

Sozialgeographie des Alterns

e-VITA: Ein intelligenter Coach fürs smarte Altern

Naturnah und tröstlich – letzte Ruhe im Wald



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

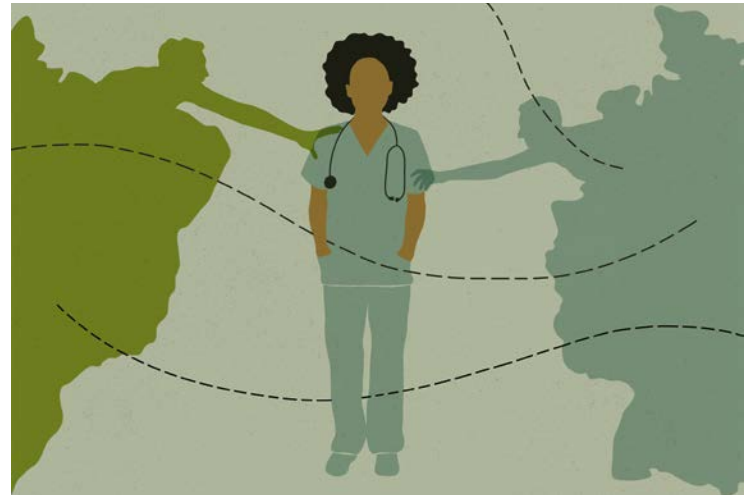


LESEPROBE

Internationale
Pflegefachkräfte(-anwerbung)

Teil II





INHALT

Schwerpunkt

Internationale Pflegefachkräfte(-anwerbung) Teil II

- | | |
|---|--|
| <p>5 Transnationale Pflegefachkräfteanwerbung: hydraulische Lückenfüllerpolitik oder Tragödie achtsamer Ethik Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt</p> <p>9 Pflegende aus dem Ausland – einige grundsätzliche Bemerkungen Prof. Dr. Hermann Brandenburg</p> <p>14 Umgang mit transnationalen Pflegekräften – Prüfstein für eine glaubwürdige Pflegepolitik? Prof. Dr. Thomas Klie</p> | <p>18 Nachhaltige Arbeitsmigration – Koordinaten für einen konzeptionellen Aufschlag Prof. Dr. Michael Sauer</p> <p>22 „Triple-Win“? Ethische Bemerkungen zu einem Rechtfertigungsmuster für die staatliche Anwerbung von Pflegekräften Prof. Dr. Bernhard Emunds, Dr. Jonas Hagedorn, Prof. Dr. Christof Mandry</p> <p>26 Wie kann es gut gehen? Ein Gütesiegel für faire internationale Anwerbung von Pflegekräften Dr. Sarina Strumpfen</p> |
|---|--|



44 Management **Digitale Angebote für Senior*innen**



58 **Leben** Letzte Ruhe im Wald

Politik

- 30 Reformdebatte der Pflegeversicherung: ein Diskursbeitrag aus der (Pflegerberatungs-)Praxis**
Leon Hellermann, Martin Kamps, Christian Heerdt
- 34 Problemanzeige: Reform der Selbsthilfeförderung ist notwendig!**
Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt

Bildung

- 37 Sozialgeographie des Alterns**
Prof. Dr. Klaus Friedrich

Management

- 40 Entwicklung demenzsensibler Strukturen in der Stadt am Beispiel Fürth**
Dr. Christian Heidl, Christiane Schmidt, Lisa Darlapp, Prof. Dr. Stefanie Richter, Prof. Dr. Jürgen Zerth
- 44 Digitale Angebote für Senior*innen**
Zugänge gelingen in Düsseldorf über das Netz „zentren plus“
Anna Waldhausen, Sandra Ludes
- 47 „Sich sicher fühlen“ – nicht nur ein Bedürfnis für Menschen mit Demenz**
Prof. Dr. Silke Kuske

Forschung

- 51 „Und jetzt haben wir das eben anders gemacht...“**
Einblick in subjektive Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz
Dr. Sarah Hampel
- 54 e-Vita – ein intelligenter Coach fürs smarte Altern**
Johanna Möller

Leben

- 58 Naturnah und tröstlich: letzte Ruhe im Wald**
Jana Gieß

- Editorial 01
- Service: Lesetipps 62
- Vorschau/Impressum 64



Pflegende aus dem Ausland – einige grundsätzliche Bemerkungen

Vor dem Hintergrund einer prekären Personalsituation in der Pflege in Deutschland (vor allem in der Langzeitpflege) wird seit geraumer Zeit über die Einbindung von ausländischem Pflegepersonal diskutiert. Große Träger in der Altenhilfe sind bereits dazu übergegangen, gezielt im Ausland (bis hin nach China) Anwerbungen vorzunehmen, auch die Politik war nicht untätig. Aber auch in den privaten Haushalten älterer Menschen selbst ist durch „Live-ins“, d. h. Care-Arbeiter*innen, die in den Haushalten der zu betreuenden Personen arbeiten und leben, das Thema längst angekommen. Gerade zu Beginn der Covid-Pandemie im Frühjahr 2020 hatte die geplante und z.T. vollzogene Rückkehr dieser überwiegend osteuropäischen Pflege- und Unterstützungspersonen, deren Zahl auf über 400.000 Personen geschätzt wird (Benazha 2021, S. 26), kurz die Fachöffentlichkeit irritiert. Man kann die mit diesen Entwicklungen verbundenen Herausforderungen unter verschiedenen Aspekten beleuchten. Hier soll der Fokus auf einigen Fallstricken liegen (entnommen aus Schilder 2020), die mit einer „transkulturellen Pflege“ verbunden sind. „Lösungen“ können an dieser Stelle nicht angeboten werden, aber ein Reflexionsraum für weitere Debatten soll eröffnet werden.

Transkulturelle Pflege – drei Fallstricke

Unbestritten ist, dass wir in einer gesellschaftlichen Situation leben, in der wir nicht nur mit „Biodeutschen“, sondern mit verschiedenen Kulturen, religiösen Vorstellungen und Lebensentwürfen konfrontiert werden – auch in der Pflege in all ihren Versorgungssettings. Zunächst muss also ganz grundsätzlich danach gefragt werden, wie wir in der pflegerischen Praxis angemessen auf diese Heterogenität reagieren können. Denn sie ist einerseits eine Chance. Denken wir z. B. an die unterschiedlichen Kompetenzen, die ausländische Mitarbeiter*innen mitbringen. Andererseits macht es wenig Sinn, die Herausforderungen zu ignorieren. Die beziehen sich u. a. auf Fragen der betrieblichen Integration, der angemessenen Gestaltung von Arbeitssituationen, schließlich auch auf sozialetische Aspekte. Denn mit dem „brain drain“ werden Fachkräfte aus ihren Heimatländern abgezogen, die eben auch dort dringend gebraucht werden (dazu auch die Beiträge von Emunds u. a. sowie von Sauer in diesem Heft). Wenn wir in dem folgenden Abschnitt von „transkultureller Pflege“ reden, dann tun wir dies vor dem Hintergrund der Erkenntnis,

dass Kultur nur einen Einflussfaktor auf Habitus und Lebensführung darstellt – biografische Erfahrung, Persönlichkeit, kognitive Entwicklung, Bildungskarriere, soziale Lage etc. müssen ebenfalls Beachtung finden. Aber häufig tappen wir – vielfach aus Unkenntnis – in „Fallen“, bei denen uns ein personenzentrierter Umgang in der pflegerischen Begegnung erschwert wird.

Fallstrick 1: Kulturalismusfalle

Eine Erzieherin fordert die Kinder auf, für ein interkulturelles Frühstück etwas Typisches aus der Heimat mitzubringen. Das Frühstück verläuft gut, die Erzieherin ist mit der Einheit zufrieden. Eine anschließende Befragung ergibt: Einige Kinder erzählen, dass weder sie selbst noch die Eltern noch die im Herkunftsland der Familie lebende Oma überhaupt frühstücken würden. Andere frühstücken Cornflakes oder Nutella. Sie haben aber Schafskäse und Oliven mitgebracht, um die nette Erzieherin nicht zu enttäuschen. Sie hatten also bereits gelernt, was von ihnen erwartet wird. Um nicht zu enttäuschen und nicht aufzufallen, erfüllen sie die von ihnen erwartete Demonstration ihrer Differenz. Aber es gibt natürlich auch

Kinder und Eltern, die froh darüber sind, endlich wahrgenommen zu werden, und sei es auf diese Weise. Nur, sie sind nicht „typisch“ und die anderen „verwestlicht“ oder „eingedeutscht“ oder „traditionslos“, sondern haben unterschiedliche Vorlieben, gehen unterschiedlich mit den vorgefundenen Angeboten um, treten unterschiedlich mit ihrer Umwelt in Verbindung usw. Dabei kann so etwas wie die Herkunftskultur (des einen Großelternteils) eine Rolle spielen, und diese Rolle kann durch die Markierung als anders in eigenen Situationen an Bedeutung gewinnen, aber sie ist weder die einzige Bezugsgröße noch gibt sie Auskunft darüber, wie „in der Heimat“ oder „zu Hause“ gefrühstückt wird. Allerdings sind durch eine derartige Einheit Differenzierungen zwischen „uns“ und „den Anderen“ aktiv reproduziert worden.

Schon an diesem kleinen Alltagsbeispiel wird deutlich, dass die Dinge nicht so einfach liegen und wir schnell in Widersprüche, Irritationen und am Ende in Konflikte, in eine Kulturalismusfalle, geraten können. Das hat auch jüngst eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung für den Pflegebereich dokumentiert, in der 50 Interviews mit Pflegenden und Expert*innen in Krankenhäusern durchgeführt wurden (Pütz et al. 2019). Dabei wurde evident, dass sich häufig zwei verschiedene Lager bilden: einerseits die Alteingesessenen und andererseits die Neuankömmlinge. In den meisten Ländern außerhalb von Deutschland ist Pflege in der Regel mit einem universitären Abschluss und mit hohen Kompetenzen in der medizinischen Versorgung verbunden. Stattdessen werden Migrant*innen, Asylbewerber*innen und ausländische Pflegekräfte häufig, jedenfalls solange sie keine ausreichenden Deutschkenntnisse besitzen, in der Grundpflege, beim Bettenmachen etc. eingesetzt. Die dann entstehenden Missverständnisse und Konflikte werden von beiden Seiten auf kulturelle Differenzen zurückgeführt, sind aber – so die Studienergebnisse – tatsächlich durch fachliche Unterschiede und Kompetenzhierarchien verursacht. Die „Lösung“ besteht dann nicht in der Essentialisierung von Kulturunterschieden („die einen sind so, die anderen so“), sondern in der Akzeptanz von z.T. akademisch qualifizierten Fachkräften, ihrer fachlich angemessenen Einbindung in die Arbeitsabläufe sowie der Nutzung ihrer Kompetenzen für Innovationen im konkreten Setting. Am Ende geht es um ein Integrationsverständnis, welches als wechselseitiger und dialogischer Prozess angelegt ist (Gold et al. 2020).

Fallstrick 2: „Island of Meaning“

Hier geht es um die Frage, wie wir uns, angesichts der Vielfalt, Unübersichtlichkeit und zunehmenden Komplexität der Welt, die Dinge zurechtlegen und uns orientieren. Zunächst einmal ist es völlig normal und nichts Schlechtes, wenn wir Personen benennen, Dinge kategorisieren oder Verhältnisse beurteilen. Wir können gar nicht anders, als die Welt „vor-urteilhaft“ wahrnehmen und auf diese Weise die Komplexität der sozialen Wirklichkeit reduzieren, das haben die Psychologen – vor allem die Stereotypenforschung – immer wieder bestätigt. Dies geschieht auch in Einordnungsschemata des zum Eigenen gehörenden und des sich außerhalb befindenden Fremden. Der Sozialpsychologe Eviatar Zerubal (1996) bezeichnet dieses Phänomen als „Island of Meaning“. Dabei findet eine Systematisierung nach Gemeinsamkeiten und Trennendem statt, nach „Lumping“ und „Splitting“. Unser Gehirn schafft also unterschiedliche „Inseln“ der Zugehörigkeit (und der Differenz). Es handelt sich hier um mentale Konstrukte, die ein schnelles Abgleichen und Vergleichen erlauben, eine Positionierung ermöglichen, Umgangssicherheit herstellen. Unser eigenes Selbstverständnis ist durch das Fremde herausgefordert, was eine Reaktion, ein Umdenken, eine Verteidigung provoziert und aus dem Fremden – im Gegensatz zum Eigenen – den Anderen schaffen kann. Und genau über diesen Prozess sollten wir uns Rechenschaft ablegen. Denn eins ist klar: Bei diesem Vorgang ist die Einsicht in Fakten nur schwer vermittelbar. So erweist es sich als relativ aussichtslos, die Angst vor einer Islamisierung in Deutschland empirisch zu entkräften, in dem man beispielsweise darauf verweist, dass Muslime nur 5 Prozent der Bevölkerung ausmachen oder ihr Anteil in Sachsen bei 0,1 Prozent liegt. Und zwar weil „sich die Funktion der Islamisierungsdebatte vornehmlich in der Stärkung der eigenen Gruppenidentität begründet“ (Foroutan 2016, S. 56). Wir können diesen Effekt auf unsere eigene Arbeitswirklichkeit übertragen. Jeder, der „auf Station“ gearbeitet hat, kennt diesen Mechanismus. Auf den anderen Stationen – so die internen Gespräche – war dies und jenes kritikwürdig, dort gab es Mängel, gravierende Fehler etc. Nur die eigene Station und das zugehörige Team waren in der Regel ohne Fehl und Tadel und aufopferungsvoll um die Pflege der Patienten bemüht. Es geht also am Ende um uns selbst. Und zwar nicht nur um unsere eigenen Vorurteile, sondern um unser konkretes Verhalten, um die Praxis.

Fallstrick 3: Heterogenität

Ein dritter Aspekt soll noch Erwähnung finden – die sehr große Verschiedenheit der Migrant*innen, Fremden, der Anderen. Nehmen wir nur einmal das Beispiel der Muslime. Insgesamt beträgt ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wenige Prozent und umfasst etwa 4,5 Millionen Menschen. Dabei werden alle Angehörigen dieser Glaubensgemeinschaft erfasst, und zwar auch jene, die sich längst vom Glauben abgewandt haben. Zudem werden alle Konfessionen zusammengefasst, also Sunniten, Schiiten, Aleviten. Wer nur die Nachrichten verfolgt, dem wird sofort klar sein, dass hiermit sehr unterschiedliche Strömungen bezeichnet sind. Hinzu kommt, dass die Muslime selbst im Hinblick auf ihre nationale Herkunft sehr vielfältig sind. Sie stammen aus Südosteuropa, dem Nahen und Mittleren Osten, Nordafrika, auch dem zentral- und südostasiatischen Raum. Darunter sind Deutsche und Ausländer, Migrierte und in Deutschland Geborene, Praktizierende und Nicht-Praktizierende, solche aus Familien mit islamischer Tradition und Konvertierte. Bekannt ist, dass der größte Teil der Muslime, d. h. 80 Prozent, nicht in einem der offiziell als Gesprächspartner akzeptierten (konservativen) muslimischen Verbände organisiert ist. Und bekannt ist auch, dass viele Moscheen in Deutschland von extrem konservativen und rückwärts gewandten Kräften aus dem Ausland finanziert werden, deren Position keinesfalls mit der Mehrheit der in Deutschland lebenden Muslime gleichgesetzt werden kann (DIE ZEIT 2019, S. 50). Insgesamt also – es ist bereits angeklungen – müssen wir mit zunehmender Heterogenität in unserer Gesellschaft, aber eben auch im Gesundheitswesen, leben.

Resultierende Konsequenz: „Live-ins“

Blicken wir zunächst einmal auf den familiären Sektor, vor allem auf die Live-ins, mit denen nicht nur arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Fragen sowie Bezahlung und Arbeitsbedingungen aufgerufen werden, es geht auch um Gerechtigkeitsfragen. Denn letztlich wird bei der agenturvermittelten Live-in-Betreuung in den sogenannten „reichen Ländern“ ein Versprechen auf gute Sorge verbunden, die Voraussetzungen dafür werden nur ansatzweise eingelöst. Denn im Grunde handelt es sich um mehr oder weniger formalisierte Ausbeutungsregime, bei denen eine „24-Stunden-Rund-um-Betreuung“ in überwiegend mittel- und Oberschichtorientierten

Haushalten auf Kosten weiblicher Migrant*innen im Alter von 40+ gewährleistet wird. Das Kernproblem: „Es ist ein Arrangement, in dem sich wenig freiwillig fügt und daher das Versprechen auf gute Sorge für die Betreuten und Entlastung für die Angehörigen dadurch konterkariert wird, dass es gute Arbeit, die mit guter Selbst- und Fürsorge der Betreuer*innen einhergeht, nicht bieten kann. Zugleich ist es ein etabliertes Arrangement“ (Aulenbacher et al. 2021, S. 245). Man kann einerseits über Reformen nachdenken. Beispielsweise könnten die in Deutschland gängigen Entsendeverträge abgeschafft werden, die in Polen zutreffend als „Müllverträge“ bezeichnet werden, und an ihre Stelle Angestelltenverträge nach deutschem Arbeitsrecht treten. Ebenfalls ist faire Mobilität zu gewährleisten, dies muss zum Kernaspekt transnationaler Verhandlungen werden. Grundsätzlich müssen die Deregulierung des Dienstleistungsbereichs reformiert, weiterreichende Kontrollmechanismen eingeführt und insgesamt für die Pflege und Betreuung alter(nder) Menschen sehr viel mehr Geld zur Verfügung gestellt werden (Emunds 2016). Die Endlosdebatte über zu geringe Finanzmittel ist angesichts von ca. 360 Milliarden Euro, die jedes Jahr im Gesundheitswesen umgesetzt werden, schwer nachvollziehbar. Aber es ist natürlich auch klar, dass allein mehr Geld im System keine Lösung darstellt. Es geht grundlegend um die Neujustierung von Pflegelandschaften – am besten direkt mit einem Moratorium nach der Covid-Pandemie (vgl. umfassend Schulz-Nieswandt 2020).

Resultierende Konsequenz:

stationäre Versorgung

Hier sind multiethnische Teams schon seit langer Zeit Praxis. Eine jüngst erschienene Dissertation zeigt, dass eine fehlende bzw. geringfügige Berufsqualifikation und eine vorhandene Sprachbarriere aufgrund einer Migrationsgeschichte – und das ist nach wie vor bei der überwiegenden Mehrheit der in Pflegeheimen beschäftigten Mitarbeiter*innen mit Migrationshintergrund der Fall – stets in eine berufliche „Unterklasse“ führen, die mit Unterordnung, Abhängigkeit, Rückzug, Überforderung und Unterlegenheit einhergeht (Marschall 2022, S. 209). Statt also mit migrantischem Personal immer mehr Lücken zu „stopfen“, wäre zunächst an ein elaboriertes Mentorensystem zu denken, um eine gezielte Einarbeitung und Betreuung zu gewährleisten (vor allem über hochqualifizierte Pflegenden).

Betreffende Mitarbeiter*innen sollten befähigt werden, einerseits institutionell erforderlichen Qualitätsstandards zu entsprechen, andererseits die persönliche Souveränität zu entwickeln ein „Goodwill“-Abhängigkeitsverhältnis zu dominanten Kolleg*innen zu vermeiden. Für Mitarbeiter*innen mit einer Sprachbarriere ist es zudem erforderlich, Sprach- und gegebenenfalls „Kulturunterricht“ anzubieten, damit auch diese in der Lage sind, ebenbürtig Ideen, Wünsche und Kritik äußern zu können. Denn diese Akteur*innen stellen ein dringend benötigtes Potenzial dar, insbesondere für Bewohner*innen mit Migrationshintergrund, deren Zahl steigt. Aber noch wichtiger ist die Organisationskultur. Die Integration von Mitarbeiter*innen aus dem Ausland muss durch ein Integrationsprogramm, bei dem das Management Verantwortung übernimmt, sichergestellt werden. Es kommt auf „Identitätsarbeit“ an – und dabei sind beide Seiten gefragt (dazu auch der Beitrag von Schulz-Nieswandt in diesem Heft). Denn es kann nicht sein, dass allein nur von migrierten Pflegenden eine Anpassungsleistung als erforderlich angesehen wird. Insofern ist bei der Stammebelegschaft eine „Re-Orientierung der Berufsidentität“ (Rand et al. 2020, S. 96) notwendig, die sich mindestens auf drei Aspekte bezieht, nämlich a) das Kennenlernen der verschiedenen Referenzsysteme, b) die gegenseitige Annäherung, damit auch die Offenheit für Veränderungen und c) Vereinbarungen konsentieren und geteilte Erfolgserlebnisse als Grundlage des gemeinsamen Handelns internalisieren. Dass hier das Management gefragt ist, sollte keine grundsätzliche Debatte provozieren. ■

Autor

Prof. Dr. Hermann Brandenburg ist Inhaber des Lehrstuhls für Gerontologische Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) und Miterausgeber des Fachmagazins ProAlter.

Kontakt: hbrandenburg@pthv.de

Literatur

Aulenbacher, B./Lutz, H./Schwiter, K. (2021): Live-in-Betreuung – (k)ein Zukunftsmodell guter Sorge und guter Arbeit? In: Aulenbacher, B./Lutz, H./Schwiter, K. (Hrsg.): Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Beltz Juventa, Weinheim/Basel, S. 238–251.

Benazha, A. V./Leibsfinger, M./Prieler, V./Steiner, J. (2021): Live-in-Care im Ländervergleich. In: Aulenbacher, B./Lutz, H./Schwiter, K. (Hrsg.): Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Beltz Juventa, Weinheim/Basel, S. 20–45.

Emunds, B. (2016): Damit es Oma gut geht. Pflegeausbeutung in den eigenen vier Wänden. Westend, Frankfurt am Main.

Emunds, B./Hagedorn, J./Hänselmann, E./Heimbach-Steins, M. (2021) (Hrsg.): Pflegearbeit im Privathaushalt: sozialetische Analysen. Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn.

Gold, C./Kaets, V./Kraus, K./Schulze, U. (2020): Qualifizierungskonzept „TransCareKult.“ Ein Materialband für Trainerinnen und Trainer in Gesundheitsberufen. Online: http://www.hessen.netzwerk-iq.de/fileadmin/user_upload/iqn/Bilder_fuer_den_Seiteninhalt/Angebote/Projekte_IKE/2020/IQ-Materialband-TransCareKult.pdf (abgerufen am 12.4.2022).

DIE ZEIT (2019): Gespräch mit Susanne Schröter vom Forschungszentrum Globaler Islam aus Frankfurt: Der Islam und das Geld. Ausgabe 3 vom 10. Januar 2019, S. 50.

Foroutan, N. (2016): Wie lange bleibt man ein Fremder? über das Dilemma der Annäherung. Kursbuch 185, Hamburg, S. 51–66.

Marschall, E. M. (2022): Habitus und Personalmix in der stationären Langzeitpflege. Eine praxeologisch-wissenssoziologische Studie. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Pflegewissenschaft. Pflegewissenschaftliche Fakultät der Vincenz Pallotti University Vallendar.

Pütz, R./Kontos, M./Larsen, C./Rand, S./Ruokonen-Engle, M. N. (2019): STUDY Nr. 416 – Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

Rand, S./Larsen, C./Lauxen, O. (2020): Betriebliche Integration von neu migrierten Pflegefachkräften. Herausforderungen und Perspektiven. In: Schilder, M./Brandenburg, H. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege. Grundlagen und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart, S. 86–98.

Schilder, M./Brandenburg, H. (Hrsg.) (2020): Transkulturelle Pflege. Grundlagen und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart.

Schulz-Nieswandt, F. (2020): Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken. Gestaltfragen einer Reform des SGB XI. Grundlagen, Kontexte, Eckpunkte, Dimensionen und Aspekte. KDA, Berlin.

Zerubal, E. (1996): Lumping and Splitting. Notes on Social Classification. In: Sociological Forum 11/3, S. 421–433.