigten 35 Prozent der Pflegedienste gar keine Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, weitere 28 Prozent wiesen maximal 10 Prozent auf. In vier Prozent der Pflegedienste stellten Pflegende mit Migrationshintergrund eine Mehrheit dar. In größeren Einrichtungen wurden diese vermehrt beschäftigt, was vor allem auf

die stärkere Verbreitung von größeren Diensten in städtischen Gegenden zurückzuführen ist. In vollstationären Einrichtungen arbeiteten nach Angaben der jeweiligen Heimleitung durchschnittlich 15 Prozent Personen mit Migrationshintergrund. Nach Auskunft der Pflegekräfte wiesen sogar annähernd 23 Prozent einen Migrationshintergrund auf. Diese Diskrepanz ist vor allem dadurch begründet, dass bei Pflegekräften, deren Muttersprache Deutsch ist, ein Migrationshintergrund von der Heimleitung nicht mehr wahrgenommen wurde. Allerdings waren auch hier strukturelle Differenzen festzustellen: So beschäftigten 14 Prozent der Heime keine Personen mit Migrationshintergrund, bei 39 Prozent der Einrichtungen stellten sie maximal zehn Prozent der Beschäftigten, während sie bei vier Prozent die Mehrheit der Angestellten bildeten.

Die Entwicklung des Pflegearbeitsmarktes wird auch von der Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen abhängen (siehe dazu das Interview mit Helma Lutz in diesem Dossier). Angehörige von Pflegebedürftigen stehen vor der Entscheidung, selber die Pflege zu übernehmen, auf ambulante Pflegedienste zurückzugreifen, eine stationäre Unterbringung zu veranlassen oder eine Haushaltshilfe einzusetzen. Da die Beschäftigung einer ausländischen Haushaltshilfe oft die günstigste Alternative zur Versorgung Pflegebedürftiger darstellt, zumal bei einer zeitlich intensiven Betreuung, dürfte diese Beschäftigungsform in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen.

#### *Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland*

Neben den Zuzügen von Pflegekräften aus den osteuropäischen EU-Staaten konnte ausländischen Pflegekräften aus Drittstaaten bis zum 30. Juni 2013 nach § 30 der bis dahin geltenden Fassung der Beschäftigungsverordnung die Zustimmung zur Ausübung einer Beschäftigung erteilt werden. Voraussetzung hierfür waren eine entsprechende berufliche Qualifikation und ausreichende deutsche

#### **Infobox: Afrika pflegt Europa**

In Europa gibt es immer mehr alte Menschen. Mit dem Alter steigt auch das Risiko altersbedingter Krankheiten und die Pflegebedürftigkeit nimmt zu. Der Bedarf an Ärzten, Krankenschwestern und Pflegekräften steigt. Schon heute werden daher viele Fachkräfte aus anderen Weltregionen rekrutiert, u.a. aus Afrika. Dort werden diese allerdings auch dringend benötigt. Die Folge ›Afrika pflegt Europa‹ aus der Arte-Serie ›Mit offenen Karten‹ widmet sich diesen Migrationsbewegungen und ihren Auswirkungen auf die Herkunftsländer. Sie ist in der Mediathek auf [bpb.de](http://bpb.de) abrufbar.

#### *Weiterer Beitrag zum Thema auf [bpb.de](http://bpb.de):*

Stewart, James/Clark, Darlene/Clark, Paul F. (2007): Abwanderung und Anwerbung von Fachkräften im Gesundheitswesen: Ursachen, Konsequenzen und politische Reaktionen. focus Migration, Kurzdossier Nr. 7.



Sprachkenntnisse sowie eine Absprache der Bundesagentur für Arbeit mit der Arbeitsverwaltung des Herkunftslandes. Die Regelung findet Fortsetzung in § 6 Abs. 2 der seitdem geltenden Fassung der Beschäftigungsverordnung, der sich generell auf Fachkräfte mit im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen bezieht. Demnach dürfen Fachkräfte aus Drittstaaten zuwandern, deren berufliche Qualifikation in Deutschland gesucht wird, die also in sogenannten ›Mangelberufen‹ arbeiten. Welche Berufe darunter fallen, legt die Bundesagentur für Arbeit in einer ›Positivliste‹ fest. Aktuell enthält diese auch Berufe der Kranken- und Altenpflege, weil viele Stellen nicht besetzt werden können. Unter entwicklungspolitischen Gesichtspunkten wurden Einschränkungen für Pflegefachkräfte aus Staaten<sup>12</sup> festgelegt, die selbst einen Mangel an Gesundheitsfachkräften aufweisen, der durch eine Abwanderung dieser Fachkräfte noch verstärkt werden könnte.<sup>13</sup>

Seit Beginn des Jahres 2013 hat die Bundesagentur für Arbeit mit den Arbeitsverwaltungen u.a. von China, Serbien, Bosnien-Herzegowina, den Philippinen und Tunesien Absprachen über die Vermittlung von Pflegefachkräften getroffen. In diesem Rahmen hat beispielsweise das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) das Modellprojekt ›Ausbildung junger Menschen aus Vietnam in Deutschland zu Pflegefachkräften‹ ins Leben gerufen, das von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) umgesetzt wird. Dabei erleichtern berufsbegleitende Sprachkurse und interkulturelle Begleitprogramme das Ankommen der vietnamesischen Fachkräfte in ihrem neuen Alltag in Deutschland.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Als Überblick vgl. Kohls (2012a), Schimany/Rühl/Kohls (2013).

<sup>2</sup> Zu Belastungen und Ressourcen, die aus einer Migrationsbiographie resultieren können, siehe den Beitrag ›Altern in der Migrationsgesellschaft: Kultursensible (Alten-)Pflege und Interkulturelle Öffnung‹ in diesem Dossier.

<sup>3</sup> Für weitere Informationen siehe auch das Kurzdossier ›Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland‹ auf [www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers](http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers) (Zugriff: 22.7.2015).

<sup>4</sup> Rothgang et al. (2013), S. 122.

<sup>5</sup> Statistisches Bundesamt (2015b).

<sup>6</sup> Vgl. Kohls (2012b).

<sup>7</sup> Statistisches Bundesamt (2015).

<sup>8</sup> Siehe Rothgang et al. (2013).

<sup>9</sup> Vgl. BMG (2011).

<sup>10</sup> BMG (2011).

<sup>11</sup> Siehe dazu Pohl (2010).

<sup>12</sup> Eine Liste der Staaten, die laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Mangel an Gesundheitsfachkräften aufweisen, findet sich in Anlage 2 der Positivliste der Bundesagentur für Arbeit (Stand: Juli 2013).

<sup>13</sup> Vgl. BAMF (2015).

Der Autor

**Dr. Martin Kohls**, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.

E-Mail: [martin.kohls@bamf.bund.de](mailto:martin.kohls@bamf.bund.de)

## Literatur

- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2015): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Nürnberg. Online: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2013.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 15.5.2015).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011): Abschlussbericht zur Studie ›Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes‹. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von Infratest Sozialforschung München. Berlin. Online: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_zur\\_Studie\\_Wirkungen\\_des\\_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf) (Zugriff: 15.5.2015).
- Kohls, Martin (2012a): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 15.5.2015).
- Kohls, Martin (2012b): Demographie von Migranten in Deutschland. In: Challenges of Public Health, Nr. 63 (Hg.: Razum, Oliver). Frankfurt/Main: Peter Lang Verlag.
- Pohl, Carsten (2010): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Deutschland: Modellrechnungen für die Bundesländer bis zum Jahr 2020. In: Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 35, Nr. 2, S. 357-378.
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Unger, Rainer (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation und Pflege. Siegburg: Asgard-Verlagsservice. Online: [http://www.zes.uni-bremen.de/uploads/News/2013/131218\\_BARMER\\_GEK\\_Pflegereport\\_2013.pdf](http://www.zes.uni-bremen.de/uploads/News/2013/131218_BARMER_GEK_Pflegereport_2013.pdf) (Zugriff: 15.5.2015).
- Schimany, Peter/Rühl, Stefan/Kohls, Martin (2013): Ältere Migrantinnen und Migranten – Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aelttere-migranten.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aelttere-migranten.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 15.5.2015).
- Statistisches Bundesamt (2014): Fachserie 1. Reihe 2.2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Wiesbaden. Online: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Migration-Integration/Migrationshintergrund2010220137004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Migration-Integration/Migrationshintergrund2010220137004.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 15.5.2015).

- Statistisches Bundesamt (2015a): Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Online: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 15.5.2015).
- Statistisches Bundesamt (2015b): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Online: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 15.5.2015).

### Beiträge zum Thema auf bpb.de

- Gerlinger, Thomas/Röber, Michaela (2014): Die Pflegeversicherung (Dossier Gesundheitspolitik)
- Pflegebedürftige (Zahlen und Fakten: Die soziale Situation in Deutschland)
- Hardy, Jane/Calvey, Moira/Shelly, Steve (2015): Arbeitsmigration im Gesundheitswesen: Trends und Auswirkungen, APUZ 4–5.
- Ohliger, Rainer (2014): In der Diskussion: Alterung der Bevölkerung ist unabwendbar, aber gestaltbar. Newsletter Migration und Bevölkerung, Ausgabe 6/14.

## Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – kultursensible (Alten-)Pflege und Interkulturelle Öffnung

von Gabriella Zanier

### Hintergründe

Forderungen nach kultursensibler Pflege und sogenannter Interkultureller Öffnung sind nicht neu. Bereits Anfang der 1990er Jahre gab es dazu erste Arbeitsansätze in der offenen<sup>1</sup> und stationären Altenhilfe<sup>2</sup>. Auch die Prognosen über eine deutliche Zunahme der Anzahl älterer Migranten<sup>3</sup> waren bereits vor 25 Jahren bekannt. Schon Ende der 1980er Jahre wiesen erste Untersuchungen auf die Schwierigkeiten für ältere Migranten beim Zugang und der Nutzung medizinischer und pflegerischer Dienste sowie sozialer Leistungen hin.<sup>4</sup> Im Jahr 1999 wurde der *Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenhilfe* (Vorläufer vom *Forum für eine kultursensible Altenhilfe*) ins Leben gerufen. Zwei Jahre lang setzte er sich mit der Frage aus-

einander, welche Barrieren beim Zugang von Migranten zur Altenhilfe bestehen und wie sie überwunden werden könnten. Die Arbeitsansätze dazu wurden im 2002 veröffentlichten *Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe* und der begleitenden *Handreichung* formuliert. Das Thema blieb jedoch weiterhin eher ein Randthema und gewinnt erst allmählich angesichts einer steigenden Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund an Aufmerksamkeit. Laut Mikrozensus 2013 haben rund 16,5 Millionen Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund, etwa 1,5 Millionen davon sind über 65 Jahre alt. Modellrechnungen zeigen, dass ihre Zahl bis 2030 auf 3,6 Millionen ansteigen und sich damit in ca. 15 Jahren mehr als verdoppeln wird.<sup>5</sup> Bereits heute stellen die älteren Migranten die zurzeit am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe dar.<sup>6</sup>

Aufgrund der Arbeitsbedingungen und Migrationsbelastungen ist das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden, bei der Gruppe der Migranten höher als in der Referenzgruppe der Einheimischen. Zu den für Migranten spezifischen **Belastungen** können im Wesentlichen zählen: schwere Arbeitsbedingungen, höheres Unfallrisiko, häufigere Berufskrankheiten, Erwerbslosigkeit (nicht nur wegen geringerer Qualifizierung, sondern auch wegen Berufsunfähigkeit), sozioökonomische Benachteiligung, migrationsbedingte psychische Belastungen z.B. durch Trennungserfahrungen (von der Heimat sowie auch familiären Bindungen), Anpassung an die kulturellen und Systembedingungen des ›Aufnahmelandes‹, Kommunikationsprobleme, Diskriminierungserfahrungen, kulturelle Identifikationskonflikte und Generationsprobleme.

Gleichzeitig verfügen Migranten aber auch über eine Reihe von **Ressourcen**, die das Risiko einer Pflegebedürftigkeit verringern können. Dazu zählen u.a. im Falle jener, die als ›Gastarbeiter‹ in die Bundesrepublik gekommen sind, die positive Selektion im Hinblick auf den Gesundheitszustand zu Beginn der Migration (guter Gesundheitszustand war Voraussetzung für den Arbeitsvertrag im Aufnahmeland), die ausgeprägte Anpassungsfähigkeit und die Kompensationsmechanismen, die die Migranten entwickelt haben.

Insgesamt haben in Deutschland gut über acht Prozent<sup>7</sup> der im Sinne des SGB XI pflegebedürftigen Personen einen Migrationshintergrund. Diese Zahl erfasst nur die Anfrage von institutionell registrierten Pflegeleistungen, jedoch keineswegs den realen Bedarf. Rund 78 Prozent der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund bzw. ihre pflegenden Angehörigen nehmen keine Pflegeleistungen in Anspruch. Zudem greifen sie auf ambulante Pflegeleistungen meist erst im fortgeschrittenen Stadium der Pflege zurück und bevorzugen Geldleistungen (79 Prozent ausschließlich Pflegegeld, bei den Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund 70 Prozent) gegenüber Sach- und Kombileistungen (Pflegegeld plus Sachleistung, d.h. Inanspruchnahme von professionellen Pflegediensten). Das verweist auf Barrieren bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, die zum einen aufseiten der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund und ihrer Angehörigen, zum anderen aber auch aufseiten der Einrichtungen und Dienstleister in der Altenpflege zu finden sind.

## Barrieren

Wenn in den Einrichtungen der Altenhilfe die Nachfrage seitens älterer Migranten noch gering ist, darf dies nicht als Indikator für einen geringeren Bedarf gedeutet werden. Vielmehr sollte nach den Gründen für die Diskrepanz zwischen Bedarf und tatsächlicher Nachfrage gesucht werden. Barrieren auf der Seite der Migranten behindern die Wahrnehmung und Nutzung der Unterstützungsangebote wie auch die öffentliche Artikulation ihres Hilfebedarfs.

Zu diesen Barrieren zählen u.a.<sup>8</sup>: Unkenntnisse bzw. fehlende oder falsche Information über die Beratungs- und Hilfsangebote und über Versorgungsansprüche, mangelnde Sprachkenntnisse, Angst vor rechtlichen oder finanziellen Folgen (Einkommen der Kinder wird einbezogen), negative Erfahrungen mit Behörden in Deutschland oder im Heimatland, bürokratische Hürden bei der Beantragung von Pflegeleistungen, Hemmungen/Scham bei der Inanspruchnahme fremder bzw. professioneller Hilfe, soziale Kontrolle innerhalb der Community oder durch Deutsche ohne Migrationshintergrund, Stigmatisierung, Unwissenheit oder Unsicherheit über Inhalt und Gestalt der Hilfe/Pflegeleistungen, Sorge/Misstrauen darüber, dass die eigenen kulturellen und religiösen Bedürfnisse nicht verstanden und nicht berücksichtigt werden, Vorbehalte gegenüber den Wertvorstellungen der Mitarbeiter (Vorurteile).

Auf der anderen Seite verhindern Barrieren der Einrichtungen der Altenhilfe, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund diese in Anspruch nehmen. Oft mangelt es am Verständnis für die spezifischen Bedürfnisse von Migranten.

Zu den Barrieren auf der Seite der Einrichtungen/des Systems zählen z.B. die monolinguale Ausrichtung (Informationsmaterialien und Beratung meist nur auf Deutsch), die Art der Informationsverteilung, die Verständlichkeit des Inhalts des Informationsmaterials (selbst für deutsche Nutzer schwer verständlich), die Unübersichtlichkeit der Hilfsangebote, bürokratische Hürden (Antrag und verschiedene Zuständigkeiten), die mangelnde Auseinandersetzung mit dem tatsächlichen Bedarf von Migranten vor Ort, Unkenntnisse über die Lebenslagen der Migranten, Vorurteile, Leugnung von kulturellen Unterschieden, mangelnde interkulturelle Kompetenz.<sup>9</sup>

## Lösungsansätze:

### Konzepte – Ziele – Umsetzungsrealität

Die skizzierte Pluralität und Heterogenisierung der Bevölkerung sind noch nicht in die derzeitigen Strukturen des Altenhilfe- und Gesundheitssystems eingegangen. Diese stehen heute vor der Aufgabe, einen internen Organisationsentwicklungsprozess einzuleiten, um den zunehmend unterschiedlichen kulturellen wie religiösen Bedürfnissen angemessen begegnen zu können.

Die zunehmende Vielfalt der Biographien, Lebensstile und Bedürfnisse erfordert vom Versorgungssystem flexible Strukturen und Abläufe, die Überarbeitung und Differen-

zierung der Pflege- und Betreuungskonzepte sowie neue Kompetenzen. Der kultursensible Ansatz und die Interkulturelle Öffnung können zu dieser Entwicklung beitragen. Während der Ansatz der kultursensiblen Pflege (wie auch ähnlich gelagerte Ansätze der transkulturellen bzw. ethnospezifischen Pflege) primär auf die Veränderung der Pflegebeziehung zwischen der hilfsbedürftigen Person und dem professionell Pflegenden und damit auf die individuelle Ebene zielt, richtet der Ansatz der Interkulturellen Öffnung seinen Fokus auf eine strukturelle Veränderung der Einrichtung/Organisation.

### Kultursensible Pflege

»Kultursensible Pflege trägt dazu bei, dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann«<sup>10</sup>, heißt es im 2002 veröffentlichten *Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe*. Die kultursensible Pflege setzt am biographischen Ansatz an und erweitert ihn um soziokulturelle und religiöse Dimensionen.

Der Ansatz der kultursensiblen Pflege bietet keine vorgefertigten Lösungen, sondern basiert auf einem *interkulturellen Lernprozess* der professionell Pflegenden, der Hilfebefürftigen und deren Angehörigen, der Einrichtung und deren Umfeld. »Interkulturelles Lernen ist ein Prozess, in den alle Beteiligten eingebunden werden müssen«, damit ein wechselseitiger Anpassungsprozess sowohl auf der Ebene der Pflegebeziehung als auch auf der Ebene der Einrichtung/Organisation eingeleitet werden kann. Dieser Lernprozess ist dauerhaft angelegt, wird in eine kontinuierliche strukturelle Entwicklung der Einrichtung (Interkulturelle Öffnung) eingebettet und sollte fortwährend weitergeführt werden.

In Anlehnung an das in der *Handreichung für eine kultursensible Altenpflege* erarbeitete Konzept fasst Abbildung 1 (siehe S. 8) die zentralen Aspekte der kultursensiblen Pflege zusammen.<sup>11</sup>

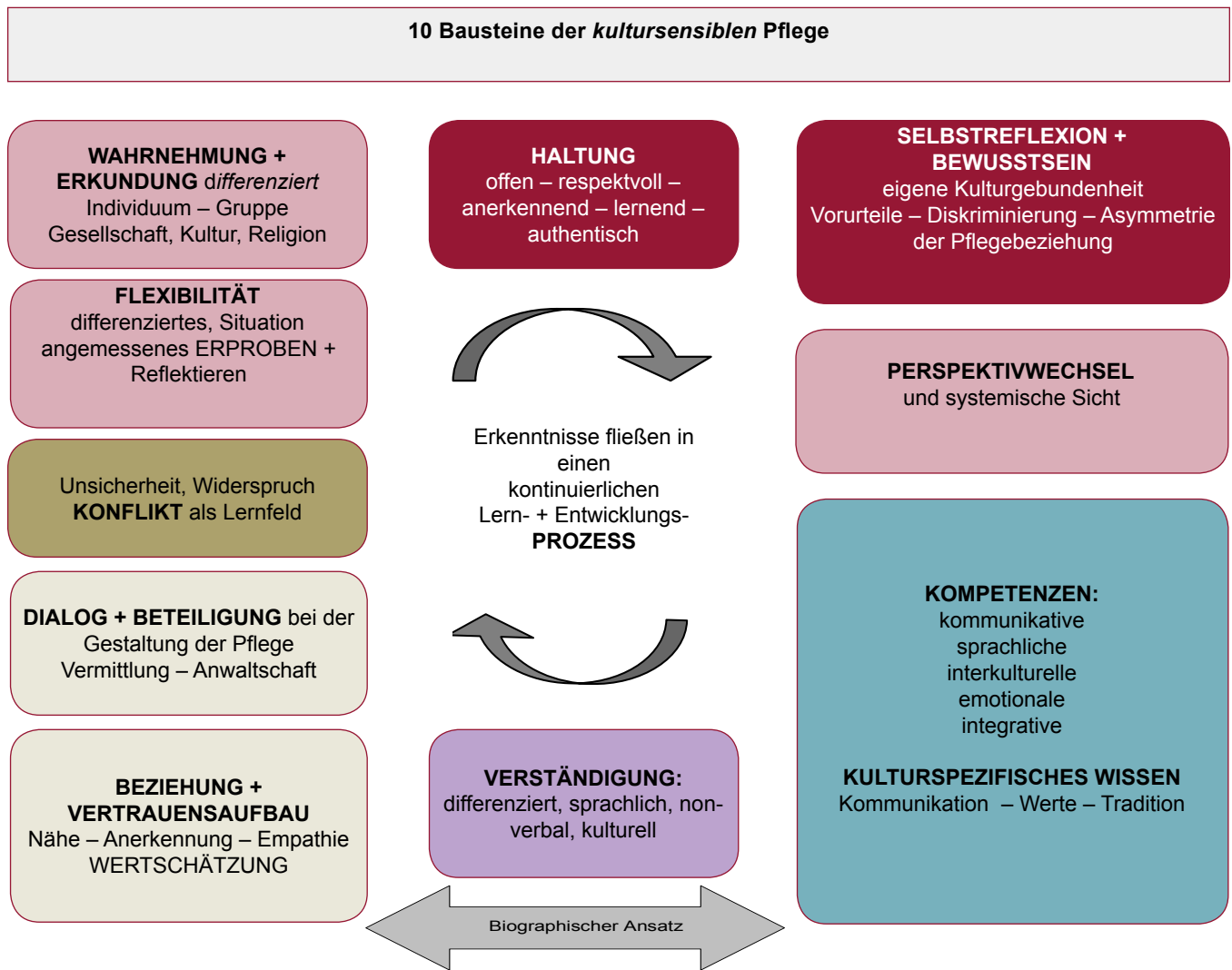
Die Erkenntnisse aus der Anwendung der skizzierten »Bausteine« fließen in einen kontinuierlichen, wechselseitigen und partnerschaftlich angelegten *Lernprozess* ein und speisen die Weiterentwicklung der professionell Pflegenden, der Einrichtung und der Qualität ihrer Konzepte und Leistungen. Der Lern- und Entwicklungsprozess ist nie abgeschlossen, sondern gilt als fortwährende Aufgabe. Deshalb sind regelmäßige Reflexionsräume und weitere Qualifizierung unentbehrlich. Beim Pflegemanagement muss der dafür notwendige Mehraufwand zeitlich und finanziell eingeplant werden.

Voraussetzung für eine kultursensible Pflege ist die Implementierung eines Prozesses der Interkulturellen Öffnung in der Einrichtung bzw. Organisation, die die individuelle Pflegebeziehung rahmt.

### Interkulturelle Öffnung

Der Ansatz der Interkulturellen Öffnung<sup>12</sup> nimmt die Vielfalt der Gesellschaft bewusst wahr und integriert sie in die Organisationsstruktur.<sup>13</sup>

Abbildung 1:



Quelle: Eigene Darstellung.

Damit ist der Prozess der Interkulturellen Öffnung ein Veränderungsprozess der gesamten Einrichtung: »Interkulturelle Öffnung ist KEIN Zusatzangebot, sondern betrifft die ganze Organisation und erfordert einen transparenten langfristigen Entwicklungsprozess auf allen Ebenen«, heißt es in § 3 des *Memorandums für eine kultursensible Altenhilfe*. Das bedeutet, dass die Interkulturelle Öffnung im Leitbild der Organisation zu integrieren und als dauerhafter Bestandteil der Qualitätsentwicklung und -sicherung und der Organisationsentwicklung der Institution zu verankern ist. Dazu zählen die Anpassung der internen Strukturen, die Überprüfung und Weiterentwicklung des Personalkonzepts und Qualitätsmanagements, die Optimierung von Abläufen, die Differenzierung der Angebotsgestaltung und der Öffentlichkeitsarbeit sowie der Aufbau von Vernetzung und partizipativen Kooperationsstrukturen.

Es braucht entsprechende zeitliche Ressourcen für die Implementierung der Interkulturellen Öffnung, für die Umsetzung der kultursensiblen Pflege, für die Reflexion und Evaluation der neuen Erfahrungen und nicht zuletzt für die

Moderation und Steuerung des Gesamtprozesses. Dazu bedarf es außerdem adäquater personeller Ressourcen, neuer Kompetenzen (von der Gewinnung neuer Mitarbeiter über Fortbildung und Einsatzplanung bis zur Supervision) sowie der Einplanung von adäquaten finanziellen Ressourcen. Die Einbeziehung einer externen Fachberatung kann besonders in der Implementierungsphase sehr hilfreich sein. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des Interkulturellen Öffnungsprozesses ist, dass sie vom Management gewollt und mit den Mitarbeitern und allen anderen Beteiligten offen diskutiert, abgestimmt und mitgetragen wird. Abbildung 2 zeigt die Schritte auf, die bei der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung (von Einrichtungen der Altenhilfe) berücksichtigt werden müssen.

**Stand der Umsetzung der Ansätze der kultursensiblen Pflege und der Interkulturellen Öffnung in der Praxis**

Trotz ethischer und gesetzlicher Verankerung und vorhandener Kenntnisse über die demografische Entwicklung



ist die Umsetzung des kultursensiblen Ansatzes und die Implementierung der Interkulturellen Öffnung in den Einrichtungen noch eine punktuelle Erscheinung. Die Gründe dafür sind vielschichtig. Sie sind in den Barrieren und Widerständen bei den verschiedenen Akteuren und Entscheidern zu suchen, sowohl in den Einrichtungen selbst, als auch in Kommunen, Ländern, Bundesregierung und Pflegekassen. Zudem ist ganz allgemein anzumerken, dass der Grad der Umsetzung der kultursensiblen Pflege und Interkulturellen Öffnung in den Pflegeeinrichtungen nur schwer messbar ist, denn:

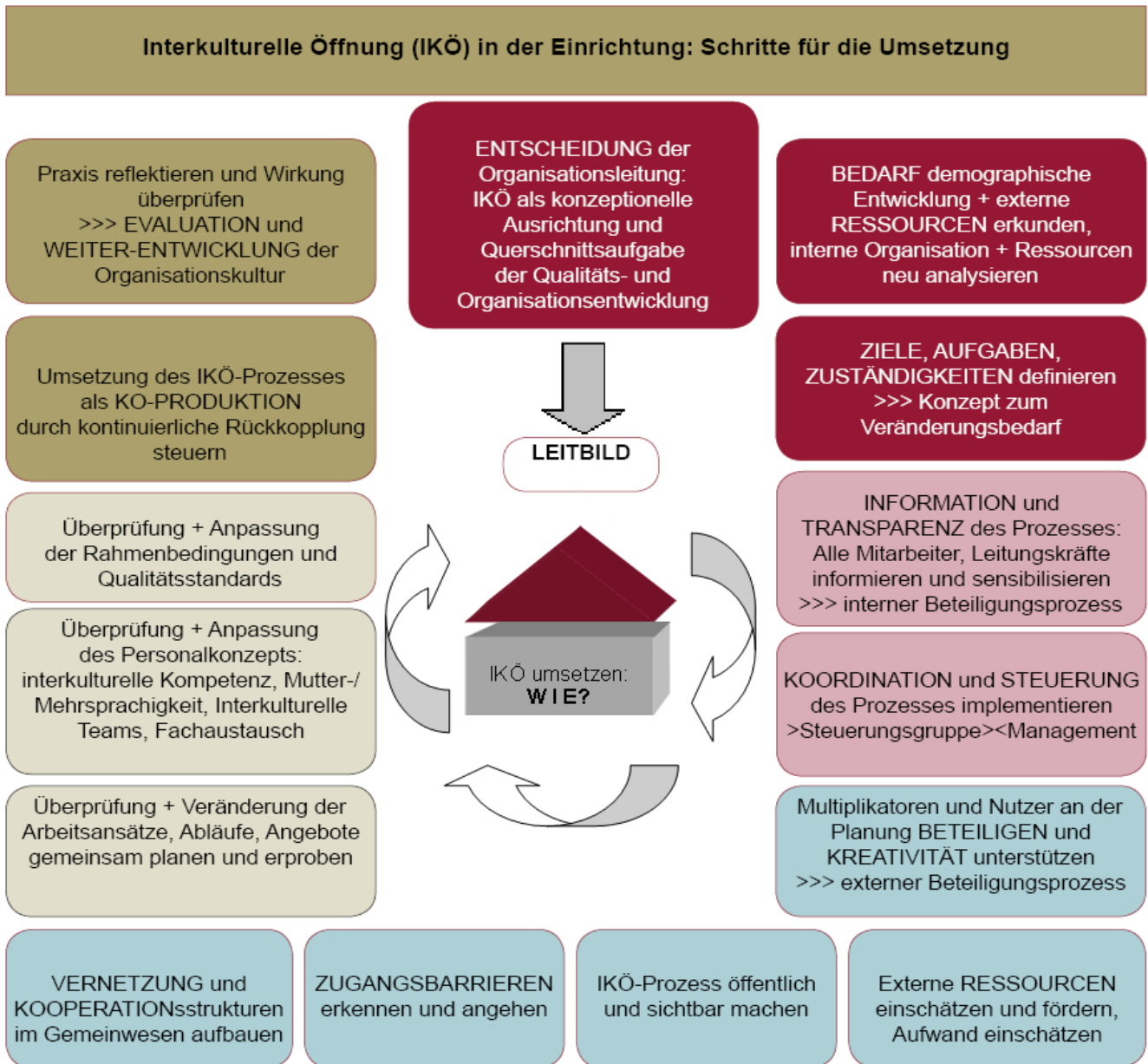
a. Kultursensible Pflege und Interkulturelle Öffnung sind noch *keine* wissenschaftlich erprobten und geschützten Standards, sodass jede Einrichtung behaupten kann, kultursensibel zu arbeiten.

b. Es liegen *keine* belastbaren Daten zum Stand der Umsetzung der kultursensiblen Pflege und Interkulturellen Öffnung in deutschen Pflegeeinrichtungen vor, sondern nur einzelne Projektberichte oder lokale Untersuchungen (einzelner Kommunen: z.B. Frankfurt/Main<sup>14</sup>, München oder Bundesländer: z.B. Baden-Württemberg, NRW).

c. Die Ergebnisse der vorhandenen Untersuchungen basieren auf Angaben aus *unüberprüfter Selbsteinschätzung* der Einrichtungen.

Folglich können über die Anwendung dieser Arbeitsansätze in der deutschen Altenpfegelandschaft nur Schätzungen auf der Basis von punktuellen Erfahrungswerten gemacht werden.

Abbildung 2:



Quelle: Eigene Darstellung.

Das *Forum kultursensible Altenhilfe* beobachtet besonders in den letzten fünf Jahren ein zunehmendes Interesse an der Thematik, das sich auch in einer zunehmenden Anzahl von neuen Projekten und Angeboten mit kultursensibler Ausrichtung widerspiegelt. Die Nachfrage nach Beratung, Konzepten und Fortbildungsmöglichkeiten steigt bedeutend. Gesucht wird vielfach der Austausch mit Beispieleinrichtungen. Auch in der Öffentlichkeit und in der Fachwelt wächst das Interesse: Pressartikel, Tagungen, Fachdiskussionen, Fortbildungsangebote, Informationsmaterial in verschiedenen Muttersprachen und wissenschaftliche Abhandlungen greifen das Thema auf. Begrüßenswert ist dabei auch die Auseinandersetzung mit einzelnen zentralen Themen wie Migration und Demenz sowie Sterbebegleitung bei Migranten.

Immer mehr Pflegeeinrichtungen, besonders stationäre, versuchen, in ersten Schritten, die Bausteine der Interkulturellen Öffnung umzusetzen. So wird etwa bei der Personalauswahl der Migrationshintergrund als ein Einstellungskriterium berücksichtigt. Pflegeeinrichtungen sehen in diesem Ansatz die Möglichkeit, dem Personalmangel im Pflegesektor entgegenzuwirken. Sie organisieren zudem zunehmend Fortbildungen zu den Themen kultursensible Pflege und Interkulturelle Öffnung.

In der *stationären Pflege* ermöglichen manche Einrichtungen z.B. die Ausübung religiöser Rituale durch die Anpassung von Pflegeabläufen und Versorgung (Speiseangebote werden an die Bedürfnisse der Bewohner anderer Herkunft angepasst) und durch die Einrichtung von Gebetsräumen. Einige große Anbieter von Pflegedienstleistungen (z.B. AWO Nürnberg oder Caritas Stuttgart) haben Kultursensibilität und Interkulturelle Öffnung als Querschnittsthema in ihren Einrichtungen eingeführt und einen Organisationsentwicklungsprozess eingeleitet. Sie erproben ihn seit mehreren Jahren mit positiven Ergebnissen. Andere setzen auf kultursensible Pflege und Interkulturelle Öffnung im Rahmen gezielter Maßnahmen vom Land oder der Kommune, beispielhaft sei hier auf die Rahmenkonzeption 2014-2020 zur Interkulturellen Öffnung der stationären Langzeitpflege in München hingewiesen.<sup>15</sup> Noch gibt es jedoch nur wenige Praxisbeispiele.<sup>16</sup>

Im *ambulanten* Bereich entstehen mehrsprachige Pflegedienste, besonders in Ballungsgebieten.<sup>17</sup> Der Umsetzungsstand ist hier im Vergleich zur stationären Pflege aufgrund der größeren Unübersichtlichkeit und Fluktuation des Marktsegments jedoch noch schwieriger einzuschätzen. An dieser Stelle sei auch angemerkt, dass die Einstellung von mehrsprachigem Fachpersonal allein nicht ausreicht, um Kultursensibilität sicher zu stellen. Denn Merkmale wie Mehrsprachigkeit oder Migrationshintergrund implizieren nicht automatisch die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter sowie die multikulturelle Besetzung des Personals allein nicht automatisch die interkulturelle Kompetenz des Teams und die Interkulturelle Öffnung der Einrichtung bedeutet. Dies gilt auch für andere Maßnahmen wie z.B. die Übersetzung des Informationsmaterials in verschiedene Sprachen oder der sporadische Kontakt zu Migrantenvereinen bei kulturellen Anlässen.

Es ist verständlich, dass Pflegeeinrichtungen – je nach ihren spezifischen Ausgangsbedingungen – den komple-

xe Veränderungsprozess der Interkulturellen Öffnung schrittweise angehen. Der häufigere, pragmatische Weg der Umsetzung sowohl in stationären als auch in ambulanten Pflegeeinrichtungen ist die Einführung von Einzelmaßnahmen und die Fokussierung auf wenige ethnonationale Gruppen, zu denen die Einrichtungen – aufgrund ideeller oder konfessioneller Affinitäten oder der vorhandenen Ressourcen (Mitarbeiter der Muttersprache der Klienten) – einen leichteren Zugang haben und einen geringen Aufwand für die Anpassung der Angebote aufbringen müssen. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass es bei den Einzelmaßnahmen bleibt und dass der eigentliche interkulturelle Veränderungsprozess nicht zustande kommt.

Verbände der Altenhilfe haben sich mit der Unterzeichnung des Memorandums (2004-2005) der Selbstverpflichtung für eine kultursensible Ausrichtung ihrer Einrichtungen verschrieben. Bis heute haben jedoch die wenigsten Einrichtungen die kultursensible Pflege als Standard eingeführt und die Interkulturelle Öffnung als gesamtheitlichen Organisationsprozess eingeführt. Dies liegt häufig an Zeitmangel, unzureichenden Ressourcen sowie falschen Annahmen oder Widerständen bei den Pflegeeinrichtungen selbst. Zum anderen ist der zögerliche Verbreitungs- und Umsetzungsstand durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen bedingt. Diese umfassen z.B.:

- zu enge Zeitkorridore und fehlende finanziellen Grundlagen, um den erhöhten Zeitaufwand für die Umsetzung von kultursensibler Pflege und Interkultureller Öffnung abzudecken,
- niedrige Personalschlüssel,
- fehlende Finanzierung der Fortbildung des Personals in interkultureller Kompetenz oder von Sprachkursen wie Deutsch für die Pflege (Die Fortbildung ist oft eine freiwillige Leistung der Einrichtungen. Die meisten Pflegeeinrichtungen verfügen aber nicht über ein ausreichendes Fortbildungsbudget für eine durchgängige Qualifizierung des Personals.),
- Kultursensibilität und Interkulturelle Öffnung sind nicht als Qualitätskriterien der Pflege anerkannt, folglich auch der zeitliche und finanzielle Aufwand nicht abgedeckt,
- fehlende Finanzierung für eine Beratung und Begleitung bei der Umsetzung vor Ort,
- keine Sensibilisierung und Qualifikation von Leitungs- und Führungskräften in interkultureller Kompetenz (diese Schlüsselkompetenz ist in den Curricula beruflicher Ausbildung sowohl der Fach- als auch der Leitungskräfte nicht oder kaum vorgesehen)<sup>18</sup>.

Auf der System- und politischen Ebene ist das Thema noch nicht wirklich angekommen. Das Thema Alter und Migration bleibt eine Randaufgabe und findet immer noch keine Lobby.

Die meisten Länder und Kommunen haben bis heute noch keinen Rahmenplan für die Umsetzung des gesetz-

lich verankerten Anspruchs auf die Berücksichtigung der Bedürfnisse nach einer kultursensiblen Pflege (PVG SGB XI § 1 Soziale Pflegeversicherung (4a)) entwickelt. Die verzögernde Haltung lässt einerseits Unsicherheit und Orientierungslosigkeit im Hinblick auf den Umgang mit dem Thema vermuten, andererseits die Befürchtung vor nicht einschätzbaren Auswirkungen auf die Finanzen.

### Handlungsbedarf

Der Prozess der Interkulturellen Öffnung und der kultursensiblen Professionalisierung von Altenpflege und Altenarbeit erfordert für eine konsequente Umsetzung einen nicht unerheblichen Aufwand. Dieser kann nur z.T. von den Einrichtungen selbst getragen werden. Der dafür notwendige Bedarf an Zeit und personellen wie finanziellen Ressourcen müsste als Bestandteil der Weiterentwicklung des Systems anerkannt und in die Regelfinanzierung integriert werden. Extrafinanzierung oder Sonderprogramme wären nur eine temporäre und punktuelle Lösung, die der demografischen Veränderung nicht Rechnung tragen würde.

Das *Forum für eine kultursensible Altenhilfe* – Region Mitte-Süd – hat 2012 mit Vertretern aus Einrichtungen der Altenhilfe und anderen Fachleuten einen Empfehlungskatalog für eine kultursensible Pflege zusammengestellt.<sup>19</sup> Dieser unterbreitet Empfehlungen sowohl für Einrichtungen der Pflege (Teil I), als auch für Politik und Kostenträger (Teil II). Im Folgenden werden aus dem zweiten Teil des Empfehlungskatalogs beispielhaft einige Empfehlungen gekürzt wiedergegeben.

**ZUR QUALITÄT:** Der Mehrwert von kultursensibler Pflege, Beratung und Betreuung sollte als Bestandteil der Qualität der Pflegeleistungen gesetzlich anerkannt und verankert werden. Der für die Umsetzung notwendige Mehraufwand sollte anerkannt und finanziell gesichert sein. Instrumente und Personal für die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit sollten kultursensibel ausgerichtet werden. Erste Ansätze sind vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Schulung des Personals eingeleitet worden.

**ZU DEN STRUKTUREN:** Das Altenhilfesystem sollte übersichtlich gestaltet (Reduzierung der Zuständigkeitsteilung) und die bürokratischen Hürden der Verfahren reduziert werden. Der interdisziplinäre fachliche Austausch und die Vernetzung und der Aufbau interkultureller Zusammenarbeitsstrukturen zwischen den verschiedenen Akteuren im Pflegesystem und Migrantenstrukturen (u.a. Migrantenselbstorganisationen) könnten z.B. durch eine Koordinationsstelle konsequent gefördert werden.

**ZU DEN ANGEBOTEN/LEISTUNGEN:** Beratungs- und Pflegeeinrichtungen sollten ihre Angebote flexibilisieren und differenzieren (mehr aufsuchende innovative Arbeitsansätze).

**ZUR PERSONALENTWICKLUNG:** Die konsequente Qualifizierung von Personal und Führungskräften in interkultureller Kompetenz sollte nicht allein von den Einrichtungen getragen, sondern zentral (Bund/Land) gefördert werden, ebenso wie die unterstützende Beratung und Begleitung der Einrichtungen bei der Umsetzung der In-

terkulturellen Öffnung vor Ort. Der Mehraufwand für den Aufbau von Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen zu den Migranten würde durch eine entsprechende Förderung von kultursensibler Sozial- und Gemeinwesenarbeit anerkannt.

**ZUR DATENLAGE:** Die Kulturmerkmale (z.B. Muttersprache und Migrationshintergrund) sollten systematisch von Einrichtungen, Ämtern und Statistik integriert und nach Alterskohorten und Geschlecht differenziert ausgewiesen werden. Die Erfahrungen der Umsetzung von Interkultureller Öffnung und kultursensibler Pflege in Einrichtungen sollten durch Begleitforschung ausgewertet und die Ergebnisse anschließend als Basis für die Weiterentwicklung der Konzepte verwendet werden.

### Was ist der Mehrwert der kultursensiblen Pflege und Interkulturellen Öffnung?

Kultursensible Pflege und Interkulturelle Öffnung tragen zur Erweiterung der internen und externen Ressourcen der Einrichtung (Kooperation führt zu gegenseitiger Bereicherung) sowie zur Weiterentwicklung der Kompetenzen (interkulturelle, partizipative, integrative Fähigkeiten der Mitarbeiter) bei. Beide Ansätze können eine konzeptionelle und qualitative Entwicklung der Einrichtung und Kreativität und Motivation bei den Mitarbeitern anregen. Sie fördern die Erweiterung und Differenzierung der Handlungs- und Lösungsmöglichkeiten sowohl in der Pflege wie auch in der Gestaltung der Beziehungen der Einrichtung nach außen (Vernetzungsarbeit und Kooperationsstrukturen). Sie fördern die Flexibilisierung der Strukturen und die Differenzierung der Angebote der Einrichtung und tragen damit zu ihrer Zukunftsfähigkeit bei. Sie fördern Gerechtigkeit und Beteiligung für alle und tragen damit zur Weiterentwicklung der Zivilgesellschaft und der Demokratisierung bei.

Es wäre wünschenswert, wenn Bund, Länder und Kommunen einen dialogisch ausgerichteten Prozess für die Planung und Umsetzung einer kultursensiblen und interkulturellen Altenhilfe initiieren würden. Dies würde einen begrüßenswerten Schritt zur Konkretisierung von Partizipation, gegenseitiger Integration und Demokratisierung dieses gesellschaftlichen Bereichs darstellen.

### Anmerkungen

<sup>1</sup> Polimeni (1991).

<sup>2</sup> Beispielhaft steht dafür das multikulturelle Seniorenzentrum ›Haus am Sandberg‹ des Deutschen Roten Kreuzes. <http://www.drk-haus-am-sandberg.de/> (Zugriff: 12.6.2015).

<sup>3</sup> Zur Erleichterung der Lesbarkeit wird zumeist nur die männliche Form verwendet. Damit sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

<sup>4</sup> Holz et al. (1995).

<sup>5</sup> Kohls (2012a, 2012b).

<sup>6</sup> Statistisches Bundesamt (2011).

<sup>7</sup> Zwischen 8,2 und 8,7 Prozent: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011), Bundesministerium für Gesundheit (2011).

<sup>8</sup> Zanier (2005).

<sup>9</sup> Mehr zum Thema Barrieren: Stefan Gaitanides: Zugangsbarrieren für Migranten. Online unter: [http://www.fb4.fh-frankfurt.de/whoiswho/gaitanides/zugangsbarrieren\\_oeffn07.pdf](http://www.fb4.fh-frankfurt.de/whoiswho/gaitanides/zugangsbarrieren_oeffn07.pdf) (Zugriff: 12.6.2015).

<sup>10</sup> § 2 des *Memorandums für eine kultursensible Altenhilfe* (hg. vom Arbeitskreis für eine kultursensible Altenhilfe/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2002).

<sup>11</sup> Zanier (2014).

<sup>12</sup> Schröer (2007a, 2007b).

<sup>13</sup> Ähnlich gelagert ist der Ansatz des Diversity Managements. Seine Ziele richten sich jedoch auf die Profilierung und bessere Positionierung der eigenen Organisation am Markt. Kundengewinnung und nachhaltige Marktfähigkeit sind somit seine Kernaspekte. Damit zeichnet sich der aus den USA stammende Ansatz eher durch ökonomische Beweggründe aus.

<sup>14</sup> Barg et al. (2013), Keppler (2014).

<sup>15</sup> Münchener Stadtratsbeschluss: [http://www.ris-muenchen.de/RII2/RII/ris\\_vorlagen\\_dokumente.jsp?risid=3117747](http://www.ris-muenchen.de/RII2/RII/ris_vorlagen_dokumente.jsp?risid=3117747) (Zugriff: 12.6.2015).

<sup>16</sup> Beispieleinrichtungen (stationär): Jüdisches Altenzentrum in Frankfurt (schon lange Tradition noch vor der Migrantenthematik, aber nicht als solches wahrgenommen); Haus am Sandberg in Duisburg (erstes Beispiel für muslimische Migranten); Mutter vom Gutten Brunn, Caritas Stuttgart; Altenzentrum St. Elisabeth Caritas Germersheim; Victor Gollancz-Haus, FFV Frankfurt; Altenzentrum St. Josef, CV Frankfurt; Münchenstift GmbH: Teilnehmer des Programms Interkulturelle Öffnung der stationären Pflege der Stadt München.

<sup>17</sup> Auf dem Pflegemarkt etablieren sich ethnospezifische ambulante Dienste, vorwiegend Angebote für Türkisch und Russisch Sprechende, die zugleich auch auf die religiösen Bedürfnisse der Patienten (muslimischen bzw. jüdischen Glaubens) eingehen können und eine bessere Akzeptanz nicht nur von Migranten, sondern auch von deutschen Pflegebedürftigen genießen.

<sup>18</sup> Das Thema »kultursensible Pflege« ist zwar in den Ausbildungscurricula von Altenpflegern und -pflegerinnen per Gesetz aufgenommen worden, jedoch nicht als Querschnittsthema in Verbindung mit der Interkulturellen Öffnung, sondern nur mit einem einzigen Modul bedacht. In der Ausbildung von Führungskräften werden die Themen im besten Fall gestreift.

<sup>19</sup> Zanier/Motallebi (2013).

## Literatur

- Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenhilfe/Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hg.): Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe. In: Dies. (2002): Für eine kultursensible Altenhilfe: Eine Handreichung, S. 8-15.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Nürnberg.
- Barg, Svenja et al. (2013): Analyse der Angebotsstruktur in Einrichtungen der Altenhilfe für ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Frankfurt am Main. Online unter: [http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Migration\\_Alter\\_online\\_jan13.pdf](http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Migration_Alter_online_jan13.pdf) (Zugriff: 12.6.2015).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011): Eine neue Kultur des Alterns – Altersbilder in der Gesellschaft. Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011): Abschlussbericht zur Studie Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. Bonn. Online unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_zur\\_Studie\\_Wirkungen\\_des\\_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf) (Zugriff: 12.6.2015).
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg./2007<sup>2</sup>): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin. Online unter: [http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/gesundheits-und-integration.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/gesundheits-und-integration.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (Zugriff: 12.6.2015).
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg./2014): 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin. Online unter: [http://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/IB/2014-10-29-Lageberichtlang.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/IB/2014-10-29-Lageberichtlang.pdf?__blob=publicationFile&v=3) (Zugriff: 12.6.2015).
- Holz, Gerda et al. (1995): »Fremdsein, Altwerden, und was dann?«: Ältere Migranten und die Altenhilfe; eine Untersuchung zur Nutzung von Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe durch ältere Migranten in Frankfurt am Main. Frankfurt/Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
- Keppler, M. (2014): Nutzung der Altenpflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg von älteren Migranten 2014. Online Befragung in allen Einrichtungen von Baden-Württemberg. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Kohls, Martin (2012a): Demographie von Migranten in Deutschland. In: Challenges of Public Health, Nr. 63 (Hg. Razum, Oliver). Frankfurt/Main: Peter Lang Verlag.
- Kohls, Martin (2012b): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Medizinische Dienste der Krankenversicherung (Hg./2012): MDK forum. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Heft 2 (Migration und Gesundheit). Online unter: <http://www.mdk.de/media/pdf/MDK-Forum-2012-2.pdf> (Zugriff: 12.6.2015).

Die Autorin:

**Gabriella Zanier**, MA Phil., Soziologie, Dipl. Gerontologin, systemische Beraterin, Mitarbeiterin beim Caritasverband Frankfurt e.V. in der offenen Altenarbeit seit 1993, Mitglied des Arbeitskreises Charta für eine kultursensible Altenhilfe (1999-2005) und Mitautorin des Memorandums und der Handreichung für eine kultursensible Altenhilfe, Mitglied beim Forum für eine kultursensible Altenhilfe (2006-2015) und Kontaktstelle für die Regionen Mitte-Süd des Forums.

E-Mail: [Gabriella.Zanier@caritas-frankfurt.de](mailto:Gabriella.Zanier@caritas-frankfurt.de)



- Mischke, Claudia/Meyer, Martha (2008): Beratung Pfleger der Angehöriger – Pflegeberatungsbedarfe im Verlauf von ›Pflegerkarrieren‹ aus der Perspektive pflegender Angehöriger. Projektabschlussbericht. Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes. Saarbrücken. Online unter: [http://www.htwsaar.de/sowi/Forschung%20und%20Wissens-transfer/forschungsberichte/endbericht\\_24062008-1.pdf/download](http://www.htwsaar.de/sowi/Forschung%20und%20Wissens-transfer/forschungsberichte/endbericht_24062008-1.pdf/download) (Zugriff: 12.6.2015).
- Polimeni, Valerio (1991): Senioren im Centro Italiano in Stuttgart. In: Altenpflege: Magazin für Fachkräfte in der Altenpflege, Jg. 16, Nr. 5, S. 293-295.
- Schröder, Hubertus (2007a): Interkulturelle Öffnung und Diversity Management. Ein Vergleich der Strategien. Online unter: [http://www.i-iqm.de/dokus/ikoe\\_und\\_dim.pdf](http://www.i-iqm.de/dokus/ikoe_und_dim.pdf) (Zugriff: 12.6.2015).
- Schröder, Hubertus (2007b): Interkulturelle Öffnung und Diversity Management. Expertise erstellt im Auftrag von anakonde GbR. München. Online unter: <http://www.i-iqm.de/dokus/Expertise.pdf> (Zugriff: 12.6.2015).
- Statistisches Bundesamt (2011): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse Mikrozensus 2010. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011a): Pflegestatistik 2009, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011b): Fachserie 1, Reihe 2.2., Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Wiesbaden.
- Zanier, Gabriella (2005): Arbeitstagung am 24. November 2005 im Kreis Offenbach, unveröffentlicht Beitrag.
- Zanier, Gabriella/Motallebi, S. (2013): Empfehlungskatalog für eine kultursensible Pflege. Ludwigshafen. Online unter: <http://www.kultursensible-altenhilfe.de/news/detail/empfehlungskatalog-kultursensible-pflege.html> (Zugriff: 12.6.2015).
- Zanier, Gabriella (2014): Was ist kultursensible Pflege? Unveröffentlichter Vortrag beim ›Infotag: Pflege muss passen – für alle‹ veranstaltet vom Sozialministerium und Integrationsministerium Baden-Württemberg, Mannheim, 27.11.2014.

#### Onlineresourcen

- Wenn MigrantInnen pflegebedürftig werden: Herausforderungen einer kultursensiblen Pflege – Forschungsprojekt an der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes: <https://www.htwsaar.de>
- IKUD – Inter-Kultur und Didaktik: Glossar Multikulturalität, Interkulturalität, Transkulturalität, Plurikulturalität. <http://www.ikud.de>

#### Beiträge zum Thema auf bpb.de

- Lima-Curvello, Tatiana (2007): [Interkulturelle Öffnung](#)
- Kovacheva, Vesela/Grewe, Mareike (2015): [Arbeitsmarktintegration zugewanderter Ärzte und Krankenpfleger: Integrative Arbeitsplätze wichtig](#). Newsletter Migration und Bevölkerung, Ausgabe 4/15.

## Ausländische Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten. Ein Interview mit Prof. Dr. Helma Lutz

Helma Lutz ist Professorin am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Seit 15 Jahren beschäftigt sie sich in ihrer Forschung mit ›neuen Dienstmädchen‹ – Migrantinnen, die Haus-, Erziehungs- und Versorgungsarbeit (›Care-Arbeit‹) in deutschen Haushalten verrichten. Die Redaktion von focus Migration hat sie zu diesem Thema befragt.

### Frau Lutz, in vielen deutschen Privathaushalten werden ausländische Pflegekräfte – überwiegend Frauen – für die Pflege pflegebedürftiger Menschen engagiert. Warum ist das so?

Das deutsche Wohlfahrtssystem beruht auf einem familialistischen Ansatz, d.h., dass in erster Linie die Familie für die Pflege von alten, kranken und gebrechlichen Menschen in die Verantwortung genommen wird. Anders ist z.B. das skandinavische Modell, wo primär der Staat für die Pflege und die Frage der Organisation dieser Pflege zuständig ist und dafür höhere Summen zur Verfügung stellt als die deutsche Bundesregierung. Bei uns in Deutschland werden seit der Einführung des Pflegegeldes Leistungen an die Pflegeempfänger bzw. deren Familien gezahlt. Die Pflegestatistiken zeigen, dass 71 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt werden, das sind 1,86 Millionen Menschen. 1,25 Millionen davon werden von ihren Angehörigen gepflegt. Und in diesen Bereich haben die Migrantinnen Einzug gehalten; sie werden häufig über das Pflegegeld, das an die Familien gezahlt wird, finanziert und zwar tendenziell überall dort, wo Angehörige berufstätig sind und die Pflege nicht übernehmen können oder wollen. Das Geld wird also weiter gegeben. So entsteht eine Art Outsourcing-System, das im Prinzip vom Staat gefördert wird, obwohl der Staat selbst behauptet, die Familien seien die Pflegenden. Öffentlich wird dieses Outsourcing-Modell nicht anerkannt. Ich spreche daher von einem ›komplizenhaften Modell‹: Die gesamte Gesellschaft weiß, dass es einen großen Bedarf an Pflegekräften gibt, die in Privathaushalten Pflegebedürftige versorgen, aber niemand spricht darüber, dass die Versorgungs- und Pflüglücken im Privathaushalt durch Migrantinnen geschlossen werden. In diesem Bereich hat sich ein großer Markt entwickelt, der nicht vom Staat kontrolliert wird.

### Wie viele Migrantinnen arbeiten denn in deutschen Privathaushalten?

Wir haben dazu leider keine verlässlichen Zahlen, es gibt lediglich Schätzungen. Das Institut für Pflegewissenschaften hat sich mit der Situation von Osteuropäerinnen in deutschen Privathaushalten beschäftigt, die die größte Gruppe der Care-Arbeiterinnen darstellen, und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass es zwischen 150.000 und 300.000 osteuropäische Migrantinnen gibt, die in deut-

### **Infobox: Care-Arbeit – ein globales Phänomen**

Weltweit werden nach Angaben der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) 100 Millionen Menschen in privaten Haushalten beschäftigt, u.a. als Reinigungskräfte, Babysitter, Gärtner oder Pflegekräfte. Die Erhebung valider Zahlen gestaltet sich schwierig, da viele Beschäftigte, die haushaltsnahe Dienstleistungen erbringen, in einem informellen Arbeitsverhältnis stehen und somit in amtlichen Statistiken nicht oder nur teilweise auftauchen. Der Bereich der Haushaltsarbeit bildet auch Arbeitsmöglichkeiten für Migranten mit irregulärem Aufenthaltsstatus, die auf dem regulären Arbeitsmarkt nur geringe Chancen haben, eine Anstellung zu finden. Allein die Zahl irregulärer Migrantinnen, die in Europa haushaltsnahe Dienstleistungen verrichten, wird auf etwa eine Million geschätzt. Es wird angenommen, dass weltweit etwa 17-25 Millionen Migrantinnen in diesem Bereich arbeiten. Das Arbeitsverhältnis ist oftmals prekär, die Löhne häufig niedriger als in anderen Arbeitsbereichen. Es sind vor allem Frauen, die diese Arbeit verrichten. Die Zahl weiblicher Hausangestellter wird in den meisten Ländern auf über 80 Prozent geschätzt. Unterschieden wird zwischen sogenannten ›live-in‹ und ›live-out‹ Anstellungsverhältnissen. Im ersten Fall wohnen die Angestellten im Haushalt ihres Arbeitgebers und sind somit im Prinzip rund um die Uhr verfügbar (z.B. für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen). Im zweiten Fall kommen sie nur für einige Stunden am Tag oder in der Woche in den Haushalt ihres Arbeitgebers, um dort zu arbeiten.

*Vera Hanewinkel*

Quelle: Schwenken, Helen/Heimeshoff, Lisa-Marie (2011): Domestic Workers Count: Global Data on an Often Invisible Sector. Kassel.

schen Privathaushalten beschäftigt werden. Insgesamt ist die Bereitschaft, die Zahlen genauer zu erfassen, nicht groß. Daraus resultiert dann auch die schlechte Datenlage. Ich befasse mich seit 15 Jahren mit dem Phänomen und denke, dass die Erhebung genauerer Zahlen nicht erwünscht ist, weil das Pflegesystem dann anders organisiert werden müsste.

#### **Woher kommen die meisten Migrantinnen und Migranten, die in deutschen Privathaushalten als Pflegekräfte beschäftigt werden?**

Es gibt Hinweise darauf, dass die meisten dieser Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa kommen. So haben sich in den vergangenen fünf bis zehn Jahren sehr schnell Agenturen am Markt etabliert, die Migrantinnen aus Osteuropa an Privathaushalte vermitteln. Als ich um das Jahr 2000 mit meiner Forschung begonnen habe, gab es diese Agenturen noch nicht. Stattdessen lief die Vermittlung vor allem über private Netzwerke. Mittlerweile gibt es aber über hundert dieser Agenturen. Es handelt sich dabei beispielsweise um deutsch-polnische, deutsch-ungarische oder deutsch-tschechische Agenturen. Die Agenturen schließen einen Vertrag nach dem Entsendegesetz der EU mit den Frauen ab, in dem festgelegt ist, dass ihre Sozialabgaben im Herkunftsland gezahlt werden. Vor zwei Jahren (2013) sind Journalisten für die Fernsehsendung ›Monitor‹ der Frage nachgegangen, wie diese Agenturen funktionieren und haben festgestellt, dass nur ein sehr kleiner Teil der Beträge, die die Agenturen kassieren, bei den Migrantinnen ankommt. Im Prinzip ist eine 24-Stunden-Pflege nach deutschen Arbeitsrechtbestimmungen und denen des Entsendelandes illegal. Dennoch haben Agenturen Modelle entwickelt, die diese Bestimmungen

unterlaufen, indem sie angeben, dass die Frauen nur acht Stunden pro Tag arbeiten. Da sie im Haushalt der pflegebedürftigen Person mit wohnen, so die Logik der Agenturen, sparen sie die Kosten für Miete, Nahrungs- und Verkehrsmittel. In der Praxis verlangen die Arbeitgeber jedoch häufig einen Beitrag für Kost und Logis. Einige Agenturen leisten nur für einen kleinen Teil der realen Arbeitszeit Sozialabgaben, oft nicht einmal über die gesamten acht Stunden Regelarbeitszeit. Das bleibt aber häufig im Dunkeln, da die Agenturen den Arbeitnehmerinnen und Arbeitgebern untersagen, über Geld zu sprechen. Ein Austausch über diese Praktiken wird so verhindert. Einen großen Teil des Geldes, das von den Arbeitgebern an die Agenturen entrichtet wird, streichen die Agenturen somit selbst ein. Und der Umsatz einiger Agenturen ist riesig. Die Tatsache, dass von den international tätigen großen Agenturen einige börsennotiert sind, verweist darauf, dass es um große Summen geht.

#### **Trotz der Vermittlung der Agenturen bleibt der Bereich der Pflege im Privathaushalt durch Migrantinnen also eine Grauzone bzw. meistens Schwarzarbeit?**

Genau, es ist eine Grauzone. Es gibt zwar in Deutschland die Task Force Schwarzarbeitskontrolle, die aber vor allem Baustellen kontrolliert und somit im öffentlichen Bereich bleibt. Der Privatbereich wird hingegen nicht oder selten kontrolliert, da wir in Deutschland das Primat haben, dass der Privatraum von der Kontrolle auszuschließen ist. Mit Blick auf das deutsche historische Erbe des Überwachungsstaats im Faschismus ist diese Regelung ein wichtiges und hohes Gut; sie hat jedoch den Nachteil, dass der Haushalt als Arbeitsort vernachlässigt und Ausbeutung nicht geächtet wird.

**Die Arbeitsbedingungen sind auch aufgrund der Grauzone, in der Haushaltsarbeit stattfindet, prekär. Warum regt sich kein öffentlicher Widerstand dagegen bzw. warum wehren sich die Migrantinnen nicht?**

Bei Problemen wenden sich die Migrantinnen eher an die Agenturen, die sie vermittelt und deren Kontaktdaten sie haben. Häufig tauschen sie sich auch mit anderen Migrantinnen, die im selben Bereich arbeiten, über Telefon und Internet aus. Ein großer öffentlicher Aufstand ist jedoch bislang ausgeblieben. Das liegt auch daran, dass diese Frauen versuchen, zwei Haushalte miteinander zu verbinden, und zwar den Haushalt, in dem sie in Deutschland arbeiten und denjenigen, den sie im Herkunftsland zurücklassen. Dort leben ihre Kinder oder auch pflegebedürftige Eltern. Die Frauen versuchen, in beiden Haushalten präsent zu sein. Für eine begrenzte Zeit – zwischen sechs Wochen und drei Monaten – arbeiten sie in Deutschland. Anschließend werden sie von einer Freundin, einer Bekannten oder auch einer über die Agentur vermittelten Pflegekraft abgelöst, damit sie für eine gewisse Zeit in ihren eigenen Haushalt im Entsendeland zurückkehren können, um dort die Familienarbeit zu leisten. Sie bewegen sich also in einem zirkulären Migrationssystem. Ursprünglich wurde dieses Rotationssystem von den Migrantinnen selbst organisiert, mittlerweile übernehmen das die Agenturen. Die Migrantinnen haben also wenig Zeit, sich gewerkschaftlich zu organisieren. Und es gibt nur wenige Gewerkschaften, die sich überhaupt mit dieser Frage auseinandersetzen – ver.di z.B. ist in einigen Städten aktiv geworden. Aber die umfassende Skandalisierung dieses Arbeitsbereichs und der prekären Arbeitsbedingungen bleibt aus. Für mich als Sozialwissenschaftlerin heißt das, dass hier ein Schweigediskurs entstanden ist. Man weiß um die Situation, aber niemand will aktiv etwas dagegen unternehmen.

**Was ist mit den Rechten der Migrantinnen und den Möglichkeiten, diese einzuklagen?**

Es gab ein paar von ver.di geführte Prozesse, in denen es vor allem um Lohnprellung ging. Und in einigen Fällen ist man auch zu einer Übereinkunft und Nachzahlung des fälligen Lohns gekommen. Das Problem ist aber, dass die Verträge, die von den Agenturen aufgesetzt werden, das Recht des Entsendelandes und das Recht des Empfängerlandes beinhalten. Der Gesamtzusammenhang ist sehr komplex und es ist sehr schwer, den Beweis zu erbringen, dass eine Vertragsverletzung erfolgt ist.

**Deutschland hat 2013 das Abkommen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) zum Schutz von Haushaltsangestellten unterzeichnet. Wie bewerten Sie diesen Schritt? Wird er zu einer Verbesserung der Situation der Betroffenen beitragen?**

Ich finde es ganz erstaunlich, dass Deutschland das ILO-Abkommen (Konvention 189 zur Verbesserung der Situation von im Haushalt arbeitenden Migrantinnen) unterzeichnet hat. Es waren vor allem NGOs aus der katholischen

Kirche, die sich sehr stark dafür eingesetzt haben und das ist großartig. Nur, was ist dann passiert? Deutschland hat bei der Ratifizierung des Abkommens eine Sonderklausel eingesetzt und die 24-Stunden-Pflege aus dem Schutz herausgenommen. Damit hat es einen großen und wichtigen Bereich, in dem Migrantinnen zu finden sind, ausgeschlossen. Sie werden somit durch das Abkommen nicht geschützt und werden dadurch, dass die 24-Stunden-Pflege nicht als legal gilt, auch nicht über das nationale Arbeitsschutzgesetz abgedeckt.

**Welche Herausforderungen ergeben sich für die Migrantinnen in Bezug auf das Management ihres eigenen Haushalts im Herkunftsland bzw. die Betreuung der eigenen Kinder?**

Die Frauen wünschen sich, dass ihre Kinder eine gute Schule und Universität besuchen können. Das ist dann auch der Grund, warum diese Frauen zum Arbeiten ins Ausland gehen. Dadurch entfällt aber eine Betreuungsleistung im Herkunftsland, es entsteht ein sogenanntes ›Care Defizit‹. Die Frauen müssen also für einen Ersatz bei der Betreuung sorgen. Die neuen Technologien ermöglichen es den Migrantinnen, in täglichem Kontakt mit ihrer Familie zu bleiben, z.B. über SMS, E-Mail und Skype. Das erleichtert die Migration, weil die Kommunikation mit den Kindern und mit anderen Familienmitgliedern wie Großmüttern oder Tanten, die oftmals die Betreuung der Kinder übernehmen, aufrechterhalten werden kann. Väter sind in der Versorgung der Kinder insgesamt wenig präsent. Die Versorgungsarbeit bleibt in weiblichen Händen. Die Migrantinnen selbst leben ein transnationales Leben. Sie stehen in ständigem Austausch mit den Zurückgebliebenen und richten auch an ihnen ihre Migrationsziele aus.

**Welchen Einfluss hat die (temporäre) Abwesenheit der Mutter auf die zurückbleibenden Kinder?**

Einerseits gibt es Forschungen, die einen positiven Einfluss der Migration auf die zurückbleibenden Kinder zeigen, denn es gibt in diesen Haushalten aufgrund der Rücküberweisungen der Migrantinnen mehr Geld. Materiell sind die Kinder gegenüber Gleichaltrigen besser gestellt. Andererseits zeigen Forschungen, wie schwierig die Situation vor allem in den Haushalten ist, in denen keine regelmäßige Kinderbetreuung gewährleistet ist, wenn die Kinder also mal zu einer Tante gehen und mal zu anderen, mal zu den Großeltern oder den Nachbarn.

**Wie wird die Migration der Frauen in den Herkunftsländern gesehen?**

Es gibt in Herkunftsländern wie Polen, Ukraine, Rumänien oder Ungarn eine starke Skandalisierung der Mütter, die ihre Kinder zurücklassen. In einigen dieser Länder hat sich die Migration feminisiert, es migrieren also mehr Frauen als Männer, und das ist für viele dieser osteuropäischen Entsendeländer ein neues Phänomen. Vorher gab es männliche Arbeitsmigration, aber vor allem innerhalb des Ostblocks. Der Diskurs über diese Migration war lan-

ge Zeit sehr positiv, da die Rücküberweisungen der Arbeitsmigranten einen wichtigen Beitrag zum nationalen Haushalt darstellten. In Bezug auf die Frauenmigration hat sich das gewandelt. Sie wird negativ dargestellt. Dadurch befinden sich die Frauen unter starkem Legitimationszwang.

### **Warum sind es vor allem Frauen, die in deutschen Privathaushalten ›Care Arbeit‹ verrichten?**

Hausarbeit und Kinderversorgung sind nach wie vor weiblich kodierte Arbeiten. Das kennen wir ja auch aus Deutschland. Aus einer aktuellen Zeitbudgetstudie geht z.B. hervor, dass sich daran in den vergangenen Jahren wenig geändert hat. Die Väter sind zwar am Wochenende präsent, aber nicht während der Woche. Im Schnitt verbringen Frauen immer noch doppelt so viel Zeit mit Kindern wie Männer und die Hausarbeit liegt nach wie vor absolut in Frauenhand. In den Herkunftsländern ist die Situation ähnlich wie bei uns. Hier wie dort gibt es keine Anerkennung für den Bereich der Haushaltsarbeit und Kinderversorgung – das gilt sowohl für Männer als auch für Frauen, die diese Arbeiten übernehmen. Eine Statusverbesserung in der Gesellschaft scheint momentan nicht in Sicht.

### **Welche Herausforderungen ergeben sich durch die Zuwanderung ausländischer Pflegekräfte, die in Privathaushalten arbeiten, für den Pflegebereich in Deutschland?**

Im Pflegebereich ist ein grauer Markt entstanden. Dabei war die Professionalisierung dieses Bereichs das große Ziel der letzten 20 Jahre. Und die Professionalisierung hat zum Teil ja auch geklappt. Es sind ambulante Pflegedienste eingerichtet worden, die ausgebildete Fachkräfte beschäftigen. Andererseits stellen wir fest, dass der Ausbau von Pflegediensten nicht ausreicht, um den Bedarf an Pflegekräften zu decken und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht zu werden. Zwar kommt auch in vielen Haushalten, in denen Migrantinnen arbeiten, noch ein ambulanter Pflegedienst. Dieser übernimmt aber nur Arbeiten wie die medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen, z.B. die Pflege von Wunden. Das reicht aber für die Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht aus. Die Pflegeempfänger und ihre Angehörigen bevorzugen jemanden, der Tag und Nacht vor Ort ist, gegenüber einem Pflegedienst, bei dem die Pflege einer Person innerhalb einer Woche von vielen verschiedenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern übernommen wird, die sich jeweils abwechseln.

#### **Infobox: Zur Pflege ins Ausland**

Ausländische Arbeitskräfte kommen nach Deutschland, um sich in Deutschland um pflegebedürftige Menschen zu kümmern. Aber auch in umgekehrter Richtung findet Migration statt. So entscheidet sich eine zunehmende Zahl deutscher Staatsangehöriger dafür, im Alter ins Ausland zu ziehen. Bekannt ist die steigende Abwanderung von Deutschen, die ihren Ruhestand nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben in Ländern wie der Schweiz, den USA, Österreich oder Spanien verbringen. 2013 überwies die Deutsche Rentenversicherung (DRV) monatlich rund 221.000 Renten an im Ausland lebende Deutsche. Die Migration im Rentenalter wird auch unter dem Begriff der ›Lebensstilmigration‹ (Lifestyle Migration) gefasst. Weniger bekannt – und auch erforscht – ist hingegen das Phänomen deutscher Staatsangehöriger, die sich (oder ihre Angehörigen) in einem Pflegeheim im Ausland versorgen lassen. In den vergangenen Jahren haben Medien hin und wieder unter dem Schlagwort ›Oma-Export‹ über dieses Phänomen berichtet. Valide Statistiken zur Zahl der Deutschen, die in ausländischen Pflegeheimen gepflegt werden, gibt es allerdings bislang nicht. Abgeleitet von Zahlungen aus der Deutschen Pflegeversicherung ins Ausland wird vermutet, dass sich die Zahl deutscher Staatsangehöriger, die sich im Ausland pflegen lassen, im Promillebereich bewegt – wobei Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung nur innerhalb der EU sowie in Norwegen, Island und in der Schweiz in Anspruch genommen werden können und sich in der Regel auf das Pflegegeld beschränken. Laut einer Umfrage unter 1.003 Bundesbürgern im März 2013 lehnen 89 Prozent der Befragten im Alter von 60 und mehr Jahren eine Unterbringung in einem Heim im Ausland ab. Unter Familienangehörigen ist die Ablehnung noch höher. Wer sich dennoch über die Möglichkeiten der Pflege im Ausland informieren möchte, findet im Internet zahlreiche Ratgeber. Zudem haben sich Agenturen am Markt etabliert, die gezielt Plätze in Seniorenresidenzen im Ausland vermitteln. Als häufigste Gründe, warum sich Menschen dafür entscheiden, Angehörige in ausländischen Alten- und Pflegeheimen versorgen zu lassen, werden in der genannten Umfrage vom März 2013 fehlende finanzielle, räumliche und zeitliche Ressourcen genannt. Zu den Hauptargumenten, warum man die eigenen Angehörigen hingegen nicht in ausländischen Heimen unterbringen und pflegen lassen will, zählen die fehlende geografische Nähe, befürchtete Sprachbarrieren und Verständigungsschwierigkeiten, Probleme interkultureller Kommunikation und die Angst, keine Kontrolle darüber zu haben, was im Pflegealltag passiert.

*Vera Hanewinkel*

Weiterer Beitrag zum Thema auf [bpb.de](http://bpb.de):

O'Reilly, Karen (2014): Lifestyle Migration. focus Migration, Kurzdossier Nr. 27.



Während bei der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Pflegedienste eine Qualitätskontrolle stattfindet, wird die Qualität der Arbeit der Migrantinnen nur durch die Gepflegten oder ihre Familienangehörigen kontrolliert. Insgesamt dringen wenige Beschwerden an die Öffentlichkeit. Es scheint also gut zu laufen. Das liegt aber auch daran, dass sich die Migrantinnen den prekären Arbeitsbedingungen vor Ort unterwerfen: Sie schauen in Bezug auf ihre Arbeitszeit nicht auf die Uhr, sind nachts, wenn alte Menschen beruhigt oder auf der Toilette unterstützt werden müssen, sofort anwesend. Diese Arbeiten können natürlich auch Pflegedienste übernehmen, doch erfordert eine arbeitsrechtlich abgesicherte Rundumpflege den Einsatz von mehreren Personen und kostet etwa 5.000–8.000 Euro im Monat; das können sich nur wenige leisten. Im Ergebnis haben wir also parallele Systeme: Einerseits eine Pflegekontrolle und eine Professionalisierung des gesamten Pflegebereichs durch Pflegeeinrichtungen, hochschulbasierte Ausbildungsgänge usw. Andererseits gibt es im Privatbereich keine Kontrolle. Diese erfolgt nur durch die Familien, die eine ausländische Pflegekraft beschäftigen.

### **Was sind die Chancen dieser Form der Arbeitsmigration für die Migrierenden und ihre Familien? Für Deutschland und die Menschen, die die Arbeit der Migrantinnen in Anspruch nehmen?**

Für die Migrantinnen ist es ein sehr wichtiger Arbeitsmarkt. In den Herkunftsländern fehlt es häufig an Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten, insbesondere in ländlichen Gebieten. Frauen stehen aber häufig sehr stark unter dem Druck, Geld verdienen zu müssen – entweder, weil sie Alleinverdiener sind, oder aber, weil das Gehalt der Männer nicht ausreicht. Viele Migrantinnen haben einen sehr hohen Bildungsgrad, zum Teil sogar Hochschulabschlüsse, können im eigenen Land aber keine Arbeit oder nur schlecht bezahlte Arbeit finden. Sie wollen ihren Kindern eine gute Zukunft bieten; dafür brauchen sie Geld, denn das Bildungssystem in vielen Herkunftsländern wurde privatisiert und somit kostet Bildung, ähnlich wie in den USA, viel Geld. Staatliche Kinderkrippen wurden in Osteuropa massiv geschlossen, sodass Mütter bei der Betreuung ihrer Kinder auf private Hilfe angewiesen sind, für die sie ebenfalls bezahlen müssen. Für die Migrantinnen ist die Arbeit als Pflegekraft im Ausland also in der Tat eine Möglichkeit, zum Familieneinkommen beizutragen bzw. auch als Alleinverdiener zu agieren.

Die Familien in Deutschland, die eine ausländische Pflegekraft beschäftigen, sind in der Regel sehr zufrieden mit dieser Lösung. Wenn das sogenannte ›matching‹ mit einer Pflegekraft, die über eine Agentur vermittelt wird, nicht stimmt und es Probleme gibt, wird die Pflegerin ersetzt. Allerdings funktioniert das System nur unter den prekären, ausbeuterischen Bedingungen, die damit verbunden sind. Deutschland profitiert insgesamt davon, dass der ›Eiserne Vorhang‹ gefallen ist und dadurch viele osteuropäische Arbeitskräfte zur Verfügung stehen, die bereit sind, sich auf solche Arbeitsbedingungen einzulassen. Die Missstände werden vor allem von Akteuren der christlichen Kirchen angeprangert.

### **Was wären Alternativen zum deutschen System?**

In Österreich gab es lange dieselben Grauzonen wie in Deutschland: Viele Migrantinnen arbeiteten undokumentiert im Pflegebereich. Dann hat sich Österreich aber dazu entschieden, diesen Bereich zu verrechtlichen, sodass die Frauen nun als Selbstständige legal arbeiten können. Eine solche Legalisierung ist in anderen Ländern wie Spanien oder Italien auch schon erfolgt. In der Schweiz haben die Agenturen ein anderes System als in Deutschland. Dort gilt nicht das Entsendeprinzip. Stattdessen werden die Migrantinnen nach Schweizer Recht angestellt, wodurch auch Sozialabgaben in der Schweiz bezahlt werden. Die Bezahlung der Frauen ist besser, weil sie den arbeitsrechtlichen Auflagen entspricht. Für Deutschland würde das jedoch bedeuten, dass umfänglich in den Pflegebereich investiert werden müsste. Wenn man den heutigen Standard halten will, dann braucht man in den nächsten 20 Jahren allein in den Pflegeheimen etwa 500.000 Migrantinnen. Für die Pflegeheime ist die Bundesregierung tätig geworden und hat mit Ländern wie Vietnam und China Rekrutierungsverträge abgeschlossen. Aber für den Privatbereich, der ja immer noch bevorzugt wird, – 80 Prozent aller befragten Menschen sagen, dass sie im eigenen Haushalt gepflegt werden möchten und 71 Prozent werden in der Tat im Haushalt gepflegt – muss eine neue Regelung gefunden werden. Und das kann nicht allein die Migration von ausländischen Pflegekräften sein, sondern es müssen neue Formen von Altersbetreuung entwickelt werden. Etwa nach dem schwedischen Modell, das eine bessere ambulante Versorgung gewährleistet. Gleichzeitig sind die Heime dort nicht so stigmatisiert wie bei uns und sie scheinen auch besser zu sein, das geht zumindest aus Forschungen hervor. Auch in Deutschland gibt es natürlich exzellente Heime; sie sind jedoch für die Mehrheit unbezahlbar. Eine bessere Versorgung in Deutschland kann nur durch eine Umverteilung von Steuergeldern erfolgen. Aber dies ist eine hoch kontroverse gesellschaftliche Frage, die in und mit der Gesellschaft auch diskutiert werden muss. Parteien und Regierungen müssen stärker dazu gedrängt werden, diese Fragen anzugehen, um neue Lösungen für den Pflegebereich zu finden.

*Die Fragen stellte Vera Hanewinkel.*

### **Literatur**

- Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa (2015): Care-Arbeit, Gender und Migration: Überlegungen zu einer Theorie transnationaler Migration im Haushaltssektor in Europa. In: Meier-Gräwe, Uta (Hg.): Die Arbeit des Alltags. Gesellschaftliche Organisation und Umverteilung. Wiesbaden: Springer, S. 181-200 (Wiederabdruck).
- Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa (2014): Care-Migrantinnen im geteilten Europa – Verbindungen und Widersprüche in einem transnationalen Raum. In: Aulenbacher,

Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Care: Work, Relations, Regimes. Soziale Welt [Sonderband 20 (2014)], S. 217-231.

- Lutz, Helma (2011): The New Maids. Transnational Women and the Care Economy. London: Zed Books.
- Lutz, Helma (Hg./2009): Gender Mobil? Geschlecht und Migration in transnationalen Räumen. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Lutz, Helma (Hg./2008): Migration and Domestic Work. A European Perspective on a Global Theme. Aldershot: Ashgate.
- Lutz, Helma (2008): Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung. 2. Auflage. Leverkusen Opladen: Barbara Budrich.

Weitere Publikationen von Helma Lutz unter:

<http://www.fb03.uni-frankfurt.de/44676468/publikationen>

### Beiträge zum Thema auf bpb.de

- Isfort, Michael (2013): Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen, APUZ 4–5
- Hummitzsch, Thomas (2009): Deutschland: Illegalität in der häuslichen Altenpflege. Newsletter Migration und Bevölkerung, Ausgabe 5/09.
- Hardy, Jane/Calveley, Moira, Shelley, Steve (2015): Arbeitsmigration im Gesundheitswesen: Trends und Auswirkungen, APUZ 4–5

## IMPRESSUM

Herausgeber: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück, Neuer Graben 19/21, 49069 Osnabrück, Tel.: +49(0)541 969 4384, Fax: +49 (0)541 969 4380, E-Mail: [imis@uni-osnabrueck.de](mailto:imis@uni-osnabrueck.de)

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Adenauerallee 86, 53113 Bonn, unter Mitwirkung des Netzwerks Migration in Europa e.V.

Redaktion: Vera Hanewinkel, Apl. Prof. Dr. Jochen Oltmer (verantw.)

Die Erstellung der Länderprofile (ISSN 1864-6220) und Kurzdossiers (ISSN 1864-5704) erfolgt in Kooperation der o.a. Partner. Der Inhalt der Länderprofile und Kurzdossiers gibt nicht unbedingt die Ansicht der Herausgeber wieder. Der Abdruck von Auszügen und Grafiken ist bei Nennung der Quelle erlaubt.

Weitere Online-Ressourcen: [www.bpb.de](http://www.bpb.de), [www.imis.uni-osnabrueck.de](http://www.imis.uni-osnabrueck.de), [www.migration-info.de](http://www.migration-info.de), [www.network-migration.org](http://www.network-migration.org)

Unsere Länderprofile und Kurzdossiers sind online verfügbar unter: [www.bpb.de/gesellschaft/migration](http://www.bpb.de/gesellschaft/migration)