

Soziokulturelle Erfolgsfaktoren bei der Migration von Pflegefachkräften

**Eine Forschungsarbeit zur Rekrutierung und Integration ausländischer
Pflegefachkräfte am Beispiel chinesischer Zuwanderinnen**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
„Doktorin phil.“

an der kulturwissenschaftlichen Fakultät
der Europa-Universität Viadrina in Frankfurt an der Oder

Vorgelegt von

Astrid Vonhoff
(geb. am 24. Mai 1958 in Duisburg, Deutschland)

Berlin, 31.10.2022

Soziokulturelle Erfolgsfaktoren bei der Migration von Pflegefachkräften

Betreuer und Gutachter der Dissertation

Betreuer & Erstgutachter:

Prof. Dr. Hartmut Schröder

Europa-Universität Viadrina
Frankfurt (Oder)

Postfach 1786

15207 Frankfurt (Oder)

Zweitgutachterin:

Prof. Dr. Dr. Claude-Hélène Mayer

Professor in Industrial and Organisational
Psychology, University of Johannesburg,
South Africa

Verfasserin der Dissertation

Astrid Vonhoff

Blumenbachweg 24a

12685 Berlin

E-Mail: astrid.vonhoff@gmx.de

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit wird versichert, dass die Verfasserin der vorgelegten Dissertation bislang an keiner anderen Hochschule einen Antrag auf Zulassung zum Promotionsverfahren gestellt hat.

Es wird versichert, dass die Antragstellerin die vorgelegte Dissertation ohne unzulässige Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt hat und dass die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken in der Arbeit als solche kenntlich gemacht worden sind.

Astrid Vonhoff, _____

Abstract

Demografische Veränderungen führen in Deutschland zu zwei gravierenden Entwicklungen: So reduziert eine alternde Bevölkerung den prozentualen Anteil derjenigen, die im Erwerbsprozess stehen, während gleichzeitig der Anteil derjenigen zunimmt, die pflegebedürftig sind. Daraus ergibt sich ein Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen, der teilweise durch Zuwanderung ausgeglichen werden soll (OECD 2013), wobei ausländische Fachkräfte vorwiegend außerhalb der EU angeworben werden sollen, da vergleichbare demografische Probleme in fast allen Ländern der Europäischen Union bestehen.

Die erfolgreiche Anwerbung und Integration von Fachkräften mit anderem soziokulturellen Hintergrund stellt komplexe Anforderungen an Gesellschaft und Unternehmen, zumal die Beschäftigungsstruktur im Gesundheitswesen sehr heterogen ist. Sich daraus ergebende Herausforderungen werden am Beispiel der Wanderungsbereitschaft chinesischer Krankenpflegerinnen untersucht. Ihre Bereitschaft und Motive, sich in Deutschland zu Altenpflegerinnen weiterbilden zu lassen und zu arbeiten, werden im Rahmen eines Methodenmixes über qualitative und quantitative Verfahren untersucht und analysiert.

Erkenntnisleitende Fragen sind:

- Wie hoch ist die Migrationsbereitschaft chinesischer Krankenpflegerinnen?
- Welche soziokulturellen Faktoren begünstigen eine Wanderungsentscheidung?
- Welche positiven und negativen Erwartungen hegen migrationsbereite Befragungsteilnehmer gegenüber einer Weiterbildung, dem Auswanderungsland und dem neuen Arbeitgeber?
- Welche Merkmale charakterisieren die Befragungsteilnehmer, die keine oder nur eine begrenzte Migrationsbereitschaft hegen?

Nach Auswertung der Untersuchungsergebnisse stellte sich die Migrationsbereitschaft chinesischer Krankenpflegerinnen als durchaus gegeben da. Sie verbanden damit ein höheres Ansehen der Familie und den Wunsch, im neuen Land beruflich ihre Erkenntnisse zu erweitern, wie in den meisten Aussagen bei Erstinterviews zu Ausdruck kommt. Das höhere Gehalt in Deutschland spielt auch eine Rolle. Lange Zeit war es so, dass chinesische Krankenschwestern über ein Gehalt von 300-500 Euro nicht hinauskamen. Mittlerweile sind die Gehälter in China auch angehoben worden und es gibt Anreizzahlungen, wenn die chinesische Fachkraft dem Herkunftsland erhalten bleibt. China hat erkannt, wie wertvoll die eigenen Kräfte vor dem Hintergrund der eigenen Überalterung sind.

Die Migrationsbereitschaft ist oft gegeben, nicht jedoch die Bereitschaft der Kandidaten, sich intensiv auf das neue Land und die neue Stelle vorzubereiten. In vielen hundert Interviews von potentiellen Kandidatinnen mit zukünftigen Arbeitgebern wurde sehr selten die Frage gestellt, wie man sich auf die neue Stelle vorzubereiten habe und was man denn können müsse, damit die Migration erfolgreich wird.

Das Land Deutschland ist in China sehr angesehen und die soziokulturellen Faktoren, welche für ein Migrationsbereitschaft zugrunde gelegt werden, sind die Sicherheit, die ihnen das neue Land bietet, die Freiheit hier zu leben und die Möglichkeit, das Ansehen ihrer Familie zu stärken.

Die Autorin hat einige Hundert Pflegefachkräfte nach Deutschland gebracht. Viele von ihnen haben - selbst ausgestattet mit eher dürftigen Sprachkenntnissen- an den Arbeitgeber hohe Erwartungen in Bezug auf ihre Weiterbildung und ihr Einkommen in Deutschland gestellt.

Die Chancen der Zukunft haben sie nicht erkannt. So hätten ihnen einige Jahre bei einem Arbeitgeber der Altenhilfe wertvolles Rüstzeug für eine spätere Umsetzung von Altenhilfe in China gebracht. Stattdessen wurde versucht, meist sofort nach dem Examen, welches oft mühselig und mit viel Unterstützung erreicht wurde, den Arbeitgeber zu wechseln. Diese fehlende Loyalität zum Arbeitgeber hat sich schnell herumgesprochen und mittlerweile ist die Bereitschaft geringer geworden, chinesische Fachkräfte anzustellen.

Das größte Hindernis für migrationsbereite chinesische Fachkräfte ist die Sprache. Viele sind mit nicht ausreichenden Sprachkenntnissen nach Deutschland gekommen, weil sie sich bei Abreise im Herkunftsland nicht darüber klar waren, was es heißt, nicht kommunizieren zu können. Die schlechten Anfangssprachkenntnisse waren dann oft dafür verantwortlich, dass das Projekt schleppend lief.

Das chinesische Pflegesystem unterscheidet sich grundlegend vom deutschen Pflegesystem und es war sehr wichtig, die chinesischen Fachkräfte im Herkunftsland darauf vorzubereiten. Letztlich war die Praxis in Deutschland dann aber eine ganz andere Sache und sie sahen sich hier in Deutschland gezwungen, die Grundpflege bei den Patienten oder Bewohner durchzuführen. Diese Aufgabe war nicht nur ungewohnt, sondern auch ungeliebt.

Die Ausbildung der Krankenschwester in China ist eine Ausbildung an der Universität mit einem anschließenden praktischen Jahr. In Deutschland gibt es eine duale

Ausbildung mit wesentlich mehr praktischen Stunden. Dieser markante Unterschied hat sich in allen Projekten in der pflegerischen Methodenkompetenz bei den chinesischen Fachkräften bemerkbar gemacht.

Aus den Erfahrungen mit den chinesischen Fachkräften heraus wurden Empfehlungen formuliert, wie chinesische und auch andere ausländische Fachkräfte künftig dauerhaft und erfolgreich als Fachpflegekräfte in Deutschland in Krankenhäusern und Pflegeheimen vorbereitet und integriert werden könnten.

Inhalt

| | Seite |
|--|-------|
| Vorwort | 11 |
| <hr/> | |
| 1. Einleitung | |
| 1.1. Einführung in das Forschungsthema | 13 |
| 1.2. Persönlicher Hintergrund | 17 |
| 1.3. Forschungsfragen | 19 |
| <hr/> | |
| 2. Theoretische Grundlagen und Begriffsklärungen, Stand der Literatur | |
| 2.1. Begriffsklärung: Migration, Push-/Pull-Faktoren, | 22 |
| 2.2. Akkulturation und Integration | 24 |
| Nachtrag | 27 |
| <hr/> | |
| 3. Demografischer Kontext der Untersuchung: Demografischer Wandel in Deutschland und die Situation der Fachkräfte in der Pflege | |
| 3.1. Ausgangslage | 33 |
| 3.2. Zahlen, Daten, Fakten: Die Bevölkerungsstruktur im Wandel | 34 |
| 3.3. Ursachen des Fachkräftemangels | 39 |
| 3.4. Konsequenzen und Lösungsansätze | 41 |
| <hr/> | |
| 4. Zuwanderung: individuelle, gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen und Erfahrungen | |
| 4.1. Motivation und individuelle Voraussetzungen für Zuwanderung | 44 |
| 4.2. Kulturelle Aspekte | 46 |
| 4.3. Fachliche Aspekte | 47 |
| 4.4. Sprachliche Aspekte | 48 |
| 4.5. Politische und gesetzliche Voraussetzungen | |
| 4.5.1. Internationaler Rahmen | 49 |
| • WHO-Kodex | 50 |
| 4.5.2. Gesetzliche Grundlagen | 51 |
| 4.5.3. Berufsfachliche Voraussetzungen | 51 |
| • Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz 2011 | 52 |

| | |
|--|-----|
| • Fachkräfteeinwanderungsgesetz | 54 |
| <hr/> | |
| 4.6. Soziale und berufliche Integration - Erfahrungen | |
| 4.6.1. Erfahrungen aus Skandinavien | 55 |
| 4.6.2. ZAV und GIZ – die Rekrutierung von Pflegekräften in Deutschland | 57 |
| 4.6.3. Erfahrungen deutscher Arbeitgeber mit ausländischen Pflegekräften | 59 |
| 4.6.4. Pflegepersonal aus dem Ausland aus Sicht der Verbände | 65 |
| 4.6.5. Zusammenfassung/Ausblick | 69 |
| <hr/> | |
| 5. Beschreibung der Situation und Erfahrungen mit asiatischen Pflegekräften am Beispiel von den Philippinen | |
| Pflege auf den Philippinen | |
| 5.1. Geschichte der Hochschulen und der Pflegeausbildung | 71 |
| 5.2. Allgemeine und traditionelle Medizin | 73 |
| 5.3. Die Philippinen - weltweit größter Exporteur von Pflegekräften | 75 |
| <hr/> | |
| 6. Untersuchung der Forschungsfrage am Beispiel des Projektes „Chinesische Krankenschwestern für Deutschland“ | |
| 6.1. Die Entwicklung der chinesischen Krankenpflege und ihrer Ausbildung | |
| 6.1.1. Chinas Medizin und Pflege im Altertum (vor 1835) | 77 |
| 6.1.2. Chinas Pflege 1835-1945 | 79 |
| 6.1.3. Zwei Tiefpunkte der chinesischen Pflegeausbildung (1949-1980) | 81 |
| 6.1.4. Der Entwicklungsboom der chinesischen Pflege und Pflegeausbildung nach der Reform und Öffnungspolitik (1980-2000) | 83 |
| 6.1.5. Die chinesische Pflege im 21. Jahrhundert und die demografische Entwicklung in China | 84 |
| 6.1.6. Pflegeausbildung und Pflegefachausbildung in Deutschland vs. China | 89 |
| 6.1.7. Vergleich des deutschen und des chinesischen Pflegesystems | 93 |
| 6.2. Das Pilotprojekt „China 2012!“ | |
| 6.2.1. Der Ablauf der Projekte am Beispiel der UBG | 101 |
| 6.2.2. Die Vorbereitung der chinesischen Fachkräfte auf ihre Integration in Deutschland: | |
| • Sprachliche Vorbereitung | 103 |
| • Kulturelle Vorbereitung | 105 |
| • Fachliche Vorbereitung nach erfolgreicher Rekrutierung | 106 |

7. Forschungsmethoden und Ablauf der Untersuchung

| | |
|--|-----|
| Vorüberlegungen für das Forschungsdesign | 111 |
| 7.1. Forschungsdesign | |
| 7.1.1. Auswahl der Forschungsmethoden | 114 |
| (1) Online-Befragung mittels Fragebögen in Einrichtungen der Pflege | 114 |
| (2) Interviews | 115 |
| (3) Teilnehmende Beobachtung | 117 |
| 7.1.2. Der räumliche Untersuchungsrahmen | 120 |
| 7.1.3. Die zeitliche Planung des Untersuchungsablaufs | 121 |
| 7.1.4. Die Auswertung | 123 |
| 7.2. Die konkreten Untersuchungsschritte: | |
| 7.2.1. Onlinefragebögen | 123 |
| 7.2.2. Durchführung der teilnehmenden Beobachtung | 123 |
| 7.2.3. Durchführung der Interviews | 125 |

8. Die Untersuchungsergebnisse und ihre Auswertung

| | |
|--|------------|
| 8.1. Ergebnisse | |
| 8.1.1. Auswertung der Online-Fragebögen | 128 |
| 8.1.2. Beschreibung der teilnehmenden Beobachtung | 129 |
| 8.1.3. Kategorisierung und Auswertung der Interviews | 133 |
| 8.2. Verknüpfung der Forschungsergebnisse, Auswertung und Beantwortung der Forschungsfragen | |
| 1. Aus der Sicht des aufnehmenden Landes | 140 |
| 2. Aus der Sicht des Herkunftslandes | 143 |
| 3. Aus Sicht der chinesischen Pflegekräfte | 144 |
| 8.3. Zusammenfassende Bemerkungen und Empfehlungen | 151 |
| 8.4. Fazit | 154 |
| Literaturverzeichnis | 160 |

Abbildungsnachweis

Abbildung 1: Systemintegration und Sozialintegration vgl. Esser 2001, S. 16

Abbildung 2: Bevölkerungspyramide von 1910. FAZ 2015a.

Abbildung 3: Bevölkerungspyramide von 2030. FAZ 2015b.

Abbildung 4: Bruttonationaleinkommen in ausgewählten Regionen in US-Dollar 2012
M. Merda, Dr. G. Graeseke, B. Kähler 2014, S. 23; s.a. Statistisches Bundesamt (2014)
sowie BGW Forschung

Abbildung 5: Kulturelle Dimensionen nach Hofstede im Vergleich- hier in einer
Darstellung von Angelika Eckart (o.J.) URL: [https://page-
online.de/kreation/kulturmerkmale-nach-hofstede-was-sie-fuers-ux-design-
bedeuten/](https://page-online.de/kreation/kulturmerkmale-nach-hofstede-was-sie-fuers-ux-design-bedeutet/)

Abbildung 6: „Bewertung unterschiedlicher Herkunftsregionen hinsichtlich
fördernder und hemmender Faktoren einer Zuwanderung nach Deutschland in der
Pflege“. (M. Merda, Dr. G. Graeseke, B. Kähler 2014, S. 28)

Abbildung 7: Übersicht über Anerkennungswege in Deutschland (Bundesministerium
für Bildung und Forschung 2012, S. 6)

Abbildung 8: „Merkmale von Unternehmen mit und ohne Rekrutierungserfahrung im
Ausland in den letzten drei Jahren“. Azahaf, Najim (2015, Folie 14)

Abbildung 9: Häufigkeit auftretender Probleme bei der Rekrutierung im Ausland in
Prozent. Bonin, Holger; Braeseke Grit; Ganserer, Angelika 2015, S. 24.

Abbildung 10: „Häufigkeit verschiedener Anfangsprobleme von im Ausland
rekrutierten Pflegekräften aus Sicht der Personalverantwortlichen in Prozent“. Bonin
et.al. 2015, S. 48

Abbildung11: „Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräfte mit
ausländischer Staatsbürgerschaft nach Staatsangehörigkeit 2013“. Bonin et.al. 2015,
S. 31

Abbildung 12: „Zahl der jährlich neu auswandernden philippinischen Pflegekräfte in
Tausend seit 1993“. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2012, S. 37

Abbildung 13: Huatuo. Wikimedia.org URL:
<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:HuaTuo.jpg> Zugriff 19.11.2020

Abbildung 14: Logo des chinesischen Pflegeverbands URL:
<http://www.zhhlxh.org.cn/cnaWeben/article/2057>

Abbildung 15: Erste Seite des Buches Kan hu yao yi. Online-Bibliothek der Harvard
Universität. [https://iif.lib.harvard.edu/manifest/view/drs:14560005\\$3b](https://iif.harvard.edu/manifest/view/drs:14560005$3b) letzter
Zugriff: 25.01.2017)

Abbildung 16: Hochschulen in China URL: Daniel Dalet/d-maps.com mit eigener
Ergänzung der Hochschulorte

Abbildung 17: Anzahl der examinieren Krankenschwestern 2001-2013. Statista.com.

Abbildung 18: Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten

Krankenschwestern in China von 2012-2018 in Zehntausend URL:

<https://wenku.baidu.com/view/1f57ddebfb6195f312b3169a45177232e60e4c8.html>

Abbildung 19: Gesundheitspersonal nach Bildungsabschluss in China 2019 URL:

<https://xw.qq.com/cmsid/20200622A0CFAE00>

Abbildung 20: Der Trend der Erweiterung der Pflegekräfte in China ab 1980 (vgl.

Ministerium für Gesundheit der Volksrepublik China (2012) URL: URL:

https://www.researchgate.net/figure/The-trend-of-expansion-of-nursing-workforce-in-China-Source-1980-2010-statistics-from_fig2_262072137

Abbildung 21: Bevölkerungsentwicklung 1960-2015 im Vergleich (United Nations Department of Economic And Social Affairs, Population Divisions; für Deutschland: Statistisches Bundesamt) URL:

https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/Monatsbericht/Monatsbericht-Themen/2017-06-demografie.pdf?__blob=publicationFile&v=8

Abbildung 22: Geburtenentwicklung 1950-2015 im Vergleich (United Nations Department of Economic And Social Affairs, Population Divisions) URL:

https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/Monatsbericht/Monatsbericht-Themen/2017-06-demografie.pdf?__blob=publicationFile&v=8

Abbildung 23: Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen in China 2015-2019 eigene Darstellung aus Quellen des Statistischen Bundesamtes.

Vorwort

Zur Thematik der vorgelegten Dissertation wurde die Verfasserin von ihren persönlichen Erfahrungen auf dem Gebiet der Arbeit und Ausbildung mit ausländischen Fachkräften inspiriert.

Die Verfasserin ist gelernte Krankenschwester und hat als Fachpflegerin für Intensivpflege jahrelang auf der neurochirurgischen Intensivstation gearbeitet. In den Jahren 1985-1988 ist sie als Krankenschwester und medizinisch-technische Assistentin auf einem Kreuzfahrtschiff zur See gefahren.

Danach hat sie eine Ausbildung zur Lehrerin für die Krankenpflege und 1990 1995 ein Studium der Diplom-Krankenpflege an der Humboldt-Universität absolviert.

In den Jahren 2005-2007 hat sie den Masterstudiengang „Sozialmanagement“ an der Alice Salomon Hochschule absolviert und den Master of Arts erworben.

Die Verfasserin hat seit dem Jahre 2008 bis zum Beginn der Corona- Krise Ende 2019 in China Krankenpflege an zwei Krankenpflegehochschulen in den Provinzen Hunan und Shandong unterrichtet.

Im Jahre 2013 gab es in Deutschland eine neue Beschäftigungsverordnung, welche die Einreise und die Arbeitsmöglichkeit von Fachkräften aus Drittstaaten ermöglichte. Dieses erste Projekt war noch langwierig und schwierig. Die neue Beschäftigungsverordnung aus dem Jahre 2013 hat es rein rechtlich zwar möglich gemacht. Doch für die praktische dauerte es - bedingt durch die föderalen Strukturen - lange, bis die Bestimmung in allen Amtsstuben angekommen war. Im Jahre 2014 kamen die ersten zwanzig ausgebildeten chinesischen Pflegefachkräfte nach Thüringen, und das war damals sogar etliche Pressemitteilungen wert.

Die Autorin selbst hat über diesen Weg 2014 erstmals auf privater Basis 20 junge chinesische Fachkräfte nach Deutschland gebracht und deren Arbeitsaufnahme und deren deutsches Krankenpflegeexamen begleitet. Viele weitere Projekte mit Krankenschwestern als China sind gefolgt.

In diesem Kontext steht das gewählte Thema eng mit der Lebensgeschichte der Autorin in Beziehung.

Das steht per se nicht zwangsläufig im Konflikt mit dem Anspruch an wissenschaftliche Objektivität. So heißt es bei Reichartz (2015, S 4): „Niemand wählt den Gegenstand der Forschung zufällig, sondern diese Entscheidung ist immer mit der Lebensgeschichte der Forscher verbunden.“ Ein Satz, der uneingeschränkt zu unterstreichen ist.

Zudem kommt der Forschungsarbeit der tiefe Einblick, den die Autorin aufgrund ihrer Tätigkeiten in das Forschungsgebiet hat, zugute. Eine umfangreiche Datenerhebung wäre ohne die langjährige Arbeit mit Fachkräften in China nicht möglich gewesen. Jo Reichert (2015, S. 3) befasst sich in seinem Artikel intensiv mit dieser Frage und schreibt dazu: „Forscherinnensubjektivität meint also hier ausdrücklich nicht Individualität, nämlich den Teil, also das, was uns von den anderen abhebt, von ihnen trennt, sondern es meint, (wenn überhaupt) einen besonderen Teil, der dafür verantwortlich ist, dass mir etwas eine Freude bereitet und Interesse an etwas besteht.“

Das Interesse der Verfasserin an dem Thema der Rekrutierung von Pflegefachkräften für die Pflege aus China war groß und so entstand der Gedanke mit dem nötigen Abstand und der nötigen Objektivität- daraus eine wissenschaftliche Arbeit zu machen. Die Professionalität bestand darin, die Subjektivität sowohl bei der Datenerhebung mit den gewählten Methoden als auch bei der Datenauswertung in den Hintergrund treten zu lassen.

Um einen Interessenkonflikt zu vermeiden, hat die Autorin stets ihre Forscherinnenobjektivität bewahrt, indem sie Methoden der qualitativen Datenerhebung - narrative Interviews und die teilnehmende Beobachtung - und der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, 2010) nutzte.

Die Autorin versteht Ihre Arbeit als einen Beitrag zu den interkulturellen Pflegewissenschaften und möchte im Rahmen der Pflegewissenschaften und der Kulturwissenschaften ihre Erfahrungen mit den Herausforderungen kultureller Anpassung und der Integration in den deutschen Arbeitsmarkt aufarbeiten und weitergeben.

1. Einleitung

1.1. Einführung in das Forschungsthema

Seit Jahrzehnten rückläufige Geburtenraten und steigende Lebenserwartung verändern die Altersstruktur Deutschlands nachhaltig. Dieser demografische Wandel erfordert eine Anpassung sozialer Sicherungssysteme und führt zu gravierendem Fachkräftemangel¹, der die Leistungsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts gefährdet.

Die OECD (2013, S. 10) geht davon aus, dass bereits „2020 ... annähernd 56.000 Ärzte und gut 140.000 nicht-ärztliche Fachkräfte [fehlen]. Bis 2030 wird sich die Personallücke sogar auf fast eine Million Personen – gut 165.000 Ärzte sowie fast 800.000 nicht-ärztliche Fachkräfte – vergrößern.“

In dieser Studie stellt die OECD fest, dass Erfolge bei der Gewinnung qualifizierten Personals² für das Gesundheitswesen in Deutschland maßgeblich für die Qualität des Systems sein werden. Denn im ambulanten und stationären Bereich ist ab 2020 mit einem gravierenden Fachkräftemangel zu rechnen. Die Deckung des Personalbedarfs wird nicht mehr auf herkömmlichen Wegen möglich sein. Vielmehr werden neue Denkansätze und die Schaffung neuer Strukturen gefordert, um damit verbundene Herausforderungen erfolgreich zu bewältigen (ebd. S. 5) und eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung abzusichern (ebd. S. 10), da in dieser Branche der Mangel an qualifiziertem Personal besonders dramatisch ist und weitreichende Folgen für die gesamte Volkswirtschaft hat (ebd. S. 18).

Seit Januar 2020 herrscht in Deutschland und weltweit die sogenannte Coronakrise. Ein neuartiger Virus breitet sich in Deutschland und in allen anderen Ländern auf der Welt mit hoher Geschwindigkeit aus. Im Januar des Jahres 2021 waren ca. 100 Millionen Menschen weltweit infiziert.

Gab es vor der Krise schon zu wenig Krankenschwestern und Pflegepersonal, so wurde dieser Notstand durch die Covid Krise noch verstärkt.

Am 27.02. 2020 wurde das Virus erstmals in Deutschland nachgewiesen. Bereits am 13. März 2020 ging Deutschland in den sog. ersten Lockdown und es wurden die Besuche durch Angehörige in den Pflegeheimen und Krankenhäusern verboten. Damit kamen erneute Belastungen auf die Pflegenden zu, weil die psychosoziale Betreuung der alten und kranken Menschen nun vermehrt auf sie zukam.

¹ Eine allgemeine Definition des Begriffs existiert bislang nicht. In Anlehnung an die OECD (2013, S. 17) lassen sich „Personalengpässe mit dem Umstand erklären, dass die Nachfrage der Unternehmen nach Fachkräften einer bestimmten Qualifikation größer ist als das entsprechende Fachkräfteangebot.“

² Als qualifizierte Arbeitskräfte (synonym: Fachkräfte) werden nachfolgend Personen bezeichnet, die in den Gruppen 1-3 des Codes ISCO-88 klassifiziert sind. Das Institut für Arbeitsmarktforschung (IAB) bezeichnet als Fachkraft „... einen Erwerbstätigen mit akademischem Hochschulabschluss, abgeschlossener Lehre oder einem Abschluss als Meister, Techniker oder Fachwirt.“ (OECD 2013, S. 17)

Am 02.11.2020 begab sich das Land in den November Lockdown; es folgte am 16.12. der sog. harte Lockdown. Während Deutschland durch den ersten Lockdown im Vergleich zu anderen Ländern gut da stand, füllten sich im Winter 2020 die Intensivstationen. Der Lockdown wurde bis zum Osterfest 2021 verlängert.

Im Sommer 2021 entwickelte sich aus der Urform des Virus (Alpha Variante) die sogenannte Delta Variante und am 28.08.21 wurde in den Heute Nachrichten des ZDF verkündet, dass sich laut einer britischen Studie nun ein doppelt so hohes Risiko der Krankenhauseinweisungen -und damit neue Belastungen für das Pflegepersonal - ergeben würde. So hatte die Variante Delta zu überlasteten Intensivstationen geführt. Die Intensivkapazitäten vieler Krankenhäuser gerieten an ihre Grenzen: Der Aufbau weiterer Intensivbetten wäre sicher kein Problem gewesen. Nur gab es kein intensivmedizinisches Personal, welches die Menschen in diesen Betten betreuen könnte.

Durch die hohe Zahl von Krankenhauseinweisungen aufgrund der immens hohen Verbreitungsgeschwindigkeit kam und kommt es deutschlandweit in den Kliniken zu einer stetig steigenden Zahl von Corona- Patienten und damit auch zu zunehmenden Belegungen auf den Intensivstationen. Da diese auch nicht über unendliche Personalreserven verfügen, wurde das dringend benötigte Personal von den Normalstationen abgezogen. Das führte dazu, dass geplante Operationen und Behandlungen nicht stattfinden oder verschoben werden mussten. Zusätzlich wurde die ohnehin dünne Personaldecke durch vermehrte Quarantäne der Mitarbeiter belastet.- noch mehr. Auch die Abteilungen der Geburtshilfe sind betroffen.

Das Intensivregister der deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv-Notfallmedizin (DIVI) (vgl. Statista.com 2021) erfasste bis zum 28.Januar 2021 bundesweit 22.615 belegte Intensivbetten, 4.342 Intensivbetten konnten aufgrund fehlenden Personals nicht belegt werden.

Die im Winter 2021/22 aufgetretene Omicron-Variante galt als hochansteckend und ihre Auswirkungen konnten von den Kliniken schwer eingeschätzt werden.

Die Krankenhäuser setzten sich als Ziel, jederzeit ausreichende Kapazitäten zur Versorgung der Krankenhauseinweisungen zur Verfügung zu stellen.

Ab dem 15.03.2022 gibt es für in der Pflege arbeitende Personen die Impfpflicht. Auch unter den pflegenden gibt es Impfgegner, welche sich nicht impfen lassen werden. Diese Personen werden mutmaßlich zum 15.03. 22 aus den Kliniken bzw. Pflegeeinrichtungen entlassen werden und damit den Personalmangel weiter verstärken.

Fazit: Auch schon vor der sog. Corona Krise war die Pflege in einer prekären Situation.

Die Covidsituation hat diese Lage nachverstärkt, weil sie gezeigt hat, dass Pflegepersonen in allen Abteilungen absolut fehlen.

Die Covid-Krise ist eine von möglichen Krisen. Weitere sind denkbar. Es sind kaum personelle Ressourcen vorhanden.

Diese Erfahrungen zeigen hinlänglich, welcher großer Bedarf an hochspezialisiertem Personal besteht und irgendwann aus eigener Kraft nicht mehr gedeckt werden kann.

Neben der Erschließung inländischer Arbeitsmarktreserven wird die Anwerbung ausländischer Fachkräfte als unverzichtbarer Beitrag zur Bewältigung dieser Herausforderung angesehen (OECD 2013, S. 11, S. 47, S. 50, S.71). Nach Meinung der OECD ist eine hohe Qualität der Versorgung im Gesundheitswesen ohne ärztliches und nichtärztliches Personal aus dem Ausland nicht mehr zu gewährleisten. Dieser Meinung ist auch Daniel Terzenbach, Vorstandsmitglied der Bundesagentur für Arbeit. In einem Interview mit der ZEIT vom 27.02.2022 bekräftigt er, dass Deutschland mehr Fachkräfte aus dem Ausland benötigt. Das gelte insbesondere auch für Pflege. Schon jetzt sei der Bedarf sehr hoch und er werde sich künftig noch verstärken.

Die Zielgruppe „medizinische Fachkräfte“ muss allerdings differenziert betrachtet werden. Während Ärzte hochqualifiziert sind, gehört Pflegepersonal zu qualifiziertem Fachpersonal – ein Unterschied, der nur auf den ersten Blick marginal erscheint.

Denn während, abhängig vom soziokulturellen Hintergrund (vgl. Sievers et al. 2011), Hochqualifizierte überdurchschnittlich verdienen und der Aspekt beruflicher Selbstverwirklichung oder der Spezialisierung wichtige Migrationsmotive sein können, ist eine ähnliche Motivation bei qualifizierten (und geringer entlohnten) medizinischen Pflegekräften bislang nicht untersucht worden. Das im Ausland erzielbare Entgelt von Pflegekräften könnte z. B. für die Wanderungsentscheidung relevant sein, wenn davon die Attraktivität der Migrationsentscheidung abhängt.

Es ist aufgrund fehlender Untersuchungen nicht einzuschätzen, ob dies das wichtigste Migrationsmotiv wäre oder ob andere Gründe (wie gesellschaftlicher Aufstieg, attraktive Arbeitsangebote für Ehepartner, in der Zielgesellschaft bestehende Diaspora-Gemeinden usw.) die Anwerbeerfolge steigern. Beiden Gruppen an Fachkräften gemeinsam sind allerdings die Auswahlmöglichkeiten von Auswanderungszielen, da zahlreiche Länder gleichermaßen Ärzte und Pflegekräfte benötigen. Dies wiederum kann zu sich selbst verstärkenden Effekten führen, sofern Diaspora-Gemeinden wichtig für Wanderungsentscheidungen sind.

Bislang liegen weltweit zwar einige empirische Studien zum Wanderungsverhalten von Fachkräften vor (vgl. Siegert 2008, Sievers et al. 2010, Jonkers 2010; Wang 2011, Pellegrino 2001), allerdings ist es noch nicht gelungen, eine einzige kohärente Theorie

zum Wanderungsverhalten qualifizierter Arbeitnehmer zu entwickeln (Feithen 1985, 55; Goebel/Pries 2003, S. 35). Dies liegt u.a. an der steigenden Komplexität des Migrationsverhaltens, der vernachlässigten Wechselbeziehung zwischen ökonomischen und sozialen Prozessen (North 1992, S. 18) und an überwiegend quantitativen Studien zu Migrationsprozessen (Portes/ Haller/Guarnizo 2002; Goebel/Pries 2003, S. 45).

So sind Wandermotive, Entscheidungsprozesse, die Auswahl von Zielländern, mögliche Rückwanderungsgründe oder Faktoren, die begünstigend auf die Gewinnung und Bindung von Fachkräften wirken, weitgehend unbekannt oder wurden nur in sehr speziellen Kontexten erhoben (z.B. Arnold/Carino/Fawcett/Park 1989; Chang 1992; Portes/Haller/Guarnizo 2002).

Man kann aber davon ausgehen, dass sich eine wertschätzende Interaktion zwischen Zuwanderern und aufnehmender Gesellschaft, bei der unterschiedliche Normen der Beteiligten akzeptiert werden oder sich sogar angleichen, positiv auf den Verbleib der Zuwanderer auswirken. Rein standardisierte gesellschaftliche oder betriebliche Integrationsstrategien ohne Beachtung individueller Besonderheiten erhöhen demzufolge das Risiko der Rück- oder Weiterwanderung (Shamir 2012; vgl. auch Sachverständigenrat 2012, S. 52).

Gerade weil fast alle Mitgliedsstaaten der EU ähnliche demografische Veränderungen durchlaufen, Rückwanderungen innerhalb der EU häufig sind (OECD 2013, S. 58) und mittlerweile ein Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte entbrannt ist (Ostwald et al. 2010, S. 17), genießt die Anwerbung von Nicht-EU- Zuwanderern besondere Aufmerksamkeit.

In ihrem Bericht zur Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte nach Deutschland stellt die OECD (2013) fest, dass trotz eines liberalisierten Zuwanderungsrechts Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern und im Verhältnis zu seiner Wirtschaftskraft noch immer kein attraktives Einwanderungsland ist (ebd., S. 15). Gleichzeitig konstatiert der Bericht jedoch, dass deutsche Arbeitgeber, insbesondere KMU, Unterstützung benötigen, um ausländische Fachkräfte anzuwerben (OECD 2013, S. 16, S. 162).

Um die skizzierten Herausforderungen zu meistern, empfiehlt die OECD (2013, S. 157), ein generell breiteres Politikkonzept zur Anwerbung ausländischer Fachkräfte zu entwickeln. Diese Anregung greift die Studie auf und untersucht Ansätze einer differenzierten Anwerbestrategie von Pflegekräften mittleren Qualifikationsniveaus am Beispiel chinesischer Fachkräfte. Dazu werden Migrationsmotive der Zielgruppe erhoben.

1.2. Persönlicher Hintergrund

Die Motivation für diese Arbeit ergibt sich aus meinem Wunsch nach Völkerverständigung und gegenseitigem Lernen. Zudem möchte ich aufzeigen, unter welchen Bedingungen und Voraussetzungen der Einsatz ausländischer Krankenschwestern in Deutschland erfolgreich sein kann.

Meine Profession ist die einer gelernten Krankenschwester, und ich habe ebenso eine Ausbildung zur Lehrerin für die Pflege. An der Humboldt-Universität habe ich Pflegemanagement mit dem Abschluss als Diplom Krankenschwester studiert. Sowohl in Deutschland als auch im Ausland war ich in leitenden Funktionen in der Pflege tätig.

In den letzten 10 Jahren habe ich mich aus beruflichen Gründen sehr oft in China aufgehalten. Das geschah in der Hauptsache in der Provinz/Stadt Beijing, in der östlichen Provinz Shandong/Stadt Weihai und in Mittelchina in der Provinz Hunan/Stadt Changsha.

An den dortigen Universitäten hatte ich je eine Gastprofessur und in jedem Kalenderjahr erteilte ich Unterricht im Fach Krankenpflege.

Stark nachgefragt sind in China die Themen Geriatrie und geriatrische Pflege sowie Gerontopsychiatrie und die dazugehörige Pflege. Diese Fachgebiete sind in China in der Ausbildung und Lehre noch deutlich unterrepräsentiert, obwohl die Notwendigkeit aufgrund der demografischen Entwicklung immer mehr ansteigt.

Ich habe in den letzten Jahren auch häufig praktischen Unterricht gegeben, so z.B. in staatlichen und privaten Pflegeheimen und hatte so hinreichend Gelegenheit, die chinesischen Krankenschwestern kennen- und schätzen zu lernen.

Mit dem zunehmenden Mangel an Pflegefachpersonal in Deutschland in ambulanten und stationären Einrichtungen bin ich auch in beruflichen Kontexten immer wieder konfrontiert worden, und so keimte in mir der Gedanke auf, wie schön es wäre, wenn ich einige der chinesischen Krankenschwestern nach Deutschland bringen könnte.

Das wäre im Jahre 2012 noch nicht möglich gewesen, weil die Tür in Deutschland für Drittstaatlerinnen noch geschlossen war. Es gab für diesen Personenkreis keine Erlaubnis zur Erwerbstätigkeit.

Im Jahre 2013 startete das Pilotprojekt "Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegefachkräften aus China", ein Abkommen zwischen der VR China, vertreten durch die CHINCA (China International Contractors Association) und der Bundesrepublik Deutschland mit dem politischen Träger ZAV der Bundesagentur für Arbeit (Zentrale

Auslands- und Fachvermittlung).

Das Projektmanagement hatte der Arbeitgeberverband Pflege e.V. (AGVP) übernommen.

Im Rahmen des Projektes mussten etliche Herausforderungen im sprachlichen, rechtlichen und qualifikatorischen Bereich bewältigt werden. Zusätzlich gab es eine weitere Hürde: „Chinesische Fachkräfte müssen für das Recht auf Auswanderung eine Gebühr von 3.000 € entrichten, was gemessen in deutscher Kaufkraft über 10.000 € entspricht. Übernimmt der Arbeitgeber in Deutschland diese Kosten nicht, kann dies die Anwerbung chinesischer Pflegefachpersonen behindern.“ (vgl. Bonin et al. 2015, S. 33).

In der praktischen Einschätzung der Arbeit chinesischer Pflegekräfte (ebd.) wurde von Personalverantwortlichen betont, dass Chinesen aufgrund ihrer Freundlichkeit, zuvorkommenden Art, Empathie und hohen Leistungsbereitschaft sehr gut für den Einsatz in der Altenpflege geeignet sind.

Da Chinesen einen hohen Wert auf eine gute Infrastruktur legen, bietet sich der Einsatz chinesischer Pflegefachkräfte vor allem in „städtischen Verdichtungsräumen“ bestens an. Die Integrationsarbeit im beruflichen wie auch privaten Bereich verläuft sehr positiv, wie es in einer Einschätzung durch N. Azahaf (2015) beschrieben wird.

In der Projektbeschreibung von 2013 wird der Fachkräftemangel in der Pflege in Deutschland mit 30.000-110.000 Vollzeitstellen beschrieben. (vgl. Bundesverband Pflege, 2013). Das Pilotprojekt sollte dazu beitragen, diesem Fachkräftemangel in der Altenpflege wirksam zu begegnen. Geholfen werde allen damit, denn - so die Projektbeschreibung - in China bestehe ein Überangebot an qualifizierten Kräften mit einer vierjährigen Ausbildung an einer Hochschule, die gerne nach Europa kommen. Die ZAV hat mit der Arbeitsverwaltung CHINCA eine Vermittlungsabsprache getroffen und somit dem Projekt genehmigungsrechtlich die Türen geöffnet (vgl. Arbeitgeberverband Pflege e.V. AGVP o.J.).

Die durch die Projektbeschreibung vermittelten Annahmen stimmen nicht. Schon im Jahre 2013 gibt China einen Fachkräftemangel in der Pflege mit 9,9 Millionen Krankenschwestern an. Während in Deutschland im Jahre 2017 auf 1000 Kopf Bevölkerung immer noch 9,3 Pflegefachkräfte kommen, sind es in China in den Städten 4,3 Fachkräfte für 1000 Kopf Bevölkerung und auf dem Land ganze 1,3 Fachkräfte (vgl. Reisach 2017).

Im Jahre 2017 waren in der VR China 3,8 Millionen Krankenschwestern für mehr als 1,3 Milliarden Menschen registriert.

Im Jahre 2013 habe ich in Weihai angefangen, eine erste Gruppe von 20 Krankenschwestern/Krankenpflegern sprachlich, fachlich und interkulturell auf die Arbeit in Deutschland vorzubereiten.

Seit diesen Jahren ist viel geschehen. Die Erfahrungen und Reflexionen jener Zeit, Beobachtungen, Gespräche und Literaturstudien bilden die Grundlage der vorliegenden Arbeit.

1.3. Forschungsfragen

In den letzten Jahren haben 20% der Arbeitgeber versucht, ausländische Pflegefachkräfte für den stationären Bereich zu rekrutieren. Im ambulanten Sektor unternahmen lediglich 10% den Versuch, Fachkräfte aus dem Ausland zu werben. Eine große Tendenz ist hinsichtlich der Herkunftsländer zu sehen. 93% der deutschen Unternehmen rekrutierten ausschließlich in den EU- Mitgliedstaaten, während nur 31% auch Pflegekräfte aus Ländern außerhalb der EU anwarben. Während zu beworbenen EU-Ländern vorrangig Spanien, Polen, Kroatien, Rumänien, Italien und Griechenland gehörten, lag der Schwerpunkt der Rekrutierungsarbeit in den Nicht-EU-Staaten vor allem auf Ukraine, Russland, Moldawien, China, Philippinen und Vietnam.

Für den geringen Anteil der Rekrutierung von Fachkräften aus den Nicht-EU-Staaten waren vor allem Probleme mit der Anerkennung der Berufsqualifikation sowie Schwierigkeiten mit der Einwanderungserlaubnis für Angehörige aus Staaten außerhalb der EU verantwortlich (vgl. Bank für Sozialwirtschaft 2015).

Die Chinesen sind hochmotiviert und für viele Chinesen ist es von großem Interesse im Ausland, wie etwa Deutschland oder in den USA zu arbeiten. Als Gründe werden die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Gestaltungsmöglichkeiten für das Leben und Arbeiten im Ausland angegeben. Attraktive Löhne und Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten (sowohl privat als auch geschäftlich) locken die Chinesen ins Ausland. Junge chinesische Fachkräfte haben in Gesprächen mit der Autorin immer eine große Flexibilität an den Tag gelegt, wenn über eine mögliche Arbeitsaufnahme in Deutschland diskutiert wurde. Fehlende bzw. unzureichende Sprachkenntnisse könnten einen Einsatz in Deutschland hemmen, wurden aber laut obengenannter Studie der Bank für Sozialwirtschaft meist überwunden und stellten kein künftiges Problem in der Arbeit in Deutschland dar.

Anhand mehrerer Fallbeispiele, die die Rekrutierung aus asiatischen Ländern beleuchten, konnten „keine weitreichenden unüberwindbaren kulturellen und sprachlichen Hemmnisse der Beschäftigung außereuropäischer Pflegekräfte in Deutschland dokumentiert werden. Stattdessen wurden außereuropäische

Pflegekräfte überwiegend als Bereicherung empfunden“ (Merda et.al 2012, S. 37)
„Beschäftigte asiatische Pflegekräfte werden also eher als Gewinn für den deutschen Arbeitsmarkt angesehen, da sie wissbegierig die neue Sprache lernen und sich aufgrund ihrer hohen Anpassungsgabe schnell an die Arbeits- und Lebensbedingungen gewöhnen“ (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie BMWi 2012, S. 34 ff.).

Der Einsatz asiatischer Beschäftigter als Pflegefachkräfte konnte nach Ansicht der Autorin zur Linderung des Engpasses von Pflegefachkräften in der Pflege beitragen. Der weltweite Fachkräftemangel in der Pflege wirkt sich positiv auf die Pflegeausbildung in den asiatischen Ländern aus. Viele Asiaten entscheiden sich für eine Pflegeausbildung, da sie mit einem derartigen Abschluss vereinfachte und schnellere Möglichkeiten der Auswanderung in nicht-asiatische Staaten haben.

Ein weiterer positiver Aspekt der Rekrutierungsarbeit in China ist der wirtschaftliche Faktor. Asiatische Arbeitskräfte in Deutschland haben trotz der hohen Entfernung eine starke Bindung zu ihren daheimgebliebenen Familien. Durch die Rücküberweisung finanzieller Mittel können die wirtschaftliche Lage in den Heimatländern verbessert und wichtige private und geschäftliche Beziehungen zwischen Deutschland und Asien geknüpft werden und erhalten bleiben. Gehen Pflegekräfte zu einem späteren Zeitpunkt zurück, können sie ihr neu erworbenes Wissen in ihre Herkunftsländer transferieren

(vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie BMWi 2012 S. 34 ff.).

Diese Arbeit geht der Frage nach, wie sich die Prozesse der Anwerbung chinesischer Fachkräfte und ihre Eingliederung in der Realität darstellen. Sie soll die Chancen, Risiken und Hemmnisse für die Zuwanderung von chinesischen Pflegekräften nach Deutschland untersuchen.

Sie soll klären, unter welchen Voraussetzungen Migration in den Pflegeberufen unter Berücksichtigung der Interessen des Herkunftslandes, der Pflegekräfte und des aufnehmenden Landes (hier Deutschland) gelingen kann.

Hierzu werden drei zentrale Fragestellungen gebildet:

1. Aus der Sicht des aufnehmenden Landes:

Welche Chancen, Risiken und Hemmnisse ergeben sich für Deutschland und den deutschen Arbeitgeber?

- Ist die in China erworbene Ausbildung wirklich geeignet, im deutschen qualitativ hochwertigen und anspruchsvollen Krankenhaus- oder Pflegebereich zu bestehen und die fachlichen Anforderungen zu erfüllen?
- Welche sprachlichen Voraussetzungen müssen hierfür gegeben sein?
- Welche soziokulturellen Aspekte spielen eine Rolle?

2. Aus der Sicht des Herkunftslandes

Welche Chancen und Risiken ergeben sich für das Land China?

- Was bedeutet vor dem Hintergrund des eigenen demografischen Wandels die Abwanderung chinesischer Pflegefachkräfte?
- Welche Hoffnungen verbinden sich mit der späteren Rückkehr chinesischer Pflegefachkräfte ins Heimatland?

3. Aus der Sicht der chinesischen Pflegefachkräfte

Welche Chancen, Risiken und Hemmnisse ergeben sich für die abwandernden Pflegefachkräfte?

- Was sind Migrationstreiber?
- Was sind Migrationshemmnisse?
- Warum wird Deutschland als Auswanderungsland gewählt?
- Welche Hoffnungen verbinden sich mit der Rückkehr nach China?

2. Theoretische Grundlagen und Begriffsklärungen; Stand der Literatur

2.1. Begriffsklärung Migration; Push-/Pullfaktoren

Personen, welche einen dauerhaften Wohnortwechsel vollziehen werden allgemein Migranten genannt (lat. Migratio: (Aus-)Wanderung, Umzug). Sie bringen ihre Sitten, Gebräuche, Wertvorstellungen, Religionen und natürlich ihre Sozialisation mit und versuchen, damit im Aufnahmeland Fuß zu fassen. Die Gründe, warum Menschen Migration in Betracht ziehen, sind vielfältig.

Fragt man die meist noch sehr jungen Menschen aus China, warum sie ihr Land verlassen, dann ist die Antwort sehr oft, dass diese Migration auf Dauer angelegt sein soll und sie sich davon ein besseres Leben erhoffen.

In Anlehnung an Pries (2008, S.22) gibt es neben diesem Typ der dauerhaften Migration Migrationstypen, welche für eine gewisse Zeit in ein neues Land gehen, um sich dort etwas aufzubauen und damit später im Herkunftsland ein besseres Leben zu führen. Man bezeichnet diese Menschen auch als Remigrant*innen.

Eine dritte Migrationsform bildet die sogenannte Diaspora-Migration. Hintergrund ist hier oft die Flucht vor religiösen oder anderen Formen der Verfolgung. Diese Migranten sind bestrebt, ihre Verbindungen zum Herkunftsland aufrechtzuerhalten und sie erleben das Aufnahmeland oft als Zwischenlösung.

Die transnationalen Migranten leben gewissermaßen an zwei Orten und bilden den vierten Typen. Sie schaffen es, in beiden Kulturen ihren Lebensmittelpunkt zu haben. Nach Lee (1972) wird die Entscheidung darüber wesentlich von sogenannten **Pushfaktoren** (Abstoßungsfaktoren) und **Pullfaktoren** (Anziehungsfaktoren) beeinflusst.

Pushfaktoren kennzeichnen Lebensumstände, welche Menschen aus ihrem Herkunftsland forttreiben. Heintel/Husa/Spreitzhofer (2005) zählen dazu:

- „Krieg
- Verfolgung (religiöse, politische, Verfolgung aufgrund des Geschlechts)
- Armut
- Hunger
- Umweltkatastrophen – klimatische Bedingungen
- Globalisierung (mehr Mobilität wird erwartet)“.

Bei den Pull-Faktoren werden von potentiellen Migrant*innen die vorteilhaften

Faktoren im Ausland betrachtet. Grundlage für Wanderungsmotive ist dann die Annahme, dass fremde Regionen für das Verlassen des Herkunftslandes werben. Sie vermitteln ein verlockendes Bild von Sicherheit und persönlichem Wohlstand, der z.B. am Wert des Einkommens gemessen werden kann (vgl. Siebert 1995, S. 405).

Im Konkreten kann dies heißen:

- Arbeitskräftebedarf (Anwerbung, wie etwa in China die chinesischen Gesundheits- und Pflegekräfte) und damit ein geringes Risiko der Arbeitslosigkeit
- Höhere Löhne
- mögliche Familienzusammenführung

Allerdings gilt es zu bedenken, dass diese Push- und Pullfaktoren sehr individuell empfunden werden. Während z.B. Krieg und Umweltkatastrophen existenzielle und allgemein wahrnehmbare Pushfaktoren sind, reichen möglicherweise für andere Personen bereits ein geringes Einkommen, das Risiko der Arbeitslosigkeit oder einfach eine allgemeine Unzufriedenheit mit den heimatlichen Lebensverhältnissen als Grund, das eigene Land zu verlassen. Häufig wirken auch Push- und Pullfaktoren im Zusammenspiel: Dann verstärken sich Pushfaktoren (z.B. geringes Einkommen im eigenen Land) und Pullfaktoren (höheres Einkommen im Einwanderungsland) gegenseitig. Welcher Umstand ein Push- oder aber ein Pullfaktor darstellt, entscheidet das Individuum selbst.

Es ist anzunehmen, dass in der heutigen Zeit die Pushfaktoren bei der Migration überwiegen. Viele Arbeitskräfte verlassen ihr Land nicht freiwillig, sondern aus politischem oder wirtschaftlichem Druck in den Herkunftsländern, ohne vorherige Sondierung des Arbeitsmarktes. Sie kommen ohne Papiere und mit sehr unterschiedlichen Bildungsniveaus nach Deutschland.

Hinzu kommt, dass in diesem Fall eine klare Unterscheidung zwischen Personen, die ihr Land aus Gründen verlassen, welche ihr Leben gefährden und den Menschen, die flüchten, weil sie sich in einem anderen Land bessere Lebensbedingungen versprechen, oftmals schwierig ist. Rein rechtlich ist es dann häufig schwierig zu verifizieren, wer tatsächlich verfolgt wurde, (vgl. Heintel/Husa/Spreitzhofer (2005 S. 2-10), was Konsequenzen für ihren Aufenthaltsstatus und ihre Arbeitserlaubnis hat.

Einfacher ist es für Fachkräfte, welche ihr Herkunftsland zu Arbeitszwecken verlassen und die ihren Status bereits vor ihrer Einreise nach Deutschland klären konnten, z.B. über die Bundesagentur für Arbeit und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) bzw. EURES, einem Netzwerk zur Förderung des Austausches von europäischen Arbeitskräften.

In Bezug auf diese Arbeit sind bei den chinesischen Fachkräften aus der Beobachtung der Autorin heraus folgende Push-/Pullfaktoren zu vermuten:

| Push-Faktor: Herkunftsland China | | Pull-Faktor: Aufnahmeland Deutschland |
|--|-----------------------------------|--|
| Unsichere Versorgung in der Kranken- und Rentenversicherung | Soziale Faktoren | Hohe Sicherheit durch garantierte Versorgung |
| Arbeitsbedingungen oft unkalkulierbar | Arbeitsbedingungen im Krankenhaus | Durch das deutsche Arbeitsrecht sind die Bedingungen gesetzlich geregelt |
| Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten gering | Fortbildungsmöglichkeiten | Viele Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung; auch berufsbegleitend |
| Kein Rechtsstaat, Willkür oft gegeben | Recht | Rechtsstaat |
| Oft gering | Gehalt/Lohn | Tariflich festgelegte höhere Löhne |
| Gering, weil oft Kinder aus ärmeren Elternhäusern | Ansehen des Berufes | Angesehener Beruf mit Aufstiegsmöglichkeiten |
| Kurz, weil Frauen um 45 sich zum die Enkelkinder kümmern müssen | Verweildauer im Beruf | Länger, weil die Kinderversorgung anderweitig gesichert ist |
| Oft schwierig, weil die Absicherung durch den Staat kaum gegeben ist | Lebensbedingungen | Besser, weil das soziale Netz in vielen Lebensbereichen trägt |

Damit jedoch der Gedanke der Migration in die Tat umgesetzt werden kann, muss in jedem Falle die Gelegenheit zur Migration gegeben sein. Dazu zählen finanzielle Mittel genauso wie Strukturen, die eine Einreise in das aufnehmende Land erst gestatten sowie Bedingungen, welche eine spätere Integration im Land ermöglichen. Ist das alles nicht vorhanden, dann ist der Gedanke an Migration nicht realistisch. Der Art und Weise, ob und wie Integration stattfindet, widmet sich der nächste Absatz.

2.2. Akkulturation und Integration

Akkulturation

Der Begriff Akkulturation kommt aus dem Lateinischen „ad cultura“ – hin zu einer Kultur und bezeichnet die Prozesse einer Annäherung bzw. Annäherung von zwei unterschiedlichen Kulturen über einen längeren Zeitraum, wie die des aufnehmenden Landes und die der Migrant*innen.

John W. Berry (1990) hat dazu 4 Tendenzen beschrieben, welche sich vor allem an der Bereitschaft der jeweiligen Kulturen, sich einander anzunähern, orientiert:

Segregation und Marginalisierung als Formen, bei denen sich die Kulturen wenig bis nicht annähern: Wir sprechen von **Segregation**, wenn weiterhin nur die Eigenkultur wertgeschätzt wird, die dominante Kultur jedoch abgelehnt wird. Im Extremfall bilden

sich z.B. Ghettos, in denen die eingewanderten Menschen einer Kultur unter sich bleiben.

Werden beide Kulturen abgelehnt, spricht man von **Marginalisierung**. Hier entsteht möglicherweise eine kulturelle Orientierungslosigkeit, die zu neuen Identifizierungsprozessen führen kann.

Integration und Assimilation hingegen sind Prozesse, bei denen in unterschiedlichem Maße eine Annäherung der Kulturen stattfindet:

Assimilation (lat. assimilare: angleichen, sich anpassen, nachahmen) bedeutet, dass sich die Migrant*innen weitgehend einseitig in die Aufnahmekultur einfügen. Ein Migrant gilt als assimiliert, wenn die aufnehmende Kultur wertgeschätzt, die eigene Kultur jedoch negiert wird.

Eine gelungene **Integration** bezeichnet das Bewahren der eigenen Kultur sowie das erfolgreiche Eindringen in die neue Kultur. Im Berliner Partizipations- und Integrationsgesetz steht dazu folgende Erläuterung: „Integration ist ein gesamtgesellschaftlicher Prozess, dessen Gelingen von der Mitwirkung aller Bürgerinnen und Bürger abhängt. Erfolgreiche Integration setzt sowohl das Angebot an die Bevölkerung mit Migrationshintergrund zur Beteiligung als auch den Willen und das Engagement der Menschen mit Migrationshintergrund zur Integration voraus“.

Eine gelingende Integration von Migrantinnen und Migranten im aufnehmenden Land ist ein gesamtgesellschaftlicher Prozess, um ein harmonisches Miteinander zu bilden. Soziale Integration zeigt sich im Alltag: Das Zusammenleben mit den Eingereisten wird gefördert, wo das tägliche Leben stattfindet: in der Schule, am Arbeitsplatz, in Freizeiteinrichtungen, an Orten des öffentlichen Lebens und überall da, wo Migrantinnen und Migranten die Möglichkeit haben, sich mit der einheimischen Gesellschaft zu mischen. Zudem darf die Aufnahmegesellschaft nicht ängstlich sein.

Verständnis für den anderen und Offenheit bilden hier die Grundlage.

Soziale Integration heißt auch, günstige Rahmenbedingungen im aufnehmenden Land zu schaffen, um die Lebensqualität der Einreisenden zu verbessern.

Nach Esser (2001, S. 24-26) gibt es drei Umstände, die einen Einfluss auf den Prozess der Sozialintegration der Zuwanderer in die Aufnahmegesellschaft ausüben (vgl. Grote 2011):

1. Bestimmte Kompetenzen und Fähigkeiten können eine Integration deutlich beschleunigen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten bei der Integration mithelfen. Vor allem das „Humankapital“ (Unter Humankapital versteht man mitgebrachte Bildungsabschlüsse und Sprachkompetenzen) spielt dabei eine wichtige Rolle.

2. Vorgefundene Bedingungen im Aufnahmeland:

Der deutsche Arbeitsmarkt verlangt eindeutig nach Fachkompetenzen. Ebenso wird vom Fachkräfteeinwanderungsgesetz nur der Zuzug von qualifizierten und hochqualifizierten Personen verlangt und erwartet. Die Einheimischen können die Sozialintegration der Neuankömmlinge durch Offenheit und Abbau von Distanzen fördern.

3. Orientierung auf und Alternativen im Herkunftsland bzw. ethnische Gemeinde:
In der ethnischen Gemeinde sind solche Individuen erfolgreicher, welche ein hohes Maß an eigener Kultur mitbringen und bewahren. Das ermöglicht ihnen einen erfolgreichen sozialen Aufstieg.

Esser (2001, S. 8) unterscheidet zudem vier Formen der Sozialintegration:

- **Kulturation** meint den Erwerb kognitiver Eigenschaften, welche der/die Migrant*in benötigt, um im Aufnahmeland an den gesellschaftlichen und beruflichen Prozessen teilnehmen zu können.
- **Platzierung** meint die Teilhabe am Arbeits- und Wohnungsmarkt. Eine unbedingte Voraussetzung für die Integration.
- **Interaktionen** sind die sozialen Kontakte, also die Einbindung in die Strukturen der Kollegen und Bekannten
- Bei der **Identifikation** geht es um die subjektive Verankerung des Individuums in die neue Gesellschaft. Das Individuum glaubt in der neuen Gesellschaft angekommen zu sein.

In Abbildung 1 sind die wichtigsten Aspekte der System- und der sozialen Integration noch einmal zusammengefasst:

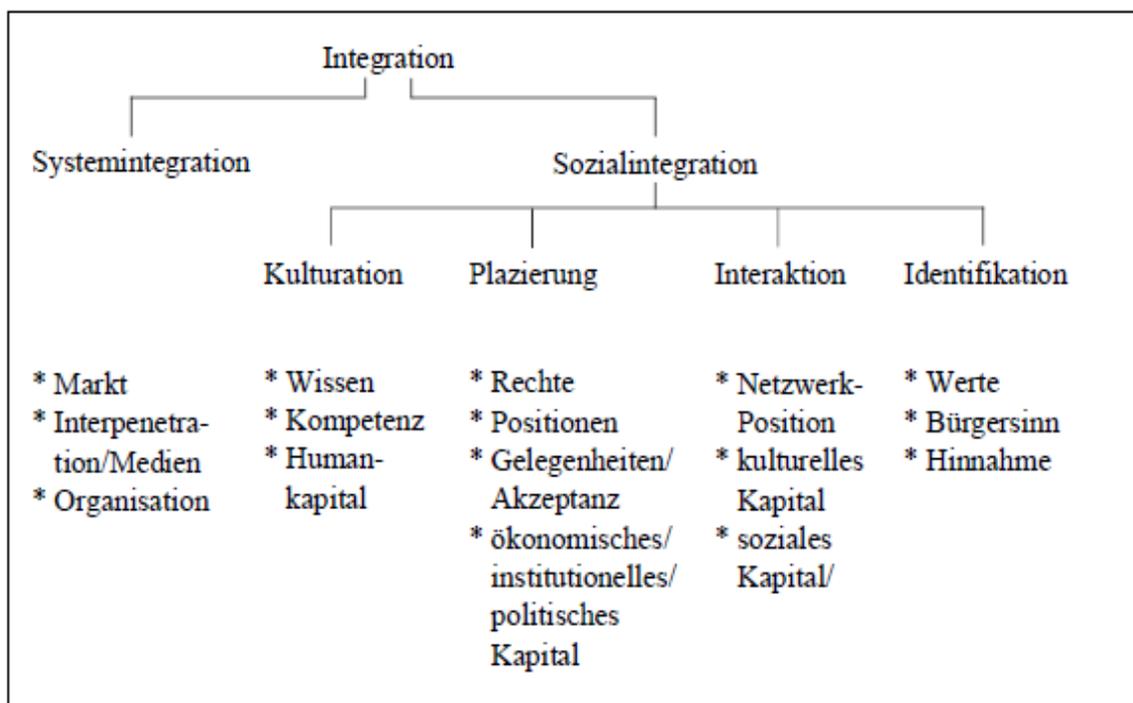


Abbildung 1: Systemintegration und Sozialintegration nach Esser (2001, S. 16)

Eine ideale Integration unter Berücksichtigung aller vier Aspekte geschieht nach Ansicht der Autorin folgendermaßen:

- Kulturell: Die Migrant*innen können sich in der aufnehmenden Gesellschaft sprachlich verständigen und können sich in Prozesse des Wissens- und Informationstransfers der Gesellschaft einbringen.
- Strukturell (Platzierung): Sie sind rechtlich und ökonomisch in die verschiedenen Teilsysteme der Gesellschaft (etwa Bildungsbereich und Arbeitsmarkt) eingebunden.
- Sozial (Interaktion): Sie werden sozial und kulturell akzeptiert und nehmen Teil am gesellschaftlichen Austausch.
- Identifikation: Sie nehmen gesellschaftliche Werte und Normen des Aufnahmelandes an und können sie mit ihren eigenen kulturellen Werten in Einklang bringen.

Nachtrag:

Nach Fertigstellung der Arbeit ist mir weitere aktuelle Literatur begegnet. Der Inhalt und seine Relevanz können zwar nicht mehr in die vorliegende Arbeit einfließen, ich möchte jedoch zwei Quellen vorstellen, die zeigen, dass das Thema nach wie vor bedeutsam ist:

- 2011 erschien die Master-Arbeit von Angelika Maase mit dem Titel „Internationale Fachkräfte in der akutmedizinischen Versorgung“ im Mabuse Verlag.
- 2019 erarbeiteten Pütz, Kontos, Larsen, Rand und Ruokonen-Engler für die Hans Böckler Stiftung eine Studie mit dem Titel „Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland“.

Zur ersten Arbeit:

Maase hinterfragt die enormen kulturellen Herausforderungen und Sprachbarrieren, mit denen Pflegefachkräfte aus dem Ausland in Deutschland konfrontiert sind (S.13.ff). Exemplarisch betrachtet sie Fachkräfte aus Brasilien und Italien (S.23 ff und S.25ff). In der Problemdarstellung der Arbeit weist sie daraufhin, dass der Bedarf an Fachkräften in Deutschland - auch aufgrund des demographischen Wandels - stetig steigen wird.

Sie untersucht auch die „Machtspiele“, denen ausländische Pflegefachkräfte nach Ankunft in Deutschland ausgesetzt sind. Diese Machtspiele innerhalb der Berufsgruppe Pflege scheinen umso ausgeprägter zu sein, je schlechter die mitgebrachten Sprachkenntnisse sind. Dann nämlich wird den neuen Kollegen aus dem Ausland die fachliche Kompetenz abgesprochen (S.32, S.65ff.).

Maase beschreibt, dass es scheinbar immer mehr deutsche Arbeitgeber in der Pflege gibt, welche versuchen, den enormen Fachkräftemangel mit examinierten Pflegefachkräften aus dem Ausland zu decken. Sie tun dies, obschon sie sich wenig Gedanken gemacht haben, ob die mitgebrachte Qualifikation sich so ohne weiteres ins deutsche Pflegewesen übertragen lässt. Sie hinterfragen zunächst nicht, ob und wie sich eventuell vorhandene Sprachbarrieren negativ auf den Arbeitsprozess in Deutschland auswirken könnten.

Im bilateralen Bezugsrahmen der Arbeit spricht sie von der Wirtschaftskrise im Jahre 2012, in deren Folge die Migrationsbereitschaft südeuropäischer Fachkräfte - z.B. auch in Italien - stieg, weil es im eigenen Land kaum bezahlte Arbeit entsprechend ihrer Qualifikation gab. Es fehlte den gut ausgebildeten jungen Fachkräften an beruflicher Perspektive (S.23ff).

Ferner beschreibt Maase kurz das brasilianische Gesundheitswesen, welches - im Gegensatz zu Deutschland - eine wesentlich geringere Dichte an Versorgungskapazitäten aufweist, und deren gut an der Universität ausgebildete Fachkräfte auch ausreisen wollen, weil sie sich andernorts mehr Sicherheit und Stabilität als im eigenen Land versprechen (S.25ff).

In ihrem Kapitel über die theoretischen Ansätze erklärte sie den Begriff des „sozialen Feldes“ und kommt zu der Erkenntnis, dass im Sinne von Pierre Bourdieu ein soziales Feld Raum gewährt für die Interaktionen und Beziehungen verschiedener Akteure (S.30ff). Es bietet ebenso Platz für gesellschaftliche Machtmechanismen. Diese Machtmechanismen machen auch vor den Handlungsfeldern im Pflegebereich nicht halt und werden - bei steigender Anzahl ausländischer Fachkräfte - noch zunehmen. Interessant ist ihre Darstellung der Arbeit von Aladin El-Mafaalani (2018), welcher von der „Mär der konfliktfreien Gesellschaft“ spricht. Ein steigender Anteil ausländischer Fachkräfte sei für den einen Teil der Bevölkerung angsteinflößend und für den anderen Teil gewinnbringend, weil Diversität „ein spannendes Kapitel“ sei (S.32).

Im Kapitel *Kultur im Praxisfeld Pflege* beschreibt Maase die Kulturbegriffe verschiedener Autoren und merkt an, dass in der Pflege auch kulturgemischte Teams zusammenarbeiten und damit eigene Dynamiken entwickeln (S.36). Sie führt Ergebnisse aus einer Arbeit von Maya Stange (2016) an, nach denen kulturgemischte Teams die eigene Kultur als durchaus positiv wahrnehmen und damit die fremde Kultur abgrenzen (S.37).

Im Kapitel *Prozess der Literaturrecherche* beschreibt Maase ihre internationale Literatursuche (S.45). Wichtig erscheint ihr die schwedische Forschungsarbeit von Erikson, Berg und Entström (2018), in denen die Autoren die Erfahrungen von

Pflegepersonal und Ärzten mit ihrem eigenen Integrationsprozess beschreiben (S.53). Ferner berichtet sie über die Meta-Ethnografie von Ken H.M. und C.L. Chiang (2014), die sich mit dem internationalen Migrationsprozess von Pflegefachkräften und deren Erfahrungen mit der Integration beschäftigt.

Im Kapitel *Das Krankenhaus als Feld von Machtbeziehungen* (S.65ff) beschreibt Maase das Krankenhaus als „polarisierenden Arbeitsplatz und als Abbild der Gesellschaft“:

Es kann als ein soziales Feld verstanden werden, in dem die Akteure ihre Machtspiele ausüben - auch im Pflegebereich. Ausländische Pflegekräfte seien hier auch dem Alltagsrassismus ausgesetzt. Diese berichten von Abgrenzungen, Herabsetzungen, Übergehen bei Beförderungen und dem Negieren ihrer fachlichen Kompetenz. Somit äußere sich Alltagsrassismus „nicht in extremen Vorfällen, sondern in den Mustern der Vermeidung von Nichtakzeptanz im Berufsalltag“ (S.67 ff).

Auch der Prozess der Berufsankennung wird von den ausländischen Fachkräften als überaus belastend und teilweise intransparent dargestellt. Hier rückt immer wieder das Thema Sprachbarriere in den Vordergrund. Das Berufsverständnis der ausländischen Fachkräfte unterscheidet sich mitunter enorm vom deutschen Verständnis. Gewisse Arbeiten wie die Grundpflege fallen im Ausland nicht in das Aufgabengebiet der pflegerischen Fachkräfte. Kurz geht Maase auf die Bewältigungsstrategien ein.

Mit der vorangegangenen Beschreibung hat Maase ihre Fragestellungen und die Zielsetzung ihre Arbeit beleuchtet. Im Einzelnen:

1. „Das Erleben kultureller Differenziertheit“
2. „Das Krankenhaus als Feld von Machtbeziehungen“
3. „Das Erleben von Diskrepanzen fachlichen Wissen und in den Kompetenzen“
4. „Bewältigungsstrategien im Umgang mit den Herausforderungen und Spannungsfeldern“

Abgerundet wird die Arbeit durch eine Beschreibung zum Feldzugang und die exemplarische Darstellung der geführten Interviews mit italienischen und brasilianischen Fachkräften unter den oben angegebenen Fragestellungen.

Die Ergebnisse lassen sich kurz wie folgt zusammenfassen: Die Machtbeziehungen im sozialen Feld Krankenhaus und hier in der akutmedizinischen Versorgung sind für ausländische Fachkräfte alles andere als leicht zu bewältigen und stellen sie vor enorme Herausforderungen in ihrem beruflichen Anerkennungs- und Integrationsprozess. Obschon sie nach Deutschland kommen, um „zu helfen“ sind sie auf den überall anzutreffenden Alltagsrassismus nicht vorbereitet. Sie haben keine Bewältigungsstrategien für Ausgrenzung, Herabsetzung ihrer Fachlichkeit und Negieren ihrer mitgebrachten kulturellen Zugehörigkeit. Da Deutschland in immer größerem

Maße auf die Fachkräfte aus dem Ausland angewiesen ist, sollten wir unser Verhalten in Frage stellen (S.115ff).

Zur zweiten Arbeit

Die zweite Arbeit trägt den Untertitel *„Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte“*.

Auch diese Studie beginnt mit der Feststellung, dass Deutschland in zunehmendem Maße auf die Anwerbung ausländischer Fachkräfte, welche jedoch nicht unsere Sozialisation durchlaufen haben, angewiesen ist.

Im Kapitel *Problemstellung* (S.8ff) beschäftigen sich die Autoren mit dem enormen Fachkräftemangel in Deutschland, welcher in Zukunft noch zunehmen wird. Die Pflege gehöre zur den „Engpassberufen“ und der Mangel sei derzeit in „urbanen Gebieten Westdeutschlands und in ländlichen Gebieten Ostdeutschlands“ am größten.

Die Studie zählt die Bestrebungen der Bundesrepublik auf, diesen Fachkräftemangel zu beheben. Dazu gehören etwas Ausbildungsinitiativen. Da der Handlungsdruck in der Pflege steige, seien auch betriebliche Maßnahmen nötig (vgl. S.9).

Das alles sei aber nur bedingt wirksam und auf der anderen Seite sei nur wenig darüber bekannt, wie die betrieblichen Integrationsprozesse von ausländischen Fachkräften ablaufen (S. 9).

Im Kapitel *Untersuchungsdesign* (S.12ff) bekräftigen die Autoren ihre Absicht, sich auf „zentrale Sektoren der Gesundheits- und Pflegebranche zu fokussieren“ und „ein möglichst umfassendes Bild über die betrieblichen Integrationsprozesse“ zu liefern.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden Experteninterviews mit Arbeitgebern und Vermittlungsagenturen geführt, ferner biographisch narrative Interviews und schließlich narrative Interviews mit Vorgesetzten.

Im Kapitel *„Die Herausbildung eines globalisierten Pflegearbeitsmarktes in Deutschland“* (S.21ff) stellen die Autoren dar, dass die Migration von Pflegefachkräften - aus unterschiedlichen Motivationen heraus - keine neue Erscheinung ist. Das habe es schon „immer“ gegeben. Hierzu werden Beispiele aufgezählt. Kurz wird auf den WHO-Verhaltenskodex eingegangen.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde zur Fachkräftesicherungsstrategie 2011 das „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen“, kurz „Anerkennungsgesetz“ geschaffen. Firmen bedienen sich

der sogenannten „Arbeitsmarktintermediäre (Benner 2002, 2003, Schwimmer et al.2014)“, um den komplizierten Prozess des „Matchings“ zu bewältigen. (S.26 f.)

Das Zwischenfazit (S.29) kommt zu der Erkenntnis, dass das Ausland als Ressource zur Sicherung der eigenen Personaldecke genutzt wird und dass der Pflegeberuf sich internationalisiert. Hier sind eigene Geschäftsfelder am Werk.

Die Studie geht weiter darauf ein, dass sich die meisten Arbeitsmarktintermediäre auf dem EU- Markt tummeln, weil der Anwerbungsprozess sich dort als einfacher darstellt (S. 39). Angehörige aus Drittstaaten benötigen die Zustimmung der Bundesagentur für Arbeit. Die Qualifikation als Pflegefachkraft (Anerkennung der Abschlüsse) muss innerhalb von 18 Monaten abgeschlossen sein.

Deutlich hervorgehoben wird in der Studie, wie wichtig ausreichende Sprachkenntnisse sind, um eine betriebliche Integration erst zu ermöglichen. Hierbei wird von den Pflegefachkräften oft verlangt, das innerhalb kurzer Zeit zu bewältigen (S.49).

Im Kapitel *Betriebliche Integration zwischen Exit und Verbleib: biographische Fallanalysen* (S.60ff) wird die Integration aus Sicht der Pflegefachkräfte dargestellt.

Ähnlich wie in der Arbeit der Maase wird das Krankenhaus als ein soziales Feld dargestellt, in dem die mit unterschiedlichen Fähigkeiten ausgestatteten Akteure bestimmte Strategien verfolgen.

Auch in der vorliegenden Studie klagen Fachkräfte über sogenannte Entwertung, weil ihnen mit noch nicht völlig ausreichenden Sprachkenntnissen die fachliche Qualifikation abgesprochen wird (vgl. dazu auch S. 159, S. 178))

Die Bewältigungsstrategien sind unterschiedlich und reichen von „Schlüpfen in die Rolle einer Schülerin“ (immer wieder Fragen stellen) bis hin zur Suche nach neuen Arbeitsplätzen. „Es kann davon ausgegangen werden, dass Arbeitsmigranten als zunächst nicht zugehörige Gesellschaftsmitglieder ihr Leben im Migrationskontext so zu gestalten versuchen, dass sie ihre soziale und berufliche Position in der Aufnahmegesellschaft sichern können.“ (S. 61)

Als Beispiel mag hier das Interview mit Maria (S.66ff) dienen. Sie hebt die Ungleichbehandlung von deutschen und emigrierten Pflegefachkräften hervor und ähnlich wie im Buch von Maase beklagt sie den Alltagsrassismus. Auch andere Betroffene wissen in Interviews von Diskriminierungserfahrungen zu berichten

Die Studie merkt an, dass sich Integrationsbemühungen von Seiten der Arbeitgeber meist in Willkommensaktivitäten, Angebote von „Patenschaften“ und anderen

einführenden Hilfen erschöpfen (S. 159). Allzu oft enden diese Hilfen schnell. Das Verbleiben beim ersten Arbeitgeber wird als Indikator für eine gelungene Integration betrachtet. (vgl. S. 194)

Für die Fachkräfte ist ein Wechsel in den ersten beiden Jahren aber schwierig, weil das Nationale Visum an den Arbeitgeber gebunden ist und ein Wechsel eine neue Arbeitsmarktzulassung erfordert. Nach Ansicht der Autoren sind die ausländischen Pflegefachkräfte mindestens so lange an den Betrieb gebunden, bis alle Formalien zur endgültigen Anerkennung abgeschlossen sind. Das sei nicht unbedingt gut.

Für viele der nach Deutschland eingereisten Fachkräfte ist die Hilfe bei der Integration der Familie ein wichtiger Faktor.

In ihrem Fazit (S.193ff) kommen die Autoren zum Schluss, dass die Migration von Fachkräften ein Mittel und eine Methode zur Behebung des Fachkräftemangels in Deutschland geworden ist, deren betriebliche und außerbetriebliche Integration an vielen Stellen aber noch sehr zu wünschen übriglässt. Hier gäbe es enormes Verbesserungspotential.

Die Studie führt an, dass es nicht nur Probleme bei der Wahrnehmung der Fachlichkeit der neuen Pflegefachkräfte gibt (Herabsetzen auf die Rolle als Schülerin), sondern dass die Machtverhältnisse im sozialen Feld Krankenhaus und Pflegeheim eine wichtige Rolle spielen.

Sich auf die Formalien wie z.B. die Unterstützung bei der Wohnungssuche zu beschränken, bedeute nicht, dass der Integrationsprozess gelungen sei. Nicht wenige Fachkräfte denken über die Möglichkeit eines Austritts nach erfolgtem Examen nach.

Konflikte entstehen auf dem Boden von Missverständnissen und es sei dringend notwendig, die Kommunikation von etablierten und neu eingereisten Fachkräften zu verbessern.

3. Demografischer Kontext der Untersuchung: Demografischer Wandel in Deutschland und die Situation der Fachkräfte in der Pflege

Als Folge des demographischen Wandels klagen immer mehr Unternehmen darüber, nicht mehr ausreichend Fachkräfte zu finden.

In Anlehnung an eine Studie „Fachkräftemangel 2016“ der ManpowerGroup 2016 steht Deutschland einem Mangel an Fachkräften besonders im Handwerkerbereich und im Pflegebereich gegenüber.

Um die Situation der Fachkräfte in der Pflege und ihre Prognosen darzustellen, gebe ich im Folgenden eine Übersicht über den demografischen Wandel in Deutschland und dessen Auswirkungen auf das Pflegepersonal. Anschließend beschreibe ich Ursachen des Pflegekräftemangels und Lösungsstrategien, um diesem entgegenzuwirken.

3.1. Ausgangslage

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes steigt die Lebenserwartung der Bevölkerung. Menschen verweilen länger in ihren Berufen und sind häufig länger leistungsfähig. Parallel zu diesem Prozess sinken die Geburtenraten. (vgl. Statistisches Bundesamt 2015, S. 15 ff.) Kroll und Ziese resümieren: „Hieraus resultiert die Versorgung älter werdender Patienten/-innen durch eine ebenfalls alternde Belegschaft. Andererseits verlaufen die Krankheitsfälle durch das steigende Alter der Gesamtbevölkerung in der Regel gravierender.“ (vgl. Kroll, Ziese 2009, S. 105 ff.).

Die geburtenstarken Jahrgänge werden nach und nach ins Rentenalter eintreten. Neben einem großen Abflug von Knowhow besteht das Problem vor allen Dingen darin, dass es nicht genügend qualifizierte Nachwuchskräfte gibt. Diese gravierenden Veränderungen verstärken den Fachkräftemangel. Damit wird sich der Personalengpass der Gesundheitsberufe weiter zuspitzen. Das aktuelle Gesundheitsversorgungssystem in Deutschland wird so in der Zukunft nicht funktionieren können.

Der erhöhte Bedarf an Pflegefachpersonen wird ohne die gewissenhafte Planung und Umsetzung konkreter Maßnahmen nicht zu bewältigen sein und anderenfalls zwangsläufig dafür sorgen, dass eine Versorgungslücke entsteht, welche sich wiederum negativ auf die gesamte Gesundheitsversorgung auswirkt (vgl. Rothgang et. al 2012, S. 23). Bellmann et. al. (2007, S. 1ff.) beschreiben die Alterung der Gesellschaft als wesentliche Herausforderung für die Unternehmen, da eine Regulation durch alleinige Rekrutierung jüngerer Arbeitnehmerinnen nicht gewährleistet werden kann.

Eine Vielzahl vakanter Stellen wird nicht besetzt werden können. Dieses belastet das Gesundheitssystem auf zwei Ebenen. Einerseits können erkrankte Personen nicht adäquat versorgt werden. Auf der anderen Seite resultiert hieraus ein enormer finanzieller Schaden, welcher die Volkswirtschaft vor große Herausforderungen stellen wird.

3.2. Zahlen, Daten, Fakten: Die Bevölkerungsstruktur im Wandel

Verschiedene Studien haben die künftige Entwicklung zwischen Angebot und Nachfrage nicht-ärztlicher Fachkräfte errechnet und sich dazu positioniert.

Eine Studie zum Fachkräftemangel der PricewaterhouseCooper AG aus dem Jahre 2010 (S. 34 ff.) prognostiziert, dass „die große Zahl an schon heute nicht geborenen Kindern und die weiter abnehmende Geburtenrate bereits jetzt zu gravierenden Veränderungen am Arbeitsmarkt führt“.

„Einen Altersaufbau in Form einer Pyramide hatte beispielsweise das Deutsche Reich von 1910“ (Statistisches Bundesamt Destatis 2015, S.17):

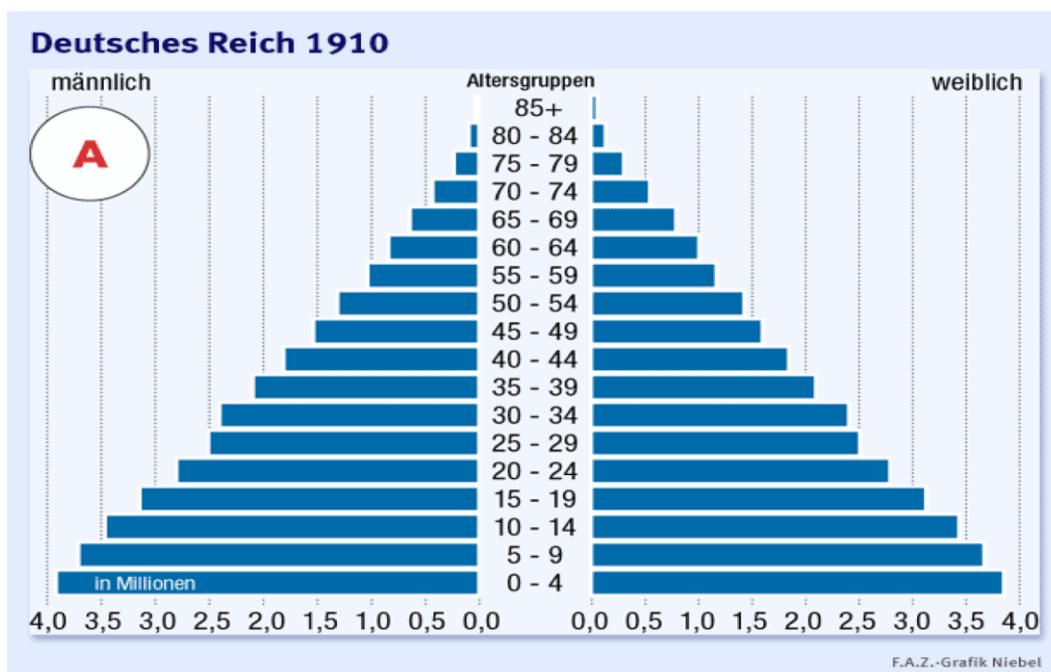


Abbildung 2: Bevölkerungspyramide von 1910 (FAZ 2015)

„Im Altersaufbau von 1950 haben die beiden Weltkriege und die Weltwirtschaftskrise Anfang der 1930er Jahre deutliche Kerben hinterlassen. Heute wird der Bevölkerungsaufbau Deutschlands durch eine stark besetzte mittlere Altersklassen dominiert. Zu den älteren und den jüngeren Generationen gehören dagegen weniger Personen.“

Bis zum Jahr 2060 werden die stark besetzten Jahrgänge weiter nach oben verschoben und dabei schließlich ausdünnen und von zahlenmäßig kleineren Geburtskohorten ersetzt. Damit gehen signifikante Verschiebungen in der Relation der einzelnen Altersgruppen einher.“ (Statistisches Bundesamt Destatis 2015, S.17)

„Heute besteht die Bevölkerung zu 18 % aus Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren, zu 61 % aus 20- bis unter 65-Jährigen und zu 21 % aus 65-Jährigen und Älteren. Bereits bis zum Jahr 2030 erfolgen im Altersaufbau entscheidende Verschiebungen, die sich anschließend noch verstärken werden“ (ebda).

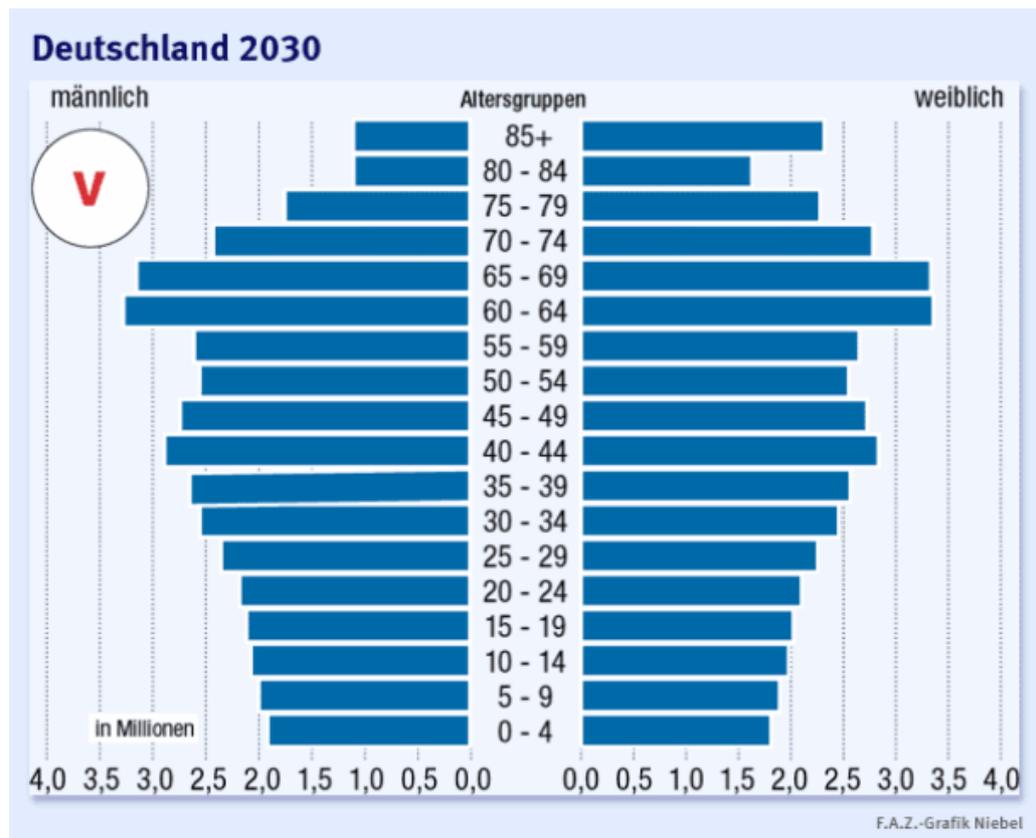


Abbildung 3: Bevölkerungspyramide von 2030 (FAZ 2015)

Bis zum Jahr 2060 wird sich die Bevölkerungsstruktur stark verändern. Der Anteil der unter 20-Jährigen wird auf 16 % und der Anteil der Menschen im Erwerbsalter auf 51 % sinken. Deutschland wird dann immer stärker auf Zuwanderung angewiesen sein (Statistisches Bundesamt Destatis 2015, S.17)

Durch die verbesserten Lebensbedingungen und medizinische Fortschritte wird in der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung von einem Anstieg der Lebenserwartung bis zum Jahr 2060 ausgegangen. Dieser wird nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamts (2020) bei Männern sieben Jahre und bei Frauen sechs Jahre betragen. Bezüglich der Geburtenzahlen ist der Bevölkerungsvorausberechnung

zu entnehmen, dass es derzeit viele Frauen im Alter zwischen 26 und 35 Jahren gibt. Gemeint sind hiermit die geburtenstarken Jahrgänge der 1980er Jahre. Daraus ergibt sich eine gegenwärtig stabile Geburtenzahl mit 700.000 Neugeborenen pro Jahr.

Dieser Trend wird sich in näherer Zukunft jedoch wieder ändern, da nach 2020 die Zahl der Frauen zwischen Mitte 20 und Mitte 30 Jahren voraussichtlich deutlich schrumpfen wird, wodurch ein erneutes Geburtentief entstehen kann.

Im Jahre 2060 wird mit einer jährlichen Anzahl von Neugeborenen zwischen 500.000 und 550.000 gerechnet. Durch die geringere Geburtenrate wird sich die Zahl potentieller Mütter ebenfalls verringern, was zu einer Verschärfung der Alterung unserer Gesellschaft führen wird. (Pricewaterhouse Cooper AG 2010, S. 34 ff.) „Die derzeit stark vertretenen mittleren Jahrgänge werden die älteren Menschen in der Zukunft sein.

Daher wird sich zwangsläufig auch die Menge der Sterbefälle bis zum Jahr 2050 maximieren. Aufgrund der schwindenden Gesellschaft wird die Anzahl Sterbender bis 2060 jedoch wieder absinken. Demzufolge wird die Altersgruppe der Menschen im erwerbsfähigen Alter (20 – 65 Jahre) bis 2060 enorm schrumpfen, so dass die Gruppe der Rentner/-innen, im Vergleich zur Gruppe der unter 20jährigen (16%), mit 32 – 33 % einen doppelt so hohen Anteil an der Gesamtbevölkerung haben werden. Die volkswirtschaftlichen Anforderungen bedürfen keiner weiteren Erklärung“. (ebd.)

2030 werden rund. 450.000 Pflegefach- und Pflegehilfskräfte in Vollzeitbeschäftigung (VZK) fehlen (vgl. fokus 2013).

2010 gibt die Pricewaterhouse Cooper AG eine Studie unter dem Titel „Gesundheitssystem vor dem Kollaps - 2030 fehlen eine Million Fachkräfte“ heraus. Darin erklärt sie, dass der sich abzeichnende Fachkräftemangel, welcher im Gesundheitswesen schon jetzt bei ca. 950.000 Personen liegt, sich in Zukunft verstärken wird. Die Begründung liegt in einer verstärkten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und der Abwanderung der geburtenstarken Jahrgänge in den Ruhestand.

„Der Fachkräftemangel ist bei Weitem größer, als wir das befürchtet haben. Tun wir nichts, werden sich die Wartezeiten beim Hausarzt bis 2030 verdoppeln“ so Harald Schmidt, Partner und Gesundheitsexperte bei PwC. Er erklärt weiter: „In den Krankenhäusern werden die Schwestern durchschnittlich 60 Stunden in der Woche arbeiten müssen, wenn die Versorgungsqualität nicht absinken soll“ Durch den verstärkten Aufbau von Medizinischen Versorgungszentren statt Einzelpraxen könnte der Fachkräftemangel abgefedert werden. Neben ärztlichem Personal fehle auch Labor- und Sprechstundenpersonal. (Pricewaterhouse Cooper AG 2010a).

Bundesamt für Statistik 2014 (vgl. Afentakis, Maier 2014):

Das Bundesamt für Statistik sagt für 2025 ca. 125.000 fehlende Pflegefachkräfte (VZK) voraus (Statistisches Bundesamt 2010):

„Im Jahr 2008 wurden erstmals Vorausberechnungen zur Zahl der in Krankenhäusern stationär behandelten Patientinnen und Patienten sowie die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland von der amtlichen Statistik veröffentlicht. [...]

Den Vorausberechnungen liegt der Ansatz zugrunde, Entwicklungen aus der jüngsten Vergangenheit in die Zukunft fortzuschreiben. Neben den Vorausberechnungen ist auch die aktuelle Situation dargestellt. [...]

Basis der aktualisierten Analysen zu den Auswirkungen des demografischen Wandels ist die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Dabei wurden wie bereits in der Bevölkerungsvorausberechnung 2011 verschiedene Annahmen zur Geburtenrate, zur Lebenserwartung und zu den grenzüberschreitenden Wanderungen erstellt. Für die hier vorliegenden Vorausberechnungen zu Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftigen wurde die so genannte „untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung“ herangezogen. Diese Variante geht von einer Fortsetzung der aktuell beobachteten demografischen Trends aus. Da Annahmen zur Binnenwanderung – Wanderungen zwischen den Bundesländern – nur bis zum Jahr 2030 getroffen wurden, werden die Vorausberechnungen für Bundesländer auch nur bis zum Jahr 2030 dargestellt. Für Deutschland insgesamt erstreckt sich der Vorausberechnungszeitraum für Pflegebedürftige sogar bis zum Jahr 2050“ (ebda., S. 4). Und weiter: „Nach der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wird die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren in den kommenden Jahrzehnten stark zunehmen. Legt man die Vorausberechnungsvariante ‚untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung‘ zu Grunde, so werden im Jahr 2030 rund 7,3 Millionen mehr 60-Jährige und Ältere in Deutschland leben (28,5 Millionen) als im Jahr 2009 (21,2 Millionen). Dies entspricht einer Zunahme von 34,5 %. Im Jahr 2030 würden dann 37 % der Einwohner in Deutschland zu den 60-Jährigen und Älteren zählen (2009: jeder Vierte). Bei deutlich gesunkener Bevölkerungszahl würde sich bis 2050 der Anteil der über 60-Jährigen auf 40 % der Bevölkerung weiter erhöhen. Diese Vorausberechnungsvariante basiert auf den Annahmen einer annähernd konstanten Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern je Frau, eines Anstiegs der Lebenserwartung Neugeborener bis 2060 auf 85 Jahre (Jungen) bzw. 89,2 Jahre (Mädchen) und eines jährlichen Außenwanderungssaldos von + 100.000 Personen.“ (ebda., S. 5)

Bertelsmann-Stiftung 2012

In Anlehnung an eine Studie der Bertelsmann-Stiftung (vgl. Rothmann et.al.2012) werden im Jahre 2030 rund 500.000 Stellen in der Pflege unbesetzt sein.

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird jedoch kontinuierlich steigen, bei stetiger Abnahme derer, die pflegen können.

Dabei werden laut dem Pflegereport der Bertelsmann Stiftung die Bundesländer unterschiedlich betroffen sein:

„Von 2009 bis 2030 steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Bremen um 28 Prozent, in Mecklenburg-Vorpommern um 56 Prozent und in Brandenburg sogar um 72 Prozent. Auf der kommunalen Ebene sind Unterschiede sogar noch ausgeprägter: Hier reichen die Steigerungsraten von knapp 14 Prozent (Goslar) bis zu mehr als 100 Prozent (München, Oberhavel)“.

Auch die großen Wirtschaftsverbände äußern sich besorgt zum Thema Fachkräftemangel:

vbw (Vereinigung der bayrischen Wirtschaft e.V.) – Studie zur „Pflegelandschaft 2030“

Für 2020 rechnet man beim vbw (2020) mit ca. 378.000 fehlenden Pflegefach- und Pflegehilfskräften: „In Deutschland arbeiten laut aktueller Pflegestatistik 890.000 Menschen in der Pflege. Ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) liegt die Beschäftigung bei 630.000. [...] Die Studie ‚Pflegelandschaft 2030‘ belegt jedoch, dass bis zum Jahr 2030 die Beschäftigung allein aus demografischen Gründen wieder auf ca. 784.000 Personen bzw. 555.000 Vollzeitäquivalente sinken wird. [...] Sofern nicht mit geeigneten Maßnahmen gegengesteuert wird, resultiert in knapp 20 Jahren eine Pflegelücke in Höhe von 737.000 Personen (520.000 VZÄ). Bereits bis zum Jahr 2020 ergibt sich eine Lücke in Höhe von 378.000 Pflegekräften (268.000 VZÄ)“.

Erklärung des Bundesverbandes der Deutschen Industrie (BDI) 2019:

Der stellvertretende Hauptgeschäftsführer des BDI, Holger Lösch äußert sich zum akuten Fachkräftemangel: "Nach der Wiedervereinigung betrug das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf gerade ein Drittel des westdeutschen Niveaus, heute liegt es bei fast 75 Prozent". Akuter Fachkräftemangel sei besonders in Ostdeutschland ein gravierendes Problem, hier seien vor allem eine deutliche Stärkung von Weiterbildung und Qualifizierungsmaßnahmen notwendig. Ein stockender „wirtschaftliche Aufholprozess in Ostdeutschland“ liege „unter anderem an der kleinteiligeren Wirtschaftsstruktur sowie am Fehlen großer Unternehmen und Konzernzentralen zwischen Ostsee und Erzgebirge, was der langen Teilung geschuldet ist“.

Mario Ohoven, Präsident des Bundesverbandes mittelständische Wirtschaft (BVMW) 2019:

"Früher waren einzelne Branchen wie Maschinenbau oder Gesundheit besonders betroffen. Inzwischen bleibt kaum noch eine Branche vom Fachkräftemangel verschont. [...] Ich hoffe, dass wir hier in einigen Jahren stehen und sagen können: Durch die gemeinsamen Anstrengungen haben wir es geschafft, dass aus vielen Flüchtlingen, die in ihrer Not zu uns gekommen sind, Fachkräfte geworden sind, die unser Land bunter gemacht haben."

Methodik, Definition und Szenarien der Studien unterscheiden sich mitunter stark, sie sind daher kaum direkt vergleichbar. Allerdings zeichnen sie eine deutliche Tendenz - die Folgen des Fachkräftemangels sind signifikant, wie Ohoven betont- Auch er äußerte sich besorgt darüber, dass die nicht geborenen Kinder dem Arbeitsmarkt fehlen. Das gelte insbesondere auch für den Pflegesektor. Die pflegerische Versorgung großer Kohorten ist infrage gestellt. Hier kursieren Zahlen zwischen 70-300.000 fehlender Pflegefachkräfte. (vgl. ebda.).

3.3. Ursachen des Fachkräftemangels:

Dieser Fachkräftemangel führt zwangsläufig zu einem akuten Pflegenotstand.

Unter Pflegenotstand versteht die Autorin das dauerhafte Unvermögen der stationären und ambulanten Einrichtungen aufgrund einer nicht ausreichenden Anzahl von Pflegefach- und Pflegehilfskräften ihre Patienten und Bewohner adäquat und fachgerecht, nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu versorgen.

Dazu kommt aber auch, dass sich selbst in Krankenhäusern Arbeit "rechnen" muss: Mit den im Jahre 2003 durch die Bundesländer eingeführten diagnosebasierten Fallpauschalen, den sogenannten "Diagnosis Related Groups" (DRG), hat sich die Liegedauer der Patienten von durchschnittlich 14 Tagen auf sieben Tage halbiert. Dadurch steigt die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte enorm. Es kommt hinzu, dass das ansteigende Lebensalter der Patienten die Pflege nicht leichter macht.

Nichtsdestotrotz lässt sich der Mangel auch auf eine geringe Attraktivität der Pflegeberufe allgemein zurückführen. In einer Studie von Görres et al. (2015) wurden u.a. Schüler an allgemeinbildenden Schulen und deren Eltern befragt, wie das vorherrschende Image bezüglich der Pflegeberufe aussieht. Demnach kann man ganz klar sagen, dass der Pflegeberuf, insbesondere Altenpfleger als "Out"-Beruf bewertet wird.

Die meisten männlichen Befragten verbinden diesen Berufszweig weiterhin mit negativen Klischees. So werden die Begriffe "alte Leute" und "Schmerz, Krankheit, Behinderung" damit in Verbindung gesetzt. Anders bei den weiblichen Befragten. Diese

verbinden den Beruf eher mit doch positiven Assoziationen und Wörtern wie "Mitmenschlichkeit, Solidarität und Verantwortung". Beiden gemein sind jedoch ebenso die Verknüpfungen mit den Worten "anstrengend, viel Arbeit".

Grundlegend kann davon ausgegangen werden, dass mehr weibliche als männliche Befragte sich vorstellen können, in einem Pflegeberuf zu arbeiten. Die mangelnde Attraktivität des Pflegeberufes wird durch hohe Arbeitsbelastung und schlechte Vergütung noch verstärkt.

Zu betrachten sei auch der frühzeitige Ausstieg aus dem Pflegeberuf. Laut o.g. Studie findet ein Ausstieg in der Altenpflege nach ca. 8,5 Jahren, in der Krankenhauspflege nach ca. 10 Jahren statt. Als Gründe werden hierfür u.a. hohe Arbeitsbelastung, Personal- und Zeitmangel sowie verschiedene private Gründe angegeben.

Vermutlich sind auch mangelnde staatliche Regulierungen, die schon vor langer Zeit hätten passieren müssen, für den nun entstandenen Pflegenotstand verantwortlich.

Neben dem Ausstieg aus der Pflegebranche ist auch die Abwanderung von (hier eher jüngeren) Pflegekräften ins Ausland maßgeblich an der Verschärfung des Fachkräftemangels beteiligt. Aufgrund der vorgenannten Gründe sehen viele "junge" Menschen ihre Chance eher im Ausland.

Auch die schlechte Bezahlung (wobei es abzuwarten bleibt, ob in anderen Ländern tatsächlich mehr gezahlt wird), eine limitierte Entscheidungsbefugnis, aber vor allem die fehlende Wertschätzung und Anerkennung der Pflegeberufe sind Gründe für die Überlegung, eine Arbeitsaufnahme im Ausland anzustreben (vgl. Schreck 2017, S. 21). Während also fehlende Kräfte mit der Rekrutierung von ausländischen Pflegefachkräften ersetzt werden sollen, wandern die eigenen Kräfte ins Ausland ab. Ein Umstand, der daraufhin deutet, dass der Bereich der Pflegeberufe auch von politischer Seite her wieder attraktiv und lohnend gemacht werden sollte.

Wesentliche Gründe für den Pflegenotstand sind also:

- demografische Gründe,
- Abwanderung, des Weiteren:
- „ungünstige Arbeitszeiten (Schicht- und Wochenendarbeit)
- mäßige Bezahlung,
- ein zu geringes gesellschaftliches Ansehen der pflegerischen Berufe
- verstärkte Berufsaufgabe aufgrund der hohen Arbeitsbelastung“ (wirtschaftslexikon24.com)

3.4. Konsequenzen und Lösungsansätze

Eine sichere Versorgung der Patienten/innen benötigt angesichts dieser bevorstehenden Anforderungen ausführliche Konzepte, um einer patientengefährdenden Pflege entgegenzuwirken. Spezifische Vorhaben sollten bereichsübergreifend geplant werden.

Solche Veränderungsmaßnahmen betreffen unter anderem die gezielte Migration oder Entsendung von Fachkräften. Andere Vorkehrungen zielen auf den Attraktivitätszuwachs des Pflegeberufs ab (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2014, S. 15). Es müssen unbedingt Ausbildungsplätze und Einstellungen im Pflegebereich gefördert werden.

Eine Aufwertung des Berufsbilds, flexiblere Arbeitszeiten und ein höheres Gehalt sind notwendig, um dem Pflegenotstand entgegenzuwirken (vgl. Alber et al. 1991, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1990).

Die Attraktivität des Pflegeberufs muss auf lange Sicht gesteigert werden, um eine ausreichende Anzahl von Fachkräften zu sichern. Für die Rekrutierung neuer Mitarbeiter/-innen und die Bindung bestehender Beschäftigungsverhältnisse sind Karrierepotenziale, Anerkennung durch die Gesellschaft und die Zufriedenheit im Beruf essenzielle Faktoren.

Hieraus ergeben sich wichtige Maßnahmen, um die Arbeitssituation in pflegenden Berufen grundlegend zu optimieren:

Arbeitseffizienz maximieren:

Die physisch und psychisch belastende Arbeitssituation in der Pflege muss Anpassungs- und Optimierungsprozesse durchlaufen, Arbeitsabläufe müssen effizienter gestaltet werden. Der Auftrag für Arbeitgeber besteht darin, die Rahmenbedingungen für die Mitarbeitenden dahingehend zu gestalten, dass das Arbeitspensum den mentalen und körperlichen Ressourcen entspricht und Frühverrentungen aktiv entgegengewirkt werden kann. (vgl. Ostwald et. al. 2010, S. 11).

Arbeitsbedingungen anpassen

Die häufig physisch belastende Arbeit verlangt nach einer Modifizierung der Arbeitsbedingungen und strukturellen Veränderungen, so dass personelle „Ressourcen intelligenter eingesetzt werden“ können (Ostwald et. al. 2010, S. 11). Unternehmen der freien Wirtschaft haben bereits erkannt, dass ein umfangreiches Potpourri des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) die Vitalität der Mitarbeitenden langfristig erhöht und dem frühzeitigen Ausstieg aus dem Arbeitsleben entgegenwirkt.

Absurder Weise ist gerade in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern das BGM noch in den Kinderschuhen. Ein Ausbau dieses Aufgabenfelds ist daher opportun (vgl. Gesundheit und Gesellschaft 2011, S. 11).

Die Ausformung des Arbeitsplatzes, die Anpassung der Arbeitsplätze für bereits erkrankte Mitarbeitende und die betriebliche Gesundheitsförderung inklusive präventiver Angebote spielen eine bedeutende Rolle.

Flexiblere Arbeitszeiten

Die teilweise körperliche und psychisch stark belastende Arbeit wird durch wechselnde Arbeitszeiten zur Belastung für den menschlichen Organismus. Die Berufstätigkeit an Wochenenden kann als weitere Einschränkung der Work-Life-Balance wahrgenommen werden. Die Forderung nach flexiblen Arbeitszeiten ist daher nur einer von vielen Ansatzpunkten einer ausgeglichenen Work-Life-Balance. Diese ist vor allem für junge Menschen der „Generation Y“, also die angestrebte Zielgruppe, eine ausschlaggebende Entscheidungsgrundlage. (vgl. DGFP e.V. 2011, S.11 ff.).

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Auch wenn der Anteil männlicher Mitarbeiter in der vergangenen Zeit stetig angestiegen ist, sind es dennoch überwiegend Frauen, welche die Arbeit „am Bett“ verrichten (vgl. ebd., 8). Um Frauen mit Kinderwunsch und Mütter als Arbeitskräfte zu binden, sind gerade für sie flexible Arbeitszeitmodelle ein notwendiger Ansatz für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, da hier häufig ein Grund im frühzeitigen Berufsausstieg liegt (vgl. Galatsch et. al. 2010).

Um die in der Regel im 3-Schicht-System stattfindende Arbeit der Pflegefachkräfte mit der familiären Situation in Einklang bringen zu können, benötigt es zusätzlich auch erweiterte Betreuungsangebote für Kinder. (vgl. DGFP e.V. 2011, S.11 ff.).

Gehaltsanpassung

Eine angemessene Entlohnung ist eine weitere Option, die Generation Y (vgl. ebd.) für die Pflegeberufe zu gewinnen. Allerdings spielt die Höhe der Gehälter eine untergeordnete Rolle, wenn es um den Ausstieg beruflich Pflegender geht (vgl. Borchart et. al. 2011).

Umbau des Gesundheitswesens

Die klassische Aufteilung der ambulanten Versorgung einerseits und stationären Versorgung andererseits ist angesichts des sich entwickelnden Fachkräftemangels rückständig. Die noch vorhandenen Arbeitskräfte müssen gebündelt eingesetzt werden. Eine denkbare Tendenz wäre der teilweise, vor allem in ländlicheren Arealen

sinnvolle, Ersatz der eben beschriebenen Doppelversorgung durch medizinische Versorgungszentren. (vgl. Ostwald et. al. 2010, S. 71).

Gezielte Zuwanderung

Im Schnitt dauert es 174 Tage, bis eine ausgeschriebene Stelle im Pflegebereich mit der gleichen Qualifikation wiederbesetzt wird. Mitunter nahm die Autorin auch Einrichtungen wahr, welche versuchten, in Eigenregie in Ländern zu rekrutieren, die sie nie zuvor besucht hatten.

Die Maßnahmen zum Erreichen genannter Ziele werden jedoch ohne eine koordinierte Migration potenzieller Arbeitnehmer/-innen nur bedingt erfolgreich durchzuführen sein.

Häufig befinden sich Pflegefachkräfte aus anderen Herkunftsländern im Besitz eines akademischen Bachelor-Abschlusses (z.B. chinesische Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen), die mit den deutschen Standards abgeglichen werden müssen. Zunehmend entwickelt sich ein Wettbewerb um Pflegekräfte aus dem Ausland (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2014, S. 4ff.) - auch in Konkurrenz mit den anderen europäischen Staaten.

Der deutsche Staat ist sich des Problems bewusst und reagiert. Das Bundeskanzleramt berief aus diesem Grund im Dezember 2019 einen **Fachkräfteeinwanderungsgipfel** ein.

In einer gemeinsamen Absichtserklärung mit Wirtschaftsverbänden und der Arbeitsagentur stellten sie sich das Ziel, „mehr ausländische Fachkräfte langfristig für den deutschen Arbeitsmarkt zu gewinnen. Politik und Wirtschaft stehen gemeinsam in der Verantwortung, Fachkräfte für unser Land zu gewinnen, erklärte Innenminister Seehofer in diesem Zusammenhang“ (bmi.bund.de 2019):

"Dafür muss die Wirtschaft die Möglichkeiten des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes aktiv nutzen. Nur so können wir qualifizierte Fachkräfte aus dem Ausland gewinnen und dauerhaft in Deutschland halten."(ebda.)

Über Projekte und Erfahrungen mit Zuwanderungen soll das nächste Kapitel berichten.

4. Zuwanderung: individuelle, gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen und Erfahrungen

4.1. Motivation und individuelle Voraussetzungen für Zuwanderung

Inzwischen arbeiten Menschen vieler verschiedener Nationalitäten in Deutschland. Das Rekrutieren von nicht-ärztlichem Gesundheitsfachpersonal im Ausland war und ist ein wichtiges Instrument der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Allerdings hat sich im Gesundheitssystem, wie auf der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit zum Ausdruck gebracht wird, „in vielen Bereichen eine Fokussierung auf marktwirtschaftliche Prinzipien und Mittel durchgesetzt, in der Krankenhausfinanzierung vorrangig über die 2004 eingeführten Fallpauschalen, die Diagnosis Related Groups (DRG) [...] Gleichzeitig verhindern bestehende Regularien und enge politisch gesetzte Finanzierungskorridore beispielsweise in vielen Landeskrankenhauplänen ein frei ausgehandeltes und marktgerechtes Lohnniveau für Pflegekräfte, das Angebot und Nachfrage in Einklang bringen würde“ (AOK-Bundesverband o.J.a).

Die große Gruppe der Pflegekräfte sollte lernen, ihre Interessen besser zu vertreten und sich geschlossen aufzustellen.

Solange die Gastarbeit in Deutschland existiert, ist der Begriff *Integration* aus dem allgemeinen Sprachgebrauch nicht mehr wegzudenken. Der Begriff bezeichnet ursprünglich das Konzept der (Wieder)Herstellung einer Einheit. Im soziologischen Kontext bezieht er sich auf die „Verbindung einer Vielheit von einzelnen Personen oder Gruppen zu einer gesellschaftlichen und kulturellen Einheit“ (Duden 2018: Integration).

In Anlehnung an Esser (2002) (vgl. Kap. 2, Integration) müssen daher verschiedene Faktoren berücksichtigt werden, um eine Rekrutierung und Integration ausländischer Pflegekräfte erfolgreich zu gestalten: die Motivation und individuellen Voraussetzungen der potenziellen Zuwanderer sowie politische und gesetzliche Rahmenbedingungen. Diese Aspekte werde ich im Folgenden näher beleuchten, bevor ich auf bisherige Erfahrungen mit Zuwanderung von Fachkräften näher eingehe.

Motivation und persönliche Voraussetzungen für Zuwanderungen betreffen:

- Einkommenszuwachs
- Kulturelle Aspekte
- sprachliche Aspekte
- fachliche Aspekte

Einkommenszuwachs

Auswandern kostet Geld. Ist jedoch der erwartete Einkommenszuwachs im Zielland hoch, dann steigt auch die Motivation, alle dazu benötigte Anstrengung auf sich zu nehmen. In nachfolgender Abbildung von Merda et.al (2014, S. 23) wird gezeigt, „dass Unterschiede der Bruttonationaleinkommen zu Deutschland insbesondere in bevölkerungsreichen asiatischen Staaten groß sind (Vietnam, Indien, Philippinen) und für südeuropäische Staaten verhältnismäßig gering ausfallen (Italien, Spanien, Griechenland, Portugal“ (ebda, S. 22)

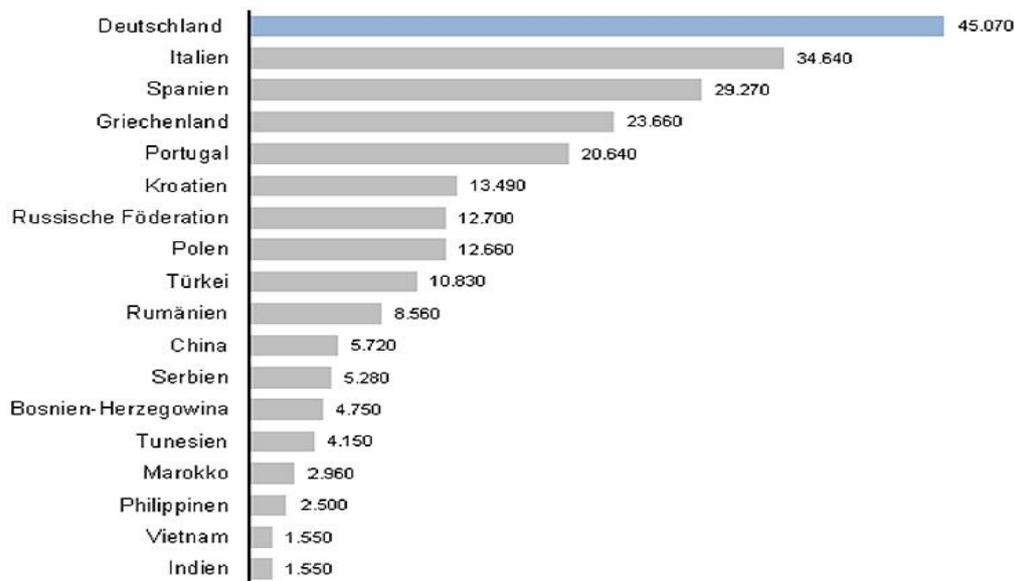


Abbildung 4: Bruttonationaleinkommen in ausgewählten Regionen in US-Dollar 2012 (et al. 2014, S. 23)Merda

„Die Höhe möglicher Einkommenszuwächse spricht für eine vermehrte Zuwanderung von Pflegekräften aus asiatischen und nordafrikanischen Staaten und gegen jene aus südeuropäischen Ländern. Auch *kulturelle, sprachliche und fachliche Aspekte* beeinflussen die Motivation, in ein Land zuzuwandern. Diese sind allerdings schwer zu prognostizieren, weil sie stark vom Einzelfall abhängen“ (ebda.).

4.2. Kulturelle Aspekte

Migranten sehen sich gerade am Anfang großen Schwierigkeiten gegenüber. Sie kommen in ein fremdes Land, lernen eine neue Sprache, haben einen neuen Arbeitsplatz und müssen oft auch noch ihren Berufsabschluss im Zielland anerkennen lassen. Daher wird eine Kosten-Nutzen-Analyse vorgenommen.

Geert Hofstede fasst mögliche kulturelle Aspekte, die im gesellschaftlichen Zusammenleben von Bedeutung sind in „Kulturdimensionen“ zusammen, welche kulturelle Unterschiede zwischen einzelnen Ländern vergleichbar machen. (Hofstede et al. 2020), vgl. Merda et al. 2014, S. 15):

- „(1) Machtdistanz
- (2) Individualismus/Kollektivismus
- (3) Maskulinität/Feminität
- (4) Unsicherheitsvermeidung
- (5) Langzeit-/Kurzzeitorientierung
- (6) Befriedigung/Einschränkung“.

Merda et al. ergänzen dazu: „Mit den Kulturdimensionen bringt Hofstede insgesamt 76 Staaten weltweit in eine kulturelle Rangordnung. So gibt es bspw. Staaten wie Indien mit einer großen ‚Machtdistanz‘ (soziale Ungleichheit ist gesellschaftlich stark verankert), während in anderen Ländern wie Deutschland Hierarchien verhältnismäßig flach und durchlässig sind. Grundsätzlich fallen kulturelle Unterschiede zwischen Deutschland und asiatischen Staaten laut der Ergebnisse Hofstedes größer als zu europäischen aus.“ (Merda et.al 2014, S. 25).

Zur Veranschaulichung:

Auch in anderen Wissenschaftsbereichen wird dieses Modell der Dimensionen genutzt. Auf der Folgeseite ist ein Beispiel von A. Eckart zu sehen, einer Wissenschaftlerin aus der Medienbranche, die zu einem ganz ähnlichen Ergebnis bei einem Vergleich zwischen Deutschland, Schweden, USA und China kommt)

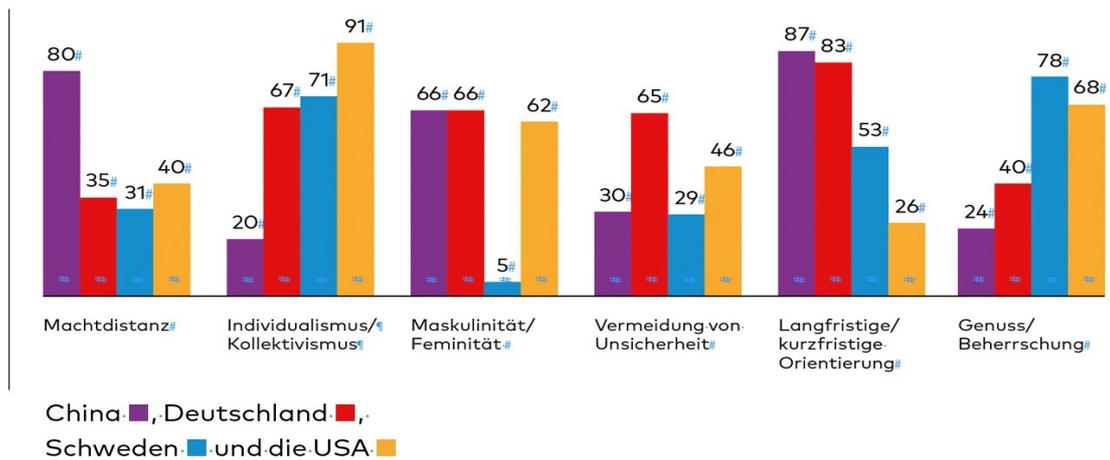


Abbildung 5: Kulturelle Dimensionen nach Hofstede im Vergleich (A. Eckart o.J.)

4.3. Fachliche Aspekte

Die deutsche Pflege nimmt im internationalen Vergleich eine Sonderstellung ein. Während wir hierzulande die duale Ausbildung haben mit derzeit 2100 theoretischen Stunden und 2700 praktischen Stunden, ist es im Ausland fast immer das tertiäre Bildungssystem. Die Pflege wird dann an der Universität gelehrt, hat oft einen größeren theoretischen Anteil als die deutsche Ausbildung, aber auch wesentlich weniger praktische Stunden. Der Abschluss ist ein akademischer Abschluss.

Nach Merda et al. 2014 besteht „die Gefahr, dass sich in Deutschland tätige ausländische Pflegekräfte unterfordert fühlen. Ihrem beruflichen Selbstverständnis entsprechend üben sie eine hochqualifizierte ‚medizinische‘ Tätigkeit aus, dem bspw. aufgrund des hohen Anteils an grundpflegerischen Aufgaben nicht immer entsprochen wird.“ Darauf werde ich im nächsten Abschnitt noch ausführlicher eingehen.

Über die Anerkennung der im außereuropäischen Ausland erworbenen Abschlüsse entscheiden die zuständigen Behörden, das sind i.d.R. die Regierungspräsidien der jeweiligen Bundesländer in Deutschland. (Förderale Strukturen). Hierbei wird die deutsche Ausbildung der ausländischen Ausbildung gegenübergestellt (vgl. Richtlinie 2005/36/EG): Werden Ausbildungen in der Krankenpflege innerhalb der EU absolviert, können diese automatisch nach o.g. Richtlinie anerkannt werden.

Seit 1. April 2012 können alle Personen ihren im Ausland erworbenen staatlich anerkannten Berufsabschluss über die sog. Gleichwertigkeitsprüfung mit einem entsprechenden deutschen Abschluss vergleichen bzw. anerkennen lassen. Mit einem positiven Bescheid kann der Antragsteller über die ZAV seine Zulassung für den deutschen Arbeitsmarkt beantragen.

4.4. Sprachliche Aspekte

Kosten aus **sprachlicher Hinsicht** resultieren aus Kursen und Prüfungsgebühren. Ideal ist es, wenn z.B. die deutsche Sprache schon in der allgemeinbildenden Schule gelehrt wurde. Bereits vorhandene Deutschkenntnisse können so die Kosten einer Migration senken (vgl. Isphording und Otten 2011).

Merda et al. haben in ihrem Bericht von 2014 „Arbeitsbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland“ zusammengestellt.

In einer Übersicht fassen sie ihre Ergebnisse tabellarisch zusammen, die sehr aufschlussreich sind, wobei „+“ einer positiven Wertung entspricht und „-“ einer negativen, während „O“ auf eine Position verweist, in der sich fördernde und hemmende Faktoren die Waage hielten oder zu gering ausgeprägt waren:

| Region | Kriterien | | | | | | | Gesamt kurzfr. | Gesamt langfr. |
|--|-----------|-------|--------|-----|----|----|---|----------------|----------------|
| | Politik | Recht | Diasp. | DEM | PK | EK | K | | |
| Südeuropa (GRE, I, P, ESP) | + | + | + | - | O | - | + | + | - |
| Mittel- und Osteuropa (BIH, CRO, PL, RS, RUM, RUS) | O | + | + | - | - | O | + | O | - |
| Vorderasien (Türkei) | O | O | + | + | O | O | O | O | O |
| Südostasien (PHIL, VNM) | + | O | O | + | O | + | - | + | + |
| Ostasien (China) | + | O | O | - | O | + | - | + | - |
| Südasien (Indien) | O | - | O | + | O | + | - | - | + |
| Nordafrika (Marokko, Tunesien) | + | - | O | O | - | + | O | O | O |

Abbildung 6: Bewertung unterschiedlicher Herkunftsregionen hinsichtlich fördernder und hemmender Faktoren einer Zuwanderung nach Deutschland in der Pflege (Merda et al. 2014, 28).

Erläuterung der Kriterien (Merda et.al. 2014, S. 26):

„Politik = Unterstützung von politischer Seite bzw. Pilotprojekte mit den Herkunftsregionen;

Recht = Zuwanderungsrechtliche Voraussetzungen; Diasp. = Größe der in Deutschland bereits ansässigen ausländischen Gemeinschaften; DEM = demografische Entwicklung im Herkunftsland;

PK = Ausstattung mit Pflegekräften im Herkunftsland; EK = Individuell erzielbare Einkommenszuwächse;

K = Kosten einer Zuwanderung aus kultureller, sprachlicher und fachlicher Hinsicht.

Gesamt kurzfr. = Gesamtbewertung aus kurzfristiger Sicht;

Gesamt langfr. = Gesamtbewertung aus mittel- und langfristiger Sicht.

Länderkürzel:

GRE = Griechenland; I = Italien; P = Portugal; ESP = Spanien; BIH = Bosnien und Herzegowina; CRO =Kroatien; PL =Polen; RS“

Im Ergebnis stellen sie zeigen sie, dass Krankenpflegekräfte unterschiedlicher Nationen unterschiedliche Stärken und Schwächen in ihrer Ausbildung und in ihrer Berufsausübung mitbringen.

So ist z.B. das Verständnis von Hygiene bei den spanischen Pflegekräften sehr ausgeprägt. (Merda et.al. 2014, S. 27f.):

„Insgesamt hat sich herausgestellt, dass Verallgemeinerungen schwierig sind.

Ausländische Pflegekräfte bringen in den Bereichen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention individuelle Vorkenntnisse mit und haben Kenntnisdefizite in diversen, nicht verallgemeinerbaren Bereichen.“

Die internationale Migration ist ein Strom von Pflegefachkräften aus Ländern mit weniger guten Lebens- und Arbeitsbedingungen, in Länder, welche besseres versprechen. Die Anzahl der zur Verfügung stehenden Fachkräfte erhöht sich dadurch nicht. Weltweit gibt es nirgends einen Überschuss an Pflegekräften. In Ländern, in denen sie abgezogen werden, fehlen sie. Einwanderungsländer profitieren hingegen vom Zuzug. Polen bezieht z.B. sein ebenfalls dringend benötigtes Pflegefachpersonal u.a. aus der Ukraine, was dominoeffektartige Migrationszüge auslöst.

Die Aussicht auf höhere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen führen also in Ländern, die weniger entwickelt sind, zu einer hohen Abwanderung von Pflegefachpersonal.

Die weltweite Migration von Gesundheitsfachpersonal ist gängige Praxis geworden und wird in Zukunft eine große Rolle bei der Aufrechterhaltung von Gesundheitssystemen spielen. Aus diesem Grunde gilt es, Grundprinzipien der ethischen Rekrutierung einzuhalten und damit die WHO Vorgaben (s.u.) umzusetzen.

4.5. Politische und gesetzliche Voraussetzungen

4.5.1. Internationaler Rahmen

An die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften im Ausland werden spezielle Anforderungen gestellt. Sprache ist eine der wichtigsten Schlüsselqualifikationen. Im Ausland erworbene Qualifizierungen müssen häufig angepasst werden (vgl. 4.5.2. Berufsfachliche Voraussetzungen).

Vor allem aber sind bei der Integration ausländischer Fachkräfte diverse gesetzliche Vorschriften zu berücksichtigen. Diese sollen in den nachfolgenden Abschnitten kurz erläutert werden.

Deutschland steht mit seinem Fachkräftemangel in Konkurrenz mit weiteren Industrieländern.

Die WHO hat 2006 eine Liste von 57 Staaten erstellt, die einen „kritischen Mangel“ an Gesundheitsfachkräften aufweisen. Die Industrieländer versuchen, sich an diese Liste zu halten und haben einen Kodex entwickelt, der einen fairen Zuwanderungsprozess ermöglichen soll. (vgl. IGES, Braeseke et al 2018, S.14, BDA, 2021, S.1)

WHO-Kodex im Wortlaut (WHO 2010):

“Der WHO-Kodex ist ein globaler Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitskräften.

- Die Prinzipien dieses Kodex geben vor, dass die Migration solcher Fachkräfte den Gesundheitssystemen sowohl der Herkunftsländer als auch der Aufnahmeländer nutzen soll. Im Anschluss an die Feststellung, dass diese Migration einen sinnvollen Beitrag zum Ausbau und zur Stärkung von Gesundheitssystemen leisten kann, sofern die Anwerbung korrekt erfolgt (ebd. Art. 3.2), definiert der Kodex Grundsätze für die bilaterale und internationale Zusammenarbeit.
- Der Kodex hält die Mitgliedsstaaten an, dem Mangel an Gesundheitsfachkräften abzuwehren und aus eigener Kraft eine eigene, nachhaltige Versorgung mit Fachkräften sicherzustellen.
- Er empfiehlt eine effiziente Personalplanung im Gesundheitswesen, Aus- und Weiterbildung sowie die Entwicklung von Strategien, mit denen sich die Rekrutierung im Ausland eindämmen lässt.
- Die internationale Rekrutierung wiederum soll auf faire, transparente und nachhaltige Weise erfolgen und so gestaltet werden, dass negative Wirkungen auf die Gesundheitssysteme von Entwicklungsländern vermieden werden und die Rechte der Migrationen und Migranten gewahrt werden sollen.
- Gute Arbeitsbedingungen und die Förderung der zirkulären Migration sollen im Vordergrund stehen.

Der Kodex ruft die Mitgliedsstaaten dazu auf,

- Partnerschaften mit Herkunftsländern zu schließen
- Vereinbarungen mit wichtigen Akteuren zu treffen, z.B. mit Vermittlern oder

Gesundheitseinrichtungen

- technische oder finanzielle Unterstützung beim Ausbau der Gesundheitssysteme zu leisten
- die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften zu fördern
- den WHO-Kodex in nationales Recht umzusetzen
- Erkenntnisse über die Migration von Gesundheitsfachkräften zu sammeln und auszutauschen“

4.5.2. Gesetzliche Grundlagen

Das am 1. Januar 2005 in Kraft getretene und am 28. August 2007 reformierte Zuwanderungsgesetz (AufenthG) enthält Vorschriften zu Einreise und Aufenthalt von Ausländern in das Bundesgebiet, zu möglichen Aufenthaltswegen sowie zur Aufenthaltsbeendigung und zum Asylverfahren.

Das Fachkräfteeinwanderungsgesetz vom 01.03.2020 (ehemals Beschäftigungsverordnung von 2013) regelt Einreise, Aufenthalt und Arbeitserlaubnis für ausländische Arbeitssuchende. Darin werden z.B. die Zuständigkeiten für eine Anwerbung von Fachkräften in Gesundheits- und Pflegeberufen der Bundesagentur für Arbeit zugesprochen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2009).

4.5.3. Berufsfachliche Voraussetzungen:

Die Bereitstellung von Fachkräften für die Pflege ist eine der wichtigsten Herausforderungen auf dem Arbeitsmarkt für die kommenden Jahre. Was die derzeitige Situation der Fachkräfte anbelangt, so wird die Aktivierung des internen Potenzials von Arbeitnehmern und Auszubildenden nicht ausreichen, um den Bedarf künftiger Fachkräfte zu decken.

Die Rekrutierung von medizinischem Personal und Pflegepersonal wird jedoch nur dann erfolgreich sein, wenn die fachliche und soziale Integration ausländischer Pflegekräfte eine langfristige Verfügbarkeit auf dem deutschen Arbeitsmarkt garantiert.

Dazu gibt es in Deutschland zwei Wege: Eine Ausbildung in Deutschland oder die Anerkennung von ausländischen Berufsqualifikationen, gefolgt von weiteren Qualifikationen.

Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz 2011

Mit dem seit 04/2012 geltenden „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen“ (kurz: Anerkennungsgesetz) gibt der Bund einen klaren rechtlichen Rahmen für die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Deutschland. (Der genaue Wortlaut befindet sich im Anhang.)

Die wesentlichen Inhalte des Gesetzes betreffen:

- **Gleichwertigkeit**

Alle Personen, die im Ausland einen staatlich anerkannten Berufsabschluss erworben haben, besitzen das Recht, für diesen Abschluss einen Antrag auf Gleichwertigkeitsprüfung zu stellen und so ihren Beruf adäquat bewerten zu lassen.

Der Antrag auf Gleichwertigkeitsprüfung:

Antragsberechtigt sind alle Personen, die in Deutschland in ihrem Beruf arbeiten wollen.

Insbesondere Angehörige aus Drittstaaten werden damit im Vergleich zu EU-Bürger/-innen und Spätaussiedler/-innen gleichgestellt. Potenzielle Zuwanderer und Zuwanderinnen können die Anerkennung ihres Abschlusses bereits aus dem Ausland beantragen. (vgl. Maier et al. 2012, S. 13)

Das erlaubt auch den Unternehmen eine Einschätzung der Qualifikationen im Vorfeld. Aufgrund dieser Maßnahmen wird es wesentlich leichter, nach Deutschland zu migrieren. Zugleich können auch Asylsuchende und Geduldete die Prüfung auf Gleichwertigkeit beantragen, weil die Antragsvoraussetzungen nicht mehr an den Aufenthaltsstatus gebunden sind

Die Kosten des Verfahrens betragen zwischen 100 und 600 Euro und sind selbst zu tragen. Nach Zahlungseingang sollte das Verfahren innerhalb von 3 Monaten abgeschlossen sein. Dabei wird geprüft, inwieweit die ausländischen und deutschen Berufsabschlüsse übereinstimmen. Hauptkriterium sind Ausbildungsdauer und -inhalt. Weiterbildungen und nachgewiesene Berufserfahrung werden ebenfalls berücksichtigt.

Die IHK Stade fasst die notwendigen Antragsunterlagen auf ihrer Website zusammen:

- „Tabellarische Auflistung der absolvierten Ausbildungsgänge und der ausgeübten Erwerbstätigkeit
- Identitätsnachweis (Personalausweis oder Reisepass)
- Nachweis der im Ausland erworbenen Berufsqualifikation (Ausbildungszeugnis)

- Nachweis über einschlägige Berufserfahrung
- Sonstige Befähigungsnachweise (z.B. Weiterbildungen)
- Nachweis, dass der Antragsteller in Deutschland arbeiten will (z.B. Kontaktaufnahme mit potenziellen Arbeitgebern, Antrag auf Einreisevisum – dies entfällt bei Antragstellern mit Wohnsitz innerhalb EU/EWR oder Schweiz)

Alle Dokumente sind i.d.R. ins Deutsche zu übersetzen (amtlicher Dolmetscher), bei den Bescheinigungen sind i.d.R. beglaubigte Kopien erforderlich“ (IHK Stade).

In einem offiziellen Bescheid wird dem Antragsteller bestätigt, inwieweit der ausländische Berufsabschluss dem deutschen Berufsabschluss entspricht. „Damit kann er sich auf dem deutschen Arbeitsmarkt bewerben und so seine Chancen bei der Jobsuche erhöhen bzw. sich um eine weitergehende Qualifizierung bewerben.“ (ebda.) In seiner Grundstruktur bietet dieses Gesetz folgende Möglichkeiten einer beruflichen Anerkennung:



Abbildung 7: Übersicht über Anerkennungswege in Deutschland - die blauen Felder zeigen den Anwendungsbereich des Anerkennungsgesetzes (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2012, S. 6)

Damit zusammenhängend wurde auch das Krankenpflegegesetz geändert, nachzulesen in den Artikeln 35 und 36 des Anerkennungsgesetzes des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Zunächst muss auch hier ein Antrag auf Gleichwertigkeit des Berufsabschlusses gestellt werden. „Da die eher praxisnahe Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland in der Regel deutliche Unterschiede zu den akademischen Ausbildungsgängen in vielen Drittstaaten aufweist, stellt eine volle

Gleichwertigkeit auf formaler Ebene ein eher unrealistisches Szenario dar. Das heißt, es muss bei jedem Antrag individuell geprüft werden, ob wesentliche Unterschiede durch entsprechende Berufserfahrung ausgeglichen werden können. Dies hat zur Folge, dass jeder Antrag einzeln und ausführlich begutachtet werden muss. Gruppenprüfungen sind demnach nicht möglich.“ (Pierenkemper; Körbel 2017 S. 80)

Für eine Berechtigung zur Berufsausübung müssen Antragsteller*innen laut Krankenpflegegesetz § 2 (s. u. Krankenpflegegesetz) zusätzlich folgende Voraussetzungen erfüllen,

- fachliche Gleichwertigkeit
- gesundheitliche Eignung
- Deutschkenntnisse mindestens Niveau B2
- Zuverlässigkeit (vgl. ebda.).

Mit der vollen Gleichwertigkeit des Abschlusses kann eine Berufsurkunde beantragt werden. Erst nach deren Ausstellung kann eine Beschäftigung als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in in Deutschland aufgenommen werden (ebda.)

Das Fachkräfteeinwanderungsgesetz

Das Fachkräfteeinwanderungsgesetz ist am 1. März 2020 in Kraft getreten. Es ist Teil eines umfassenden Migrationspakets mit dem Ziel, Fachkräfte aus Berufsfeldern nach Deutschland zu holen, in denen ein hoher Personalbedarf besteht, es aber zu wenig Bewerber gibt.

Es regelt den Zuzug sowohl für Hochschulabsolventinnen und -absolventen als auch für Personen mit qualifizierter Berufsausbildung. Bedingung für einen Zuzug ist die Finanzierung des Lebensunterhalts bzw. ggf. der mitziehenden Familie durch den Bewerber/die Bewerberin.

Bewerber, die älter als 45 Jahre sind, müssen monatlich mindestens 3.685 Euro verdienen oder eine angemessene Altersvorsorge nachweisen (Fachkräfteeinwanderungsgesetz 2020, s. Anhang).

4.6. Soziale und berufliche Integration – Erfahrungen

Bei einer erfolgreichen Integration geht es also um eine ganzheitliche Eingliederung der zugewanderten Menschen. Das betrifft sowohl soziale, sprachliche, rechtliche und berufsrechtliche Grundlagen als auch das Erfassen und Vermitteln von komplexen, medizinisch-pflegerischen Sachverhalten.

Die Unterschiede in der Pflege sind kulturell bedingt, aber auch die Inhalte der Ausbildung im Ausland sind häufig andere, zumal es in anderen Ländern keinen Unterschied gibt zwischen den Berufsbildern Kranken- und Altenpflege, für die man hierzulande einen Antrag zur Anerkennung stellen muss.

Im Folgenden sollen Erfahrungen mit der Integration dargestellt und diskutiert werden:

- 4.6.1. Erfahrungen aus Skandinavien
- 4.6.2. ZAV und GIZ – die Rekrutierung von Pflegekräften in Deutschland
- 4.6.3. Erfahrungen deutscher Arbeitgeber mit ausländischen Pflegefachkräften
- 4.6.4. Pflegepersonal aus dem Ausland aus Sicht der Verbände

4.6.1. Erfahrungen aus Skandinavien

In Skandinavien ist das Pflegesystem grundsätzlich mehr service- statt familienorientiert und die Rekrutierungsstrategie ist damit vereinfacht. Pflegebedürftige und pflegende Angehörige erhalten zu einem früheren Zeitpunkt Unterstützung und werden durch Steuermittel finanziell versorgt. Das Berufsbild hat ein gutes Image und eine ausländische Fachkraft fühlt sich weniger den psychischen Arbeitsbelastungen wie Stress und Zeitdruck ausgesetzt.

Zudem kommt der Pflegeausbildung mehr Bedeutung zu und gleicht einem Hochschulniveau. Den Auszubildenden wird bereits von Anfang an mehr Verantwortung übertragen, wodurch die Motivation sowie Wertschätzung der Pflegekräfte gestärkt wird.

Dadurch scheinen die Pflegekräfte auch länger in ihren Berufen zu verweilen. Obwohl auch in skandinavischen Ländern eine Unzufriedenheit mit dem Gehalt herrscht, zeigt sich im Gesamtblick, dass dieser Aspekt kaum die hohe Zufriedenheit am Arbeitsplatz beeinflusst.

Die Rekrutierungsstrategie aus Schweden in Zusammenarbeit mit Deutschland (vgl. btc Rostock)

Ein besonders eindrucksvolles Beispiel einer guten Integration ausländischer Fachkräfte findet sich beim btc Rostock, das sich auf seiner Website wie folgt darstellt: „Das Baltic Training Centre/Rostock führt im Auftrag verschiedener Partner aus Schweden seit 1999 regelmäßig Rekrutierungsprojekte und Sprachintensivausbildungen durch. Sie arbeiten mit dem Stockholmer Provinziallandtag sowie weiteren Kommunen aus Südschweden und Norwegen zusammen. Interessenten profitieren dabei von:

- „ bezahlten Schwedisch-Intensivkursen in Deutschland
- Aufwandsentschädigung während des Sprachkurses
- Unterstützung bei der Wohnungssuche
- Festanstellung mit Einführungsprogramm in Schweden
- weitere Sprachausbildung in Schweden
- Ausbildung in medizinischem Recht
- Möglichkeit eines Studienbesuches in Stockholm

Beispiele für weitere Vorteile:

- 38h / Woche, Überstunden werden sehr gut vergütet
- kein Nachtdienst, bzw. nur auf besonderen Wunsch
- Zuschlag für Wochenenddienste
- Einarbeitungsprogramm mit Mentor (3 Monate nur 80% der vollen Arbeitszeit bei Vollzeit-Gehalt)
- Umzugskostenzuschuss möglich
- Weiterentwicklung/Ausbildung in verschiedenen Fachbereichen auf Kosten des Arbeitgebers
- Möglichkeit zu promovieren, auf Kosten des Arbeitgebers
- freie Wahl eines Fitness Studios – der Arbeitgeber zahlt
- eine Stunde Sport pro Arbeitswoche wird sogar vergütet
- BAFÖG für alle Studenten/innen, unabhängig vom Einkommen der Eltern (50% geschenkt)“

4.6.2. ZAV und GIZ – die Rekrutierung von Pflegekräften in Deutschland

Bereits 2012 startete die Bundesagentur für Arbeit über die Zentrale Auslandsvermittlung (**ZAV**) ein Projekt, in dem sie 150 Fachkräfte aus China anwerben wollte.

Daneben arbeitet **Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GIZ (vgl. GIZ.de)** im Auftrag der Bundesregierung ebenfalls an Projekten, welche internationale die Zusammenarbeit fördern.

So begleitet sie seit mehr als 30 Jahren China in seinem Reform- und Entwicklungsprozess. Auf ihrer Website(www.giz.de) stellt sie ihre Zusammenarbeit mit China und anderen Ländern umfassend dar. Ihr Ziel ist es, den sich ständig wachsenden Anforderungen zu stellen und partnerschaftlich, zum Nutzen beider Länder zu agieren. Für die GIZ arbeiten derzeit 112 nationale und 82 internationale Mitarbeiter*innen in regionalen und globalen Vorhaben (Stand 31.12.2021).

Deutschland und China begreifen sich als Schlüsselpartner in der jeweiligen Region.

Zur Zusammenarbeit mit China erklärt sie:

„Als deutscher Partner für nachhaltige Entwicklung unterstützte die GIZ bereits 2019 das Land in Übereinstimmung mit den Zielen des 13. Fünfjahresplans in seinem Bestreben, ein Gleichgewicht zwischen wirtschaftlicher Entwicklung, sozialer Gerechtigkeit und dem Schutz der Umwelt herzustellen. Daneben steht die Sicherung globaler öffentlicher Güter im Zentrum einer wachsenden Zahl von Vorhaben.

Die GIZ arbeitet in China für sieben Bundesministerien: Die Bundesministerien für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB), für Wirtschaft und Energie (BMWi) und für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) sind die größten Auftraggeber im Land. Ferner ist das bundeseigene Unternehmen tätig für die Europäische Union, private Stiftungen, chinesische öffentliche Auftraggeber und die Privatwirtschaft.

Die GIZ arbeitet in China in folgenden Schwerpunkten:

- Klima, Umwelt, Natürliche Ressourcen und Agrarwirtschaft
- Nachhaltige Stadtentwicklung, Energie und Verkehr
- Rechtsstaatlichkeit, Finanzen und Qualitätsinfrastruktur
- Wirtschaft und Gesellschaft (inkl. Berufliche Bildung)

Das Leistungsangebot der GIZ in China nutzt viele Elemente der internationalen Zusammenarbeit: Die Organisation und Gestaltung politischer Dialoge und deren fachliche Unterfütterung stellt eine der wesentlichen Leistungen in der Zusammenarbeit dar. Dabei spielt eine immer wichtigere Rolle, unterschiedliche

Beteiligte zusammenzubringen und deren Austausch zu moderieren, beispielsweise Verbände und Unternehmen in politische Prozesse einzubinden.

Daneben bietet die GIZ in China unter anderem politische Beratung, technische Expertise, Wissensvermittlung, Aus- und Weiterbildung und Unterstützung bei der Organisationsentwicklung in den Bereichen an, in denen deutsches Know-how und deutsche Technologien weltweit führend sind.

„Für ihre Beratung nutzt die GIZ ein umfassendes Netzwerk an erfahrenen deutschen, internationalen und chinesischen Experten sowie Institutionen in Deutschland und Europa.“ (GIZ.de)

Triple Win

Triple Win ist ein gemeinsames Projekt der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). Ihr Ziel ist es, qualifizierte Pflegefachkräfte aus Serbien, Bosnien-Herzegowina und den Philippinen für Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege zu gewinnen und damit die Fachkräftesicherung in der Pflege zu unterstützen.

Dabei verfolgen sie ein sicheres und transparentes Verfahren, welches sie für die Öffentlichkeit wie folgt darstellen (Bundesagentur für Arbeit 2020 b):

„Vermittlungsabsprachen zwischen der Bundesagentur für Arbeit und den Arbeitsverwaltungen der Partnerländer sichern hohe Qualitätsstandards im Vermittlungsprozess und garantieren eine nachhaltige Form der Fachkräftegewinnung. Nach Prüfung der formalen, fachlichen und sprachlichen Eignung erhalten die Bewerberinnen und Bewerber einen intensiven Deutschkurs und werden auf ihre Tätigkeit in Deutschland sowie den gesamten Migrationsprozess, von der Visabeantragung bis hin zur beruflichen Anerkennung vorbereitet“ - und begleitet:

„Triple Win – Ein Gewinn für alle Seiten“

Die faire und nachhaltige Gewinnung von Pflegefachkräften, insbesondere aus Drittstaaten ist ein Anliegen der GIZ. Inwieweit das immer zu trifft, vermag die Verfasserin nicht zu beurteilen.

4.6.3. Erfahrungen deutscher Arbeitgeber mit ausländischen Pflegefachkräften

Zu den Arbeitgebern in der deutschen Pflegelandschaft zählen Krankenhäuser, Rehakliniken, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste:

| Einrichtungen | Aufgabe | Vorraussetzung | Organisation | Med. Personal |
|-------------------|--|--|---|--|
| Krankenhaus | Prävention und Kuration von Krankheiten, Lehre und Forschung, Ausbildung und Weiterbildung, | Einweisung durch niedergelassenen Arzt, Notfall | Private, staatl. und kirchliche Trägerschaft | Ärzte, Pflege, Therapeuten |
| Rehaklinik | Diagnostik der Erkrankung, Erstellung eines Rehabilitationsplanes, Fortführung der medizinischen Therapie, Patientenedukation, Ermittlung von Restfunktionen, berufliche Rehabilitation | Einweisung durch Akutkrankenhaus, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, | Private, staatl. und kirchliche Trägerschaft | Ärzte, Pflege, Therapeuten |
| Altenpflege | Psychoziale Betreuung, stationäre medizinische und pflegerische Betreuung und Versorgung der alten Menschen, Palliativpflege, die Selbständigkeit so lange wie möglich erhalten, Versorgung demenzkranker Menschen | Einweisung nach Wunsch, Aufnahme, wenn ein selbständiges Leben aufgrund von Alter und geistigem Zustand nicht mehr gegeben ist | Private, kirchliche und städtische Trägerschaft | Altenpfleger, Gesundheits- u. Krankenpfleger, Pflegehelfer, Therapeuten. geriatrische und gerontopsychiatrische Fachkräfte |
| Ambulante Dienste | Ambulante Versorgung in der Grundpflege und Behandlungspflege, Palliativpflege, Intensivpflege | Inanspruchnahme auf Wunsch und bei Kostendeckung, z.B. durch Erteilung eines Pflegegrades | Private, kirchliche und städtische Trägerschaft | Altenpfleger, Gesundheits- u. Krankenpflegefachkräfte, Pflegehelfer, Therapeuten |

Als erstes muss grundlegend festgehalten werden, dass die Erfahrungen und Erfahrungsberichte ganz unterschiedlich, sowohl positiv als auch negativ, ausfallen. Sowohl in den verschiedenen Einrichtungsarten als auch regional sind sehr viele

unterschiedliche Meinungen zu verzeichnen.

Als schwierigster Punkt wird allgemein immer wieder die "Integration" ins Spiel gebracht, aber auch hier gehen die Meinungen auseinander. Sind es bei dem einen die sprachlichen Defizite, so sind es bei dem anderen die fehlenden Praxiskenntnisse, welche vorrangig als eher negativ bewertet werden.

Auch spielt es eine Rolle, woher die ausländischen Pflegekräfte kommen. So ergab zum Beispiel eine Befragung von Darmstädter Einrichtungen, dass Pflegekräfte aus den EU-Staaten, aber auch den restlichen europäischen Ländern kulturell besser passen würden als zum Beispiel Kräfte aus dem asiatischen oder südamerikanischen Raum.

In Echo online 2017 findet sich dazu ein interessanter Artikel:

Frau Anja Bopp, die Integrationsbeauftragte am Agaplesion Elisabethenstift mit ca. 33 Mitarbeitern vorwiegend aus Serbien und Bosnien-Herzegowina, sagt darin zu den bisherigen Erfahrungen mit ausländischen Mitarbeitern: "Es hat sich herausgestellt, dass die Kultur dieser Länder ganz gut zu uns passt". Viele seien in Darmstadt angekommen, hätten sogar schon die Familien nachgeholt. "Wir hoffen, dass sie bei uns bleiben." Im Alicehospital arbeiten 16 Mitarbeiter, vor allem aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens, der Türkei, den Philippinen und den USA, wobei viele von diesen bereits seit den neunziger Jahren dort beschäftigt sind, so Geschäftsführer Marcus Fleischhauer (ebda.)

Als Gegensatz dazu wird hier das Klinikum der AWO Hessen Süd und das Marienhospital genannt. Diese haben 2016 einen Versuch unternommen, brasilianische Pflegekräfte zu integrieren. "Die Ausbildung ist in Südamerika so gut, dass die Anerkennung durch das RP recht schnell erfolgt, wenn ein bestimmtes Sprachlevel erreicht ist", teilt die Geschäftsführung mit. "Wetter, Kultur und Arbeitsinhalte" seien jedoch sehr unterschiedlich, so dass das Klinikum eher auf die Ausbildung eigener inländischer Kräfte setzt.

Fazit der Darmstädter Einrichtungen: Nur wenn die Pflegekräfte sich heimisch fühlen und sich vor Ort ein gutes, soziales Netz aufbauen können, könne die Akquise ausländischer Pflegekräfte erfolgreich sein (vgl. Echo Online 2017).

Eines der international erfolgreichen Rekrutierungsprojekte in Deutschland besteht zwischen der Neanderklinik Harzwald GmbH im Südharz/Thüringen und der Westukraine (vgl. Roeder 2016). Dieses Projekt ist fortlaufend und wird im Rahmen der Thüringer Agentur für europäische Programme e.V. und dem Europäischen Sozialfond finanziell unterstützt, und durch diese politisch geförderte Zusammenarbeit beider Länder getragen.

Es wurde ein deutsch-ukrainischer Pflegeverband gegründet, und die Kontakte in der Ukraine wurden ausgebaut, um motiviertes Pflegepersonal anzuwerben und an der Thüringer Pflege-Akademie weiterzubilden. Parallel zu diesem Projekt laufen andere EU geförderte Programme („Horizont 2020“) mit den Schwerpunkten Wissenschaftsexzellenz, „führende Rolle der Industrie“ und „gesellschaftliche Herausforderungen“, so dass das Rekrutierungsprojekt gute politische Unterstützung bekommt.

„Die Hauptmerkmale der Integrationsbegleitung bestehen aus folgenden Komponenten:

1. Arbeitgeber – Arbeitsvertrag, Stellenbeschreibung, Leitbild, Einarbeitungskonzept
2. Wohnungsvermittlung und Information zur sozialen Integration in Landgemeinde und Umfeld
3. Anmeldung Einwohnermeldeamt, gesetzliche Krankenkasse, Versicherungen, Bank, Ausländerbehörde;
4. Netzwerkbildung in Landgemeinde; Teilnahme an Veranstaltungen.“
(Neanderklinik Harzwald o.J. S. 24)

Ein Nachrichtendienst aus Thüringen berichtet: „50 ausländische Pflegekräfte haben in Thüringen im vergangenen Jahr eine Berufserlaubnis bekommen. Die meisten kamen aus der Ukraine oder aus Rumänien. Sie sind nun Gesundheits- und Krankenpfleger, wie eine Sprecherin des Landesverwaltungsamts der Deutschen Presse-Agentur sagte.

Ein Jahr zuvor hatte das Landesverwaltungsamt 34 ausländischen Pflegekräften die Berufserlaubnis für die Arbeit in Deutschland ausgehändigt. Gemessen an der Zahl der Pflegebeschäftigten in Thüringen ist die Zahl der Berufsanerkennungen jedoch sehr gering.“ (Thüringer Allgemeine2018)

In nachfolgender Tabelle wird gezeigt, wie sich die Erfahrungen mit ausländischen Pflegekräften auf die einzelnen Standorte/Unternehmensformen verteilen:

| | Rekrutierungserfahrung in den letzten drei Jahren? | |
|--|--|------|
| | nein | ja |
| Art der Einrichtung | | |
| Stationäre Krankenpflege | 6,9 | 8,5 |
| Stationäre Altenpflege | 44,6 | 60,9 |
| Ambulante Pflege | 48,4 | 30,6 |
| Art des Trägers | | |
| Privat | 49,8 | 56,2 |
| Frei-gemeinnützig | 45,0 | 38,3 |
| Öffentlich | 5,2 | 5,6 |
| Unternehmensgröße nach Anzahl der Mitarbeiter | | |
| Klein | 47,0 | 33,4 |
| Mittel | 31,8 | 35,4 |
| Groß | 21,2 | 31,2 |
| Schwierigkeiten bei der Suche nach Pflegefachkräften | 55,8 | 71,3 |
| Standort | | |
| Neue Bundesländer | 24,1 | 15,9 |
| Baden-Württemberg, Bayern | 22,3 | 40,5 |

Hochgerechnete Werte auf Basis von Daten aus einer Befragung bei 597 Personalverantwortlichen der Pflegebranche.

| BertelsmannStiftung

Abbildung 8: „Merkmale von Unternehmen mit und ohne Rekrutierungserfahrung im Ausland in den Jahren 2012-2015, Anteile an allen Unternehmen des Rekrutierungstyps in Prozent“ (Azahaf, Najim 2015, Folie 14)

Anhand dieser Tabelle lässt sich ersehen, wie viele Unternehmen bereits Rekrutierungserfahrungen besitzen und welchen Beweggrund es gibt, bei der Anwerbung von Pflegefachkräften nicht nur überregional, sondern auch international vorzugehen. Es gab und gibt weiterhin Schwierigkeiten, geeignetes Personal zu finden, so dass die Prozesse der Rekrutierung von ausländischem Fachpersonal immer mehr ausgeweitet werden. Hier können Unternehmen, welche noch keine Erfahrungen in dem Prozess der Rekrutierung besitzen, von den Unternehmen mit Rekrutierungserfahrung lernen.

Es lässt sich auch ein Bereich nennen, welcher tatsächlich am meisten Rekrutierungserfahrungen (bisher) besitzt, nämlich die stationäre Altenpflege.

Unterschiede ergeben sich auch nach Art der Trägerschaft. So haben Einrichtungen aus privater Trägerschaft in den letzten Jahren überdurchschnittlich oft versucht, im Ausland zu rekrutieren.

Bemerkenswert erscheint auch, dass es deutliche regionale Unterschiede bei der Bereitschaft, international zu rekrutieren, gibt. Die Bereitschaft in den neuen Bundesländern ist dabei unter dem gesamtdeutschen Durchschnitt.

Die Erfolgsquote bei der Rekrutierung von ausländischem Pflegepersonal liegt innerhalb der Europäischen Union höher als von außerhalb der Europäischen Union. Als wichtiges Land wird in vielen Studien und Umfragen Spanien angegeben, gefolgt von Polen, Kroatien, Rumänien, Italien und Griechenland.

Bei den Einrichtungen, die auch auf osteuropäische Länder außerhalb der EU und den asiatischen Raum schauen, werden vor allem Bosnien und Herzegowina, Ukraine, Russland, Moldawien, China, Philippinen und Vietnam bevorzugt.

Welche Probleme bei der Rekrutierung auftreten, zeigt sich meist erst, wenn der Prozess bereits begonnen hat. Viele Arbeitgeber klagen über den hohen finanziellen und zeitlichen Aufwand, sprachliche Verständigungsprobleme, aber vor allem über falsche Vorstellungen der Bewerber aus dem Ausland.

Schwierigkeiten, vor allem bei Ländern außerhalb der EU, ergeben sich aber auch bei den Formalitäten, z.B. bei der Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen, bei der Erteilung der Zuwanderungserlaubnis etc.

Zwar klagen auch die Unternehmen, welche aus der EU rekrutieren, über diese Problematik, jedoch zu einem weitaus geringeren Prozentsatz, wie in folgender Tabelle zu sehen ist:

| Probleme durch... | Rekrutierungserfahrung | |
|---|------------------------|-----------------------|
| | innerhalb der EU | auch außerhalb der EU |
| Bürokratie | 72,1 | 82,7 |
| Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten | 64,4 | 63,0 |
| Rechtliche Unsicherheiten | 51,7 | 56,2 |
| Falsche Vorstellungen der Bewerber | 54,9 | 47,1 |
| Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Qualifikationen | 66,0 | 53,2 |
| Hohen Zeitaufwand | 74,1 | 71,5 |
| Hohen finanziellen Aufwand | 58,3 | 50,7 |
| Schwierigkeiten bei der Anerkennung ausländischer Qualifikationen | 37,7 | 66,5 |
| Schwierigkeiten bei der Erteilung der Zuwanderungserlaubnis | 16,8 | 60,3 |

Anteilswerte beziehen sich auf die Gesamtheit der Unternehmen mit Rekrutierungserfahrung im Ausland.
Hochgerechnete Werte auf Basis von Daten aus einer Befragung von 597 Personalverantwortlichen der Pflegebranche.

BertelsmannStiftung

Abbildung 9: Häufigkeit auftretender Probleme bei der Rekrutierung im Ausland in Prozent (Bonin et.al. 2015, S. 24)

Auch die Pflegefachkräfte selbst sehen sich mit behördlichen Schwierigkeiten konfrontiert, wenn sie einmal eingereist sind. Die Personalverantwortlichen versuchen sie selbstverständlich zu unterstützen, sehen diese Problematik aber auch.

Dies führt natürlich wiederum zu einer langsameren Integration der Bewerber.

Besonders unverständlich sind die Problematiken bei Bewerbern aus der EU, angesichts der Arbeitnehmerfreizügigkeit.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, welche Probleme Arbeitgeber bei der Aufnahme von ausländischen Pflegekräften sehen:

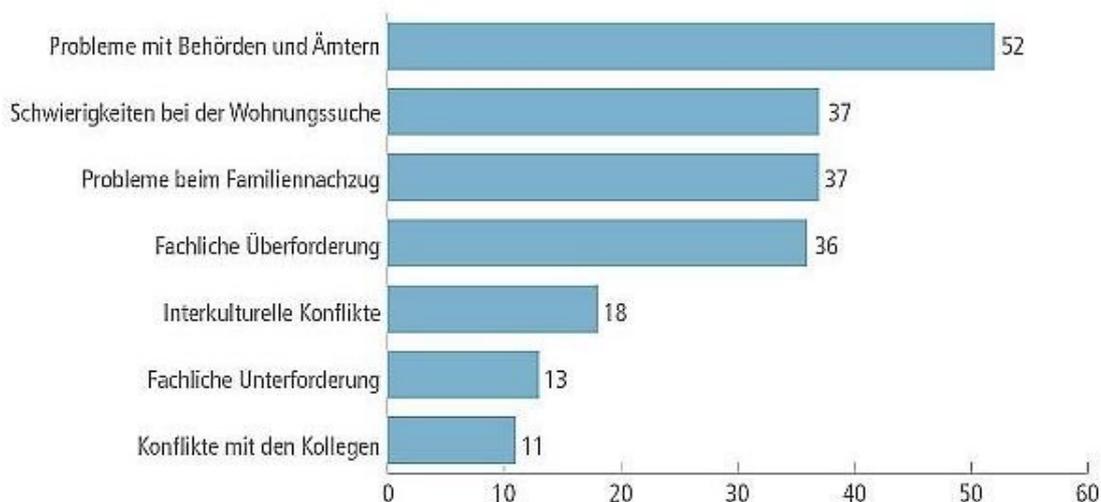


Abbildung 10: Häufigkeit verschiedener Anfangsprobleme von im Ausland rekrutierten Pflegekräften aus Sicht der Personalverantwortlichen in Prozent: „Die Anteilswerte beziehen sich auf die Gesamtheit der Unternehmen, die in den letzten drei Jahren erfolgreich Pflegefachkräfte im Ausland rekrutiert haben. Hochgerechnete Werte auf Basis von Daten aus einer Befragung von 597 Personalverantwortlichen der Pflegebranche“ (Bonin et al. 2015, S. 48)

Das Projekt Triple Win, in dieser Dissertation bereits beschrieben, war Vorreiter staatlich geförderter Rekrutierungsprojekte.

So kann ein Interview mit den Main-Kinzig-Kliniken angeführt werden und weiteren Aufschluss über die Erfahrungen mit ausländischen Pflegekräften geben (vgl. Fabrizio, Silke). Frau Fabrizio erklärt darin, dass alle Fachkräfte auf Deutschland sehr gut vorbereitet waren, sowohl sprachlich als auch fachlich und kulturell. Die Deutschkenntnisse der vermittelten Fachkräfte hätten von Anfang an ein gutes Niveau gehabt, so sei es natürlich auch besser mit der Integration gelaufen. "Die an uns vermittelten Fachkräfte verfügen nicht nur auf dem Papier, sondern auch in der Realität über die Kenntnisse, die Ihnen bescheinigt wurden".

Bezugnehmend auf eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie "Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft" 2012, können verschiedene Erfahrungen mit unterschiedlichen Kulturen in Deutschland dargestellt werden.

So beziehen sich die Erfahrungen mit indischen Pflegekräften größtenteils auf

Erfahrungen mit indischen Ordensschwestern, welche von ihren Orden in eine deutsche Niederlassung entsandt wurden. „Da in Indien Ältere traditionell verehrt werden (sie gelten als Sinnbild der Weisheit und Liebe), kann davon ausgegangen werden, dass sich indische Pflegekräfte die Inhalte der Ausbildung zur Versorgung und Betreuung, speziell in der Altenpflege, mit großem Engagement und Eifer aneignen werden. Auch von Leitungskräften wird die positive Einstellung indischer Pflegekräfte gegenüber pflegebedürftigen Menschen sehr hochgelobt und betont. So bauen sie schneller eine sehr hohe emotionale Bindung zu den Pflegebedürftigen auf. Im Gegensatz zu dieser besonders liebe- und würdevolle Zuwendung der indischen Kräfte. wird der ‚Dienst nach Vorschrift‘ der deutschen Pflegekräfte oft beklagt“ (ebd. S. 32f.).

Im Hinblick auf die asiatische Gemeinschaft allgemein kann gesagt werden, dass die meisten Mitglieder aus Vietnam (ca. 84.000 leben bereits in Deutschland) stammen. Ihnen wird auch im Allgemeinen bescheinigt, dass sie sich sehr gut in die deutsche Aufnahmegesellschaft integrieren. Eine gute Grundbildung kommt noch hinzu. Auch hier genießen ältere Menschen ein hohes Maß an Wertschätzung, da sie als „Bewahrer der Tradition“ gelten. Daher gilt im pflegerischen Bereich der würdevolle und respektvolle Umgang als vorrangiges Merkmal für vietnamesische Pflegefachkräfte (vgl. ebd. S. 34).

Die Philippinen gelten als der „weltweit größte Exporteur von Pflegekräften“. Hervorzuheben in persönlicher Einschätzung ist hier, dass es zu keinen bzw. geringen Integrationsproblemen gekommen ist, sie lernen verhältnismäßig schnell die deutsche Sprache und passen sich leicht den neuen beruflichen und privaten Gegebenheiten an. Überwiegend werden sie als Bereicherung und Entlastung für den Fachkräftemangel angesehen (vgl. ebd. 34f.). Auch bei den koreanischen Pflegekräften lässt sich sagen, dass sie sich gut in die deutsche Gesellschaft integrieren (ebd. S. 36).

Negativ können, wenn überhaupt, die sprachlichen und pflegfachlichen Hemmnisse genannt werden, welche aber auch als fortschreitender Prozess gesehen werden müssen. Defizite und Hürden werden durch eine gute Integration, welche als Mobilität begriffen werden sollte, abgebaut. (vgl. BMWT 2012)

4.6.4. Pflegepersonal aus dem Ausland aus Sicht der Verbände:

Die Rekrutierung von Pflegepersonal aus dem Ausland wird von den Verbänden auch kritisch gesehen und unterschiedlich gehandhabt. Dazu einige Beispiele:

DBfK: „Pflegekräfte aus dem Ausland sind nicht die Lösung“

Laut Ansicht des Dt. Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK 2013) ist ein Anwerben ausländischer Fachkräfte dann anzustreben, solange sie entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden. Zu bedenken ist hier, dass Fachkräfte aus Drittstaaten

die Grundpflege nicht gewöhnt sind. In Deutschland gehört es zu ihren Aufgaben.

Sowohl der DBfK als auch die AWO äußerten sich 2013 in mehreren Pressemitteilungen zum Einsatz ausländischer Fachkräfte. Diese kamen offensichtlich aus Europa, es ist hier von Spanien, Italien und Serbien die Rede.

Der Einsatz wird kritisch gesehen. Zum einen sei es kein Allheilmittel, sondern Deutschland müsse selbst sehen, dass es über ausreichend Fachkräfte in der Pflege verfügt. Zwar seien diese Fachkräfte aus den genannten Ländern zunächst froh Arbeit zu haben, jedoch würden aus Sicht der Verantwortlichen beim DBfK und der AWO die Probleme schnell anfangen.

Zum anderen seien die Fachkräfte aus anderen europäischen Ländern pflegerisch anders sozialisiert. Sie haben eine tertiäre Ausbildung an der Universität durchlaufen und die Aufgabenstellung in der Pflege decke sich nicht mit deutschen Aufgaben.

So gehöre die Grundpflege nicht dazu und vieles, was sie im Herkunftsland gemacht haben, dürfen sie in Deutschland plötzlich nicht mehr machen. Auch müsse bei der Integration dringend an der Kommunikation zwischen deutschen Kollegen und ausländischen neu eingereisten Fachkräften gearbeitet werden.

AWO (vgl. AWO Bundesakademie 2013)

Einrichtungen und Träger der AWO haben unterschiedliche Meinungen zur Fachkräfteanwerbung. Einige beteiligen sich an Rekrutierung, andere sehen es als nicht sinnvollen Weg zur Deckung des Fachkräftemangels an, sie wollen lieber inländisches Personal motivieren. Für sie stellt die Anwerbung von ausländischen Arbeitskräften

- „alleine noch keine Strategie gegen den Fachkräftemangel dar, sie darf nicht zur Absenkung qualitativer Standards in der Pflege führen, darf nicht zur Rechtfertigung eines Lohndumpings herangezogen werden und setzt eine große Verantwortung aller Beteiligten voraus“

Bedingung sei

- „eine intensive Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der Anwerbung für die Heimatländer, für die Angeworbenen, für die Einrichtungen und ihre Mitarbeiterschaft, für die zu Pflegenden sowie für die Gesellschaft insgesamt.“ Und weiter:

„Die Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten darf nicht dazu führen, dass der Status Quo, insbesondere hinsichtlich der Finanzierung von Pflege und des Lohnniveaus bei Pflegekräften, zementiert und die Zuwanderung instrumentalisiert wird, um dem gesellschaftlich bestehenden dringenden Handlungs- und Reformdruck auszuweichen. Zuwanderungsrecht kann und darf nicht strukturelle Probleme des Arbeitsmarktes lösen.“ Das Ziel sollte immer sein, das Qualitätsniveau der Pflege

aufrecht zu halten. Zudem sei zu beachten, dass das Qualifizierungsniveau oft ein Hochschulabschluss und damit höher als das der deutschen Kolleg*innen sei.

„Der Einsatz ausländischer Fachkräfte in der deutschen Altenpflege bedarf daher einer inhaltlichen und mentalen Vorbereitung, da es sonst zu falschen Erwartungen und damit verbundenen Enttäuschungen sowohl von Seiten der Angeworbenen als auch des Arbeitgebers kommen kann“. Die Forderung der AWO besteht daher auch in einem Tarifvertrag, der eine gleiche Bezahlung bei gleicher Qualifikation garantiert. (vgl. ebda.)

DRK

DRK Baden:

„Besonders kontrovers diskutiert wird in Politik, Gesellschaft und Fachöffentlichkeit das Instrument der ‚gesteuerten Zuwanderung‘ von Fachkräften aus dem Ausland. Hier gilt es, mehrere Aspekte zu beleuchten: Zuwanderung als Arbeitsmarktinstrument, Zuwanderung – auch in den Arbeitsmarkt – als Folge der Freizügigkeit innerhalb der Länder der EU sowie im Rahmen globaler Migrationsbewegungen und schließlich Aspekte der Integration der zugewanderten Menschen und ihrer Familien. Bei der Anwerbung von Menschen aus anderen Ländern sollten die Erfahrungen aus der sogenannten ‚Gastarbeiteranwerbung‘ genutzt werden.

Dass ausländische Arbeitskräfte lediglich als Instrument der Arbeitsmarktregulierung gesehen werden, birgt die hinlänglich bekannten negativen Folgen für die Zugewanderten wie für das Aufnahmeland.

Um dies zu vermeiden, müssen einerseits ausreichende Integrationsmöglichkeiten geschaffen werden, andererseits die Gesellschaft des Aufnahmelandes auf einen weiteren Zuzug vorbereitet werden.

Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung in allen Lebens-, Lern- und Arbeitsbereichen gehören ebenso dazu wie die entsprechenden gesetzlichen Regelungen zum Aufenthalt, zum Spracherwerb oder zur Beschäftigung.“ [...]

Das Badische Rote Kreuz sieht sich in der ethischen und moralischen Verpflichtung, nicht dort Fachkräfte gezielt anzuwerben, wo diese in den Ländern selbst gebraucht werden. "Gleichzeitig sollen die Menschen, die zu uns kommen, um hier zu arbeiten – und um hier zu leben – die Chance auf Partizipation an unserer Gesellschaft haben. Das Badische, wie das Deutsche Rote Kreuz, können ihre Kompetenzen in diese spannungsreiche Diskussion gesellschafts- und sozialpolitisch sinnvoll einbringen. (DRK NRW, Presse 2016)

Der DRK-Landesverband Nordrhein unterstützt Kreisverbände, die Träger von Pflegeeinrichtungen sind, bei der Anwerbung ausländischer Fachkräfte aus dem EU-Raum. Ziel ist ein strategisches Personalmanagement zur Sicherung der erforderlichen

personellen Vorhaltungen.

Ein Anwerben von Pflegekräften aus Ländern, die selbst Mangel an Pflegepersonal haben, lehnt das Deutsche Rote Kreuz jedoch aus humanitären Gesichtspunkten ab. Um also sicherzustellen, dass nur Fachkräfte aus Ländern angeworben werden, in denen Pflegekräfte zurzeit Schwierigkeiten haben, eine Anstellung zu finden, kooperiert das DRK mit EURES (EUROpean Employment Services), dem 1993 gegründeten, europaweiten Netzwerk zur Förderung der Mobilität im Bereich des Arbeitsmarktes.“ “ (DRK Baden, o.J.)

Zu den Partnern des Netzwerks gehören öffentliche Arbeitsverwaltungen, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände. Das Netz wird von der Europäischen Kommission koordiniert.

Partner in Deutschland ist die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV), eine Einrichtung der Bundesagentur für Arbeit. Zum Unterstützungsangebot des Landesverbandes gehören u.a. eine zentrale Stellenausschreibung im EURES-Netzwerk sowie die Beratung der DRK-Einrichtungen bei allen organisatorischen Fragen – von der Bewerbervorauswahl über Regelungen zum notwendigen Spracherwerb bis hin zum Arbeitsvertrag. Wesentlicher Punkt ist eine erfolgreiche Willkommenskultur.

So werden Bewerbern dreitägige Hospitationen in den Einrichtungen angeboten, damit sie Umfeld und Arbeitssituation in Ruhe kennenlernen können. Entscheiden sie sich für eine Mitarbeit, erhalten sie Hilfen bei Umzug und Wohnungssuche. Darüber hinaus steht ihnen in der jeweiligen Einrichtung ein Integrationsscout für alle Fragen rund um das Leben und die Arbeit im neuen Land zur Seite.

Dieses Konzept beruht auf den positiven Erfahrungen eines vorangegangenen Pilotprojekts des Landesverbandes in den Jahren 2014 und 2015: Von den neun angeworbenen Fachkräften arbeiten noch heute sechs in DRK-Einrichtungen“ (DRK Baden).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Anzahl der nach Deutschland kommenden Pflegekräfte in Bezug auf die Herkunftsländer stark unterscheiden:

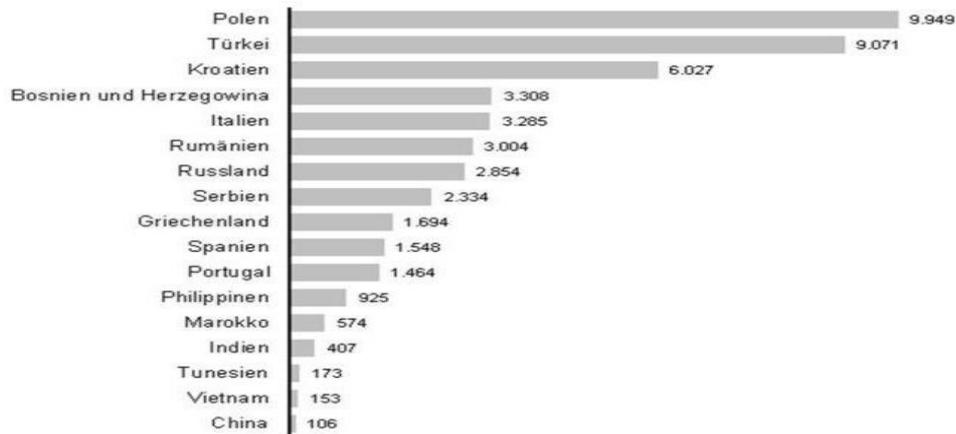


Abbildung 11: „Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräfte mit ausländischer Staatsbürgerschaft nach Staatsangehörigkeit 2013“ (Bonin et.al. 2015, S. 31)

Für ausgewählte Länder und Regionen ergeben sich lt. einem Bericht der BGW (Merda et.al. 2014 S. 27 f.) folgende Einschätzungen:

- Mittel- und langfristig wird die Zuwanderung aus dem südeuropäischen Raum (Griechenland, Italien, Portugal, Spanien) aufgrund demografischer Entwicklungen abnehmen, da in diesen Ländern der Bedarf an Pflegekräften ähnlich ansteigt wie in Deutschland.
- Eine ähnlich abnehmende Tendenz von Zuwanderern findet sich in Mittel- und Osteuropa (Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Polen, Rumänien, Russische Föderation).
- Vorderasien (Türkei):
Türkische Krankenschwestern sind in Deutschland nicht in der Überzahl. Das ist auch darin begründet, dass der türkische Staat sich des Mangels bewusst ist und hier die Migration nicht unterstützt wird.

4.6.5. Zusammenfassung/Ausblick:

Der Pflegenotstand existiert schon seit Jahren, es gab und gibt nicht genug Pflegefachkräfte und auch die frisch ausgebildeten Kräfte verlassen schnell wieder ihren Job. Dadurch und auch durch die Fallpauschalen verstärkt sich die Belastung eines jeden in der Pflege stetig.

Die große Nachfrage nach qualifiziertem Personal führte 2019 zum **Fachkräfteeinwanderungsgipfel im Bundeskanzleramt**, mit dem Ziel, mehr ausländische Fachkräfte langfristig für den deutschen Arbeitsmarkt zu gewinnen. „Politik und Wirtschaft stehen gemeinsam in der Verantwortung, Fachkräfte für unser Land zu gewinnen,“ erklärte Innenminister Seehofer. "Dafür muss die Wirtschaft die

Möglichkeiten des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes aktiv nutzen. Nur so können wir qualifizierte Fachkräfte aus dem Ausland gewinnen und dauerhaft in Deutschland halten" (bmi.bund 2019).

Dazu werden folgende Vorhaben genannt: „Um das Interesse ausländischer Fachkräfte zu wecken, sollen die attraktiven Arbeits- und Lebensbedingungen in Deutschland sichtbarer gemacht werden. [...] Die Unternehmen sollen mehr offene Stellen für die Rekrutierung ausländischer Fachkräfte melden und Qualifizierungsmaßnahmen in eigenen Bildungseinrichtungen und Betrieben ausbauen.

Von Seiten der Politik wolle man vor allem Verwaltungsverfahren bei der Anerkennung von Abschlüssen und der Vergabe von Visa beschleunigen.“ (Bmi.bund 2019)

In Deutschland ist es nicht zum ersten Mal so, dass Pflege- und Krankeneinrichtungen über Unterbesetzung klagen. In den sechziger Jahren erreichte die Konjunktur in Westdeutschland Spitzenwerte. Dies führte in vielen Branchen zu einem Fachkräftemangel. Der Bedarf an Pflegekräften war so groß, dass eine ausreichende Gewinnung von Auszubildenden für Pflegeberufe unmöglich schien. 1965 waren 30.000 Stellen in der Krankenpflege offen. Die Bundesregierung befasste sich daher mit der Anwerbung von Pflegefachpersonal aus dem Ausland, um dieses Problem zu lösen - zu großen Teilen bereits damals mit Pflegekräften aus dem asiatischen Raum. Damit wird sich das nächste Kapitel befassen.

5. Beschreibung der Situation und Erfahrungen mit asiatischen Pflegekräften am Beispiel der Philippinen

Deutschland buhlt neben anderen Ländern um die qualifizierten Arbeitskräfte aus dem Ausland. Neben ausgefeilten Konzepten bedarf es attraktiver Anwerbebedingungen, um sich als erstrebenswerten Standort zu präsentieren.

Schon in den 60er Jahren kam das Wort des „Pflegetnotstandes“ auf, gab es scheinbar nicht genug Fachkräfte in der Pflege. Deutschland brachte über sogenannten Anwerbungsverträge ab ca.1962 zunächst koreanische Krankenschwestern und später indische und philippinische Krankenschwestern nach Deutschland. Über diese Verträge kamen zwischen 1200-3000 Krankenschwestern aus diesen Herkunftsländern nach Deutschland. Das war sicher eine Hilfe und Erleichterung für das deutsche Pflegesystem, dennoch blieben viele Stellen vakant.

Auch verfügten die genannten Länder nicht über einen Überschuss an Krankenschwestern. Indem ihre eigenen Krankenschwestern ins Ausland gingen, blieben eigene offene Stellen- insbesondere im ländlichen Bereich- unbesetzt.

Pflege auf den Philippinen

Eine sehr hohe Zahl von ausländischen Pflegekräften im Vergleich zu anderen Ländern kommt aus den Philippinen. Aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen und schlechter Bezahlung sowie fehlender Arbeitsplätze im eigenen Land gingen zwischen 1993 und 2009 insgesamt rund 145.000 philippinische Pflegekräfte ins Ausland (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi 2012, S. 34).

5.1. Geschichte der Hochschulen und der Pflegeausbildung

Die Philippinen waren das erste Land in Asien mit europäischen Hochschulen. 1611 wurde in Manila das Colegio de Santo Tomás von Dominikanern gegründet. Es entsprach den spanischen Ordenskollegien und diente zunächst vor allem der höheren Bildung von Priestern. 1734 erhielt es das Recht, akademische Grade in zivilem und kanonischem Recht zu erteilen. 1871 wurde in Folge der liberalen Hochschulreform in Spanien das Colegio zur Universidad de Santo Tomás, zu der auch eine Ärzteschule gehörte. 1907 wurden die Philippinen amerikanische Kolonie und 1909 entstand, ebenfalls in Manila, die University of Manila.

Sie entsprach im Großen und Ganzen dem Modell der amerikanischen Landwirtschafts- und Ingenieur-Colleges und lehrte neben grundlegenden geisteswissenschaftlichen

Fächern vor allem praxisorientierte wie Veterinärmedizin, Handel, Krankenpflege, Journalismus.

Neben diesen zwei Universitäten gab es Missionshochschulen wie das Ateneo de Manila, das 1859 als Primärschule gegründet und 1865 von den Jesuiten durch einen zum Baccalaureus artium führenden Studiengang erweitert worden war, sowie 1959 als Universität anerkannt wurde.

Das protestantische Gegenstück war das 1907 gegründete Union Theological Seminary. Daneben florierten Privathochschulen, die von ihren Eigentümern unternehmerisch geführt wurden. Die führende Einrichtung auf diesem Gebiet, die Far Eastern University, erhielt 1933 den Status einer Universität.

Die Ausbildung

Auf den Philippinen gibt es die vierjährige tertiäre Ausbildung, welche in weiten Teilen der theoretischen deutschen Ausbildung entspricht. Nach der tertiären Ausbildung erfolgt eine Praxisphase in einer der Kliniken. Daher entspricht die philippinische Ausbildung nicht der deutschen dualen Ausbildung.

Die pflegerischen Tätigkeiten, welche eine Gesundheits- und Krankenpflegerin in Deutschland während der Arbeitszeit tätigt, kennen die philippinischen Krankenschwestern nicht. Sie verrichten die Behandlungspflegen und - anders als in Deutschland- wird die Grundpflege von Abteilungshilfskräften verrichtet. (Kirnbauer, Kurzfassung und exemplarischer Verlauf der Pflegeausbildung (vgl. cimonline.de 2014)

Exemplarischer Verlauf der Pflegeausbildung (vgl. cimonline.de 2014):

Die Ausbildungsdauer beträgt 4 Jahre und beinhaltet neben einem theoretischen Teil an einer der Universität angegliederten Krankenpflegeschule auch einen klinischen Teil. Die Voraussetzungen dazu sind die Höhere Bildungsstufe, Alter zwischen 16 und 18 Jahre, das erfolgreiche Bestehen des Philippinischen Colleague Assessment Tests (UPCAT).

Die Ausbildung beinhaltet allgemeinbildende Inhalte, krankenpflegespezifische Inhalte und die persönliche, moralische und soziale Entwicklung. Zu den krankenspezifischen Inhalten gehören die Grundlagen der Krankenpflege, Versorgung von Menschen mit allen eingelieferten Krankheitsbildern.

Theoriestunden gesamt: 2106 Stunden

Praxisstunden gesamt: 1578 Stunden

Demgegenüber steht das traditionelle Gesundheitsverhalten der Bevölkerung, vor allem in ländlichen Gebieten:

5.2. Allgemeine und traditionelle Medizin

Mary Lou Hardillo und Rainer Werning beschreiben auf ihrer Website www.liportal.de, auf die ich mich in den folgenden zwei Abschnitten beziehe, das philippinische Gesundheitswesen sehr anschaulich.

Viele Philippinos waren demzufolge in ihrem ganzen Leben noch nie bei einem Arzt. „Sie greifen lieber auf ihre vertrauten "Hilot", die als traditionelle Heiler meist großes Ansehen in den ländlichen Kommunen genießen, oder alternative Healing-Techniken zurück“. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die zutiefst gläubigen, religiösen, doch gleichzeitig auch abergläubischen Philipinos keinen Widerspruch darin sehen, unerklärliche (Krankheits-)Phänomene als von äußeren Medien, gar "kulam" (Hexenmacht) gesteuert zu betrachten, zu deren Abwehr sich schützende "anting-anting" empfehlen.

Das von der Regierung Jahre 1997 verabschiedete „Gesetz zur Gründung des Philippine Institute of Traditional and Alternative Health Care“, der Traditional and Alternative Medicine Act of 1997, TAMA besagt u.a.:

"It is hereby declared the policy of the State to improve the quality and delivery of health care services to the Filipino people through the development of traditional and alternative health care and its integration into the national health care delivery system. It shall also be the policy of the State to seek a legally workable basis by which indigenous societies would own their knowledge of traditional medicine. When such knowledge is used by outsiders, the indigenous societies can require the permitted users to acknowledge its source and can demand a share of any financial return that may come from its authorized commercial use." " (Hardillo, M.I.; Werning, R.)

PITAHC setzt sich nach Hardillo/Werning zudem dafür ein, „wissenschaftlich fundierte Kräutermedizin“ zu nutzen. Für Mediziner und Therapeuten gehören diese Behandlungsmethoden seit Langem zum allgemeinen Repertoire ebenso wie Akupunktur, Akupressur und chinesische Massage.

Staatliche Gesundheitsversorgung

Nach Aussagen der Autoren stellt sich das philippinische Gesundheitssystem vor allem für die einfache Bevölkerung als äußerst prekär dar: Es verfügt nicht mehr über eine ausreichende Zahl an Ärzten, weil die Abwanderung ins Ausland hoch ist.

„Während zwar über 60 Prozent der Bevölkerung über die Philippine Health Insurance

Corporation gesetzlich krankenversichert sind (wobei lediglich die Basisversorgung gewährleistet ist), hat jedoch kaum die Hälfte der Bevölkerung Zugang zur Gesundheitsversorgung.

In den vergangenen Jahren war lediglich ein Prozent des nationalen Haushalts für das öffentliche Gesundheitssystem vorgesehen. Die staatlichen Krankenhäuser sind meist unterfinanziert und in einem Zustand, der viel zu wünschen übriglässt. Wohlhabende und Ausländer bevorzugen gleich die privat gemanagten und technisch gut ausgestatteten Krankenhäuser.

Medikamente und Behandlungskosten müssen von Patienten selbst bezahlt werden, Anzahlungen vor Beginn der Behandlung sind üblich. Nicht selten kommt es vor, dass schwerkranke Patienten buchstäblich vor den Krankenhaustoren sterben, weil sie eine solche Auflage nicht erfüllen können.

Seit 1947 existiert das Social Security System, das gegenwärtig etwa 27 Millionen Mitglieder zählt, bei weitem aber dem Löwenanteil der Bevölkerung keinen ausreichenden Schutz garantiert.

Verhütungsmethoden und HIV/AIDS sind überaus heikle Themen in einer Gesellschaft, die wesentlich römisch-katholischen Glaubens ist und deren Kirchenhierarchie angesichts religiöser Vorbehalte und aufgrund ihrer sehr konservativen Grundhaltung den Gebrauch von Kondomen und anderen Verhütungsmitteln untersagt - und deren Priester dagegen harsche Worte von den Kanzeln predigen.

Allerdings gibt es Handlungsansätze im AIDS Surveillance and Education Project in the Philippines, um im Sinne einer HIV/AIDS-Prävention - auch im Hinterland - zu wirken. In den vergangenen Jahren erregten zwei Meldungen besonderes Aufsehen. Zum einen kommt es immer häufiger vor, dass Menschen - darunter auch schon Kinder und Jugendliche - Organe (hauptsächlich Nieren) an wohlhabende Philippinos und/oder begüterte Ausländer/innen verkaufen und selbst in solchen trostlosen Fällen betrogen werden.

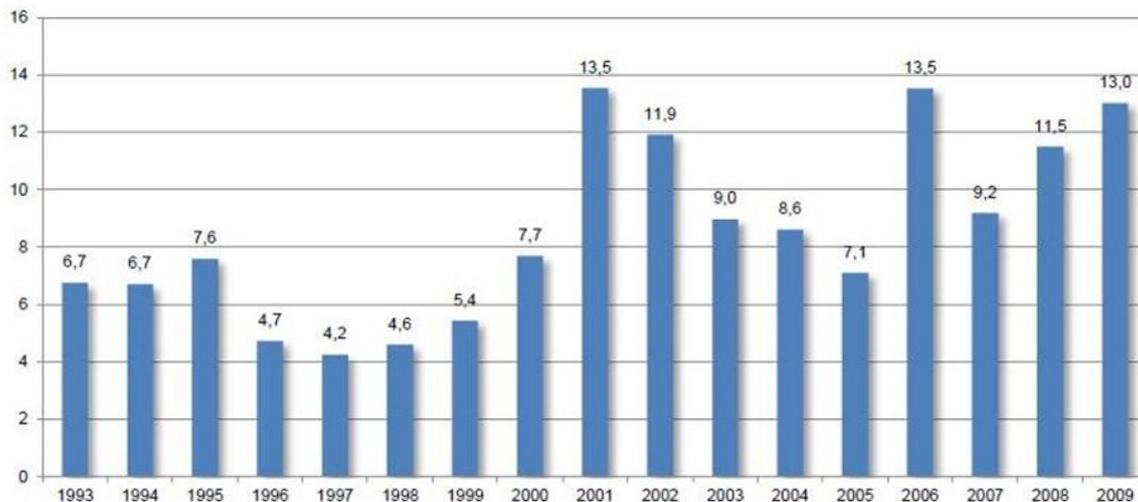
Andererseits sind über 40 Gesundheitsarbeiter/innen und Ärzte von staatlichen Sicherheitskräften unter dem fadenscheinigen Vorwand festgenommen und inhaftiert worden, weil man sie für Sympathisanten/innen der Kommunistischen Partei (CPP) und ihrer Guerilla, der Neuen Volksarmee, hielt.

Bereits während der Marcos-Diktatur war medizinisches Personal wiederholt ins Visier staatlicher Überwachung und Repression geraten, wenn es sich im Sinne gemeinwesenorientierter Basismedizin für die Belange der Schwachen, Armen und Marginalisierten in der Gesellschaft einsetzte. Mehrere Ärzte mussten dieses Engagement mit ihrem Leben bezahlen". (Hardillo, M.I.; Werning, R.).

5.3. Die Philippinen – weltweit größter Exporteur von Pflegekräften

Unter diesen Bedingungen verwundert es nicht, dass die Philippinen global zu den größten Exporteuren von Pflegekräften zählen. „Die meisten philippinischen Pflegekräfte werden nicht für eine Tätigkeit im Inland, sondern für eine Tätigkeit im Ausland ausgebildet“. (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) 2012, S. S. S. 34)

Zwischen 1993 und 2009 zog es insgesamt rund 145.000 philippinische Pflegekräfte ins Ausland, davon 19.000 nach Deutschland (ebda.).



Darstellung nach Daten von Philippine Overseas Employment Administration 1994-2010.

Abbildung 12: Zahl der jährlich neu auswandernden philippinischen Pflegekräfte in Tausend seit 1993 (BMWT 2012, S. 37)

„Zwischen 1950 und 1970 stieg die Zahl der Krankenpflegeschulen auf den Philippinen von 17 auf 140 an, ebenso wuchsen die Kosten der Ausbildung.

Obwohl die Zahl der Studierenden ab den 1970er Jahren sank, beendeten zwischen 1979 und 1988 mehr als 65.000 KrankenpflegerInnen ihre Ausbildung auf den Philippinen: „For many Filipinos, becoming a nurse is seen as a way to secure meaningful employment abroad rather than pursuing professional practice at home.“

„Die philippinische Regierung unterstützt die Migration von Pflegekräften; insbesondere aus ökonomischen Gründen. Im Jahr 1993 berichtete Lindquist (1993) davon, dass im Ausland lebende philippinische Pflegekräfte 800 Mio. US-Dollar in die Heimat transferierten. Für das Jahr 2004 schätzen Lorenzo et al. (2007), dass an 350 Pflegeschulen ca. 10.000 Pflegekräfte ihren Abschluss erlangt haben.

Im selben Jahr sind rund 8.600 Pflegekräfte ausgewandert. [...])

Dabei wandern nicht nur ursprünglich in der Pflege ausgebildete Fachkräfte aus, sondern auch Ärzte, Lehrer und Anwälte, die sich aufgrund besserer

Auswanderungsmöglichkeiten zu Pflegekräften umschulen lassen“ (Merda et.al.2012, S. 61)

Auch Kirnbauer stellt als Folge der Abwanderungen einen signifikanten Mangel an Krankenpflegerinnen im eigenen Land fest, so dass bereits philippinische Krankenhäuser schließen mussten. (Kirnbauer 2010, S. 40).

6. Untersuchung der Forschungsfrage am Beispiel des Projektes „Chinesische Krankenschwestern für Deutschland“

6.1. Die Entwicklung der chinesischen Krankenpflege und ihrer Ausbildung

Die Entwicklung der chinesischen Krankenpflege kann als eine Geschichte der Professionalisierung der verschiedenen Pflegeberufe in der Neuzeit und der Gegenwart betrachtet werden. Sie ist gleichzeitig auch eine Geschichte der chinesischen pflegerischen Ausbildung. In den meisten chinesischen wissenschaftlichen Artikeln und Literaturen über die Geschichte der Pflege sowie der Pflegeausbildung werden die beiden chronologisch zusammen wie siamesische Zwillinge untersucht.

Im Folgenden sollen die Entwicklung der chinesischen Pflege und der Pflegeausbildung bis heute sowie die sich daraus ergebenden Herausforderungen und Entwicklungstrends beschrieben werden.

6.1.1. Chinas Medizin und Pflege im Altertum (vor 1835)

In den alten chinesischen medizinischen Monografien existiert das Wort Pflege nicht, somit ist kaum etwas über die sogenannte Pflege und die Ausbildung bekannt. Wie in anderen Ländern auf der Welt etablierte sich die Pflege in China ebenfalls erst spät als eigenständiger Bereich und Studienfach an den Hochschulen. Zuvor stand die Geschichte der chinesischen Krankenpflege in enger Verbindung mit der Entwicklung der chinesischen Medizin. Beide entwickelten sich auf einem gemeinsamen Weg.

Eine wichtige Basis für traditionelle chinesische Medizin war das Goldprinzip „san fen zhi, qi fen yang“³, das an die heutige „Pflege“ erinnert. Zhi heißt hier „die medizinische Behandlung“ und Yang bedeutet, sich um die psychosoziale Gesundheit der Menschen zu kümmern.

Das alte Goldprinzip betont nicht nur das Zusammenspiel der medizinischen Behandlung und der passenden „Pflege“, sondern auch das Verhältnis zwischen den beiden: um die Patienten wiederherzustellen, sollte Yang nämlich die Pflege siebzig Prozent von allen Aufgaben übernehmen, während die medizinische Behandlung Zhi die anderen dreißig Prozent ausmachen sollte.

Die verschiedenen Aspekte von „Yang“ wurde in einer Menge früherer chinesischer Medizinbücher beschrieben. Ein Beispiel ist das Si Ji Yao Yu (vgl. Qian Xiang). In diesem frühesten Buch über die chinesische traditionelle Pflege erklärt Qian Xiang die wichtigsten Regelungen der Pflege, von der Betreuung des emotionalen

³ Nach einer Vermutung stammt das Wort vom Hofarzt Liu Chun (1363-1489) aus der Ming-Dynastie. Allerdings lässt sich die ursprüngliche Herkunft dieses Prinzips nicht mehr finden.

Wohlbefindens, über den Lebensstil, die Krankheit bis zur Medikamentenverwaltung der Patienten, die heute noch sinnvoll sind.

Laut Si Ji Yao Yu sollten z.B. Familienmitglieder bzw. Pflegekräfte des Patienten ihre eigenen Emotionen kennen und diese vor dem Patienten kontrollieren (vgl. Fu/Chen 2001. S. 2-10). Die Einflüsse der Musiktherapie werden auch in diesem Buch betont. Wenn man nämlich aufgrund der Krankheit nicht einschlafen konnte, konnte an der Stelle ein schönes Pipa-Stück⁴ helfen (vgl. ebd.).

Außerdem erläuterte Qian Xiang ebenfalls in seinem Buch über die Medikamentenverwaltung, wie man die Medikamente richtig kochen, braten und einnehmen soll (vgl. ebd.). Andere Bücher, die chinesische traditionelle „Pflege“ behandeln, sind z.B. Yangshen San Yao-Bingjia Xu Zhi vom Autoren Yuan Kaichan und Chen Xiuyuans Changsha Fang Ge Kuo-Fu Yao Fa Lun, die ebenfalls in der Dynastie Qing veröffentlicht wurden.

Einer der bekanntesten chinesischen Ärzte im Altertum war Huatuo⁵. Sein Name wird in China oft als Synonym für "Shenyi", „Wunderheiler“ angesehen. Er lebte in der östlichen Han-Dynastie und galt als erster Arzt, der Anästhesie bei einer Operation anwandte. Die Arbeit der Pflege wurde von Huatuo und seinen Schülern (In Pinyin: Xuetu) übernommen. Die chinesische „Pflegeausbildung“ im Altertum wurde in ihrer Form als „Meisterschule“ wie bei Huatuo durchgesetzt (vgl. Chen Shou/Fan Ye/Sima Qian S. 233-445).



Abbildung 13: Huatuo (wikimedia.org)

⁴ Pipa ist ein Zupfinstrument der klassischen chinesischen Musik.

⁵ Hua Tuo (145-208), berühmter chinesischer Arzt in der östlichen Han-Dynastie.

6.1.2. Chinas Pflege 1835-1949

Mit zunehmender Einfuhr der westlichen modernen Kultur und wissenschaftlicher Gedanken aus europäischen Ländern und den USA übte die moderne Pflege einen enormen Einfluss auf die chinesische Krankenpflege aus. Im Jahr 1835 wurde das erste westliche Krankenhaus „Das Boji-Krankenhaus“⁶ vom amerikanischen Missionar Peter Parker in Guangzhou, Hauptstadt der Provinz Guangdong organisiert und aufgebaut. Zur gleichen Zeit wurden chinesische Krankenschwestern in kurzen Trainingskursen ausgebildet. Im Jahr 1887 organisierte die amerikanische Pflegekraft McNeice den Pflegekurs in Shanghai, und die westliche Pflege wurde im Krankenhaus in Shanghai eingesetzt.

Ein Jahr später wurde die erste chinesische Pflegeschule, die „Pflegeschule des Krankenhauses der Christengemeinde“ von der amerikanischen Pflegekraft Johnson im westlichen Stil in Fuzhou, Hauptstadt der südlichen Provinz Fujian aufgebaut. Seitdem wurden viele Pflegeschulen, die zur damaligen Christengemeinde gehörten, in zahlreichen großen und mittleren Städten wie Shanghai, Tianjin, Shandong und Hubei gegründet.

Am 10. März 1904 wurde die erste Niederlassung des Roten Kreuzes in Shanghai unter dem Namen „Shanghai International Rotes Kreuz Ausschuss“ gegründet. Der Gründer war der Tee-Händler Shen Dunhe.⁷

Seit der Gründung wurde das Rote Kreuz in Shanghai von Regierungsbeamten, chinesischen Eliten und westlichen medizinischen Arbeitgebern unterstützt. Mehr als einer Viertelmillion Menschen im Nordosten Chinas wurden von dem Roten Kreuz Shanghai geholfen. Bis in die 1920er Jahre gab es in China über 300 Geschäftsstellen des Roten Kreuzes (vgl. Reeves, 2008).

Im Jahr 1909 wurde die einheitliche nationale Pflegeorganisation „Chinesischer Pflegeverband“ (Chinese Nursing Association- CNA - in Pinyin: Zhonghua Huli Xuehui) in der Provinz Jiangxi aufgebaut. In den ersten fünf Jahren des Pflegeverbands bestanden die Mitglieder ausschließlich aus ausländischen Krankenschwestern. Diese Situation dauerte bis zum Jahr 1914. Als der erste nationale Kongress des Verbands stattfand, war Zhong Maofang⁸ die einzige chinesische Krankenschwester.

⁶ Das Boji-Krankenhaus wurde später ins „Krankenhaus Sun Yat-Sen Memorial Kanton“ umbenannt.

⁷ Shen Dunhe (1866-1920) vgl. Informationen im Museum Ningbobang

⁸ Zhong Maofang (1884-?) gilt als die früheste Pflegeexpertin in China.

Im Jahr 1920 wurde die Zeitung der chinesischen Schwestern zum ersten Mal als Publikationsorgan des Pflegeverbands etabliert. Bis zum Jahr 1949 konnte die Zeitung bereits fünfundzwanzig Bände, darunter hunderte Hefte herausbringen. Die Ausgaben dieser Jahrgänge legten ihren Schwerpunkt auf die Pflegearbeit verschiedener Krankenhäuser, die Pflegetechnik sowie die Entwicklung der Pflegeausbildung in China (vgl. CAN 2020). Laut Statistik des chinesischen Pflegeverbands wurden vor der Gründung der Volksrepublik China 183 Krankenpflegesschulen und mehr als 30.000 Krankenschwestern im Chinesischen Pflegeverband registriert (vgl. ebd.).



Abbildung 14: Logo des chinesischen Pflegeverbands (www.zhhlxh.org.cn)

1920 gründeten die medizinische Universität Beijing (Beijing Xiehe Yiyuan) sowie die Universitäten Yanjing (Yanjing Daxue), Jinling (Jinling Daxue), Dongwu (Dongwu Daxue) und Lingnan gemeinsam einen Studiengang des Pflegestudiums mit vier bzw. fünf Studienjahren in Beijing, was ebenfalls die Entwicklung der chinesischen Krankenpflege widerspiegelt.

Im Jahr 1932 wurde die erste offizielle nationale Berufsschule, in der Krankenschwestern und Pflegekräfte ausgebildet wurden, in Nanjing gegründet. Zwei Jahre später richtete das Bildungsministerium der damaligen Regierung eine Kommission für die Pflegeausbildung ein.

Jedoch standen nicht nur die Gründungen des Krankenhauses und der Pflegeschule in dieser Zeit im Vordergrund bei der Vermittlung der westlichen Pflege. Die einst ins Chinesische übersetzten ausländischen Werke, bei denen es um die Krankenpflege und Pflegeausbildung ging, spielten eine wichtige Rolle. Das immense Interesse der chinesischen Ärzte, Pflegekräfte und sogar der einfachen Bürgerinnen für ausländische Werke ermutigte viele, die Fremdsprachen erlernt hatten, zum Übersetzen.

Vor diesem Hintergrund hat die chinesische frühe Feministin Qiu Jin⁹ das japanische Buch "Pflegekurs" (看护学教程- Pinyin: Kanhuxue Jiaocheng) aus der Universität Keio ins Chinesische übersetzt und in der Zeitung der Chinesischen Frauen, die auch von Qiu Jin im Jahr 1907 publiziert wurde, veröffentlicht (vgl. Rehak 2009).

Infolgedessen wurden nach der Gründung der Republik China¹⁰ viele westliche Werke übersetzt und veröffentlicht, wie z.B. das Oxford Nursing Handbook (In Pinyin: Niujin Hulixue Shouce) im Jahr 1918 sowie Kan hu yao yi, das von Frau Zhong Maofang im Jahr 1920 übersetzt und von der medizinischen Schule für Frauen in Tianjin (Beiyang Nvyi Xuetang) veröffentlicht wurde (vgl. Zhong Maofang 1920).

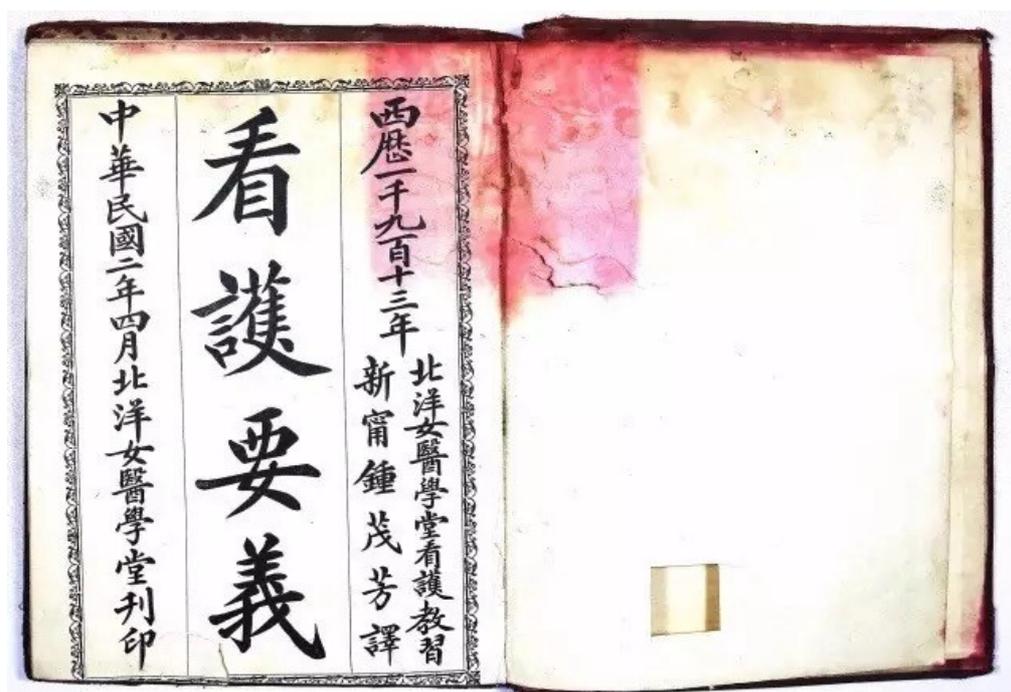


Abbildung 15: Erste Seite des Buches Kan hu yao yi (Online-Bibliothek der Harvard Universität)

6.1.3. Zwei Tiefpunkte der chinesischen Pflegeausbildung (1949-1980)

Nach den Wirren des chinesischen Bürgerkriegs und der Gründung der Volksrepublik China konnte endlich die erste chinesische nationale Gesundheitstagung (in Pinyin: Die Yi Jie Quanguo Weisheng Huiyi) im August 1950 stattfinden.

Obwohl damals das chinesische Gesundheitssystem immer noch in Trümmern lag, wurde auf der Tagung ein einheitlicher Entwicklungsplan für die Krankenpflege aufgestellt. Zur gleichen Zeit wurde die Pflegeausbildung als Mittelstufe-Fachbildung

⁹ 秋瑾 (1875-1907)

¹⁰ Die Republik China ist auch als Nationalchina bekannt. Sie wurde im Jahr 1912 ausgerufen.

im chinesischen formalen Bildungssystem eingeplant.

Diese Politik führte allerdings dazu, dass viele Universitäten wie die Xiehe Medizinische Universität den Studiengang „Pflegestudium“ aus dem Programm strichen.

Im Jahr 1966 begann die politische Kampagne „Kulturrevolution“. Um diese Kampagne und deren Auswirkungen zu beschreiben stütze ich mich im Folgenden auf die Ausführungen von Birte Klemm (2007)

Die große proletarische Kulturrevolution bezeichnet eine von Mao Zedong, dem damaligen Parteiführer der kommunistischen Partei der VR China ausgelöste kommunistische Bewegung von 1966 bis 1976. Sie hatte für die Studenten zu jener Zeit sowie das gesamte Erziehungswesen weitreichende Folgen und führte unter anderem zu einer negativen Entwicklung der Pflegeausbildung.

Der chinesische Bildungssektor war von den Turbulenzen der Kulturrevolution am stärksten betroffen. Getrieben von Maos neuen Richtlinien der Erziehungspolitik wurden Millionen gebildete junge Menschen aus Großstädten mobilisiert und aufs Land verschickt, um den Prozess der proletarischen Revolution zu vollziehen. Die daraus resultierende Schwere an Zerstörung führte nicht nur zu einer totalen Stilllegung der Bildungsmöglichkeiten einer ganzen Generation, sondern auch zu einem starken Rückgang der Bildungsqualität.

Die Zahl der Hochschuleinrichtungen verringerte sich beispielsweise von 434 im Jahr 1965 auf 328 im Jahr 1971, was einem Rückgang von 106 entspricht. Unter ihnen wurden die 6 renommiertesten Hochschulen für Politikwissenschaft und Recht abgeschafft, von den 18 renommiertesten Finanz- und Wirtschaftshochschulen wurden 16 abgeschafft. Die Abschaffung, Fusion und Umsiedlung von Hochschulen führten insgesamt zu ernsthaften Verlusten.

Darüber hinaus stellten während der zehn Jahre des Aufruhrs Hochschulen in China für vier Jahre (1966-1969) die Einschreibung von Studierenden komplett ein. Ab 1970 wurde die Rekrutierung von Arbeitern, Bauern und Soldaten zwar wieder aufgenommen, jedes Jahr waren es lediglich 42.000. Trotz eines leichten Anstiegs schafften die meisten der eingeschriebenen lediglich die Mittlere Reife oder gar nur den Abschluss der Sekundärstufe. Das Schulsystem wurde von 6 Jahre vor der "Kulturrevolution" auf 3 Jahre verkürzt.

Das System der Aufnahmeprüfungen für den Hochschulzugang fuhr in dieser Zeit ebenfalls starke Einbuße ein, Examina und Versetzungen wurden abgeschafft. Arbeiter und Bauern übernahmen die Verwaltung der Grund-, Mittel- und Hochschulen und stellten gemeinsam mit den Schülern, Studenten und Lehrern den Unterrichtsstoff

zusammen. Somit war die Vermittlung von Fachwissen nicht möglich. Schätzungsweise konnte das Land aufgrund der schweren Folgen der Kulturrevolution mehr als 100.000 Doktoranden, mehr als 1 Million qualifizierte Hochschulabsolventen und mehr als 2 Millionen Absolventen einer weiterführenden Berufsschule nicht erfolgreich abliefern.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Kulturrevolution verheerende Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft der VR China auslöste und dem Land dadurch eine ganze Generation an Fachkräften entzogen wurde, dazu zählen ebenfalls medizinische und pflegerische Fachkräfte.

6.1.4. Entwicklungsboom der chinesischen Pflege- und Pflegeausbildung nach der Reform und Öffnungspolitik (1980-2000) (vgl. Klemm 2017)

Mit Beginn der Reform- und Öffnungspolitik in den 1980er Jahren begann man auch mit dem Aufbau des chinesischen Pflegebildungssystems, da die geringe Qualifikation der Angestellten im Gesundheitssektor eine der größten Herausforderungen für Gesundheitseinrichtungen darstellte. Im Jahr 1979 veröffentlichte das Gesundheitsministerium zwei „Vorschläge“, die "Vorschläge zur Verbesserung der Pflegearbeit" und die "Vorschläge zur Verbesserung der Pflegeausbildung".

Es wurde in diesen Vorschlägen klar darauf hingewiesen, dass die „Pflege eine wissenschaftliche Studie ist“ und „sie einen wichtigen Teil der Medizinwissenschaften darstellt“ (vgl. Jiang/Li/Lu 2002. S. 14-16).

Die Pflegebildung in der Mittelstufe wurde nach der zehnjährigen Unruhe zuerst wiederhergestellt. Dann wurde im Jahr 1983 eine Probe des Pflegestudiums als Bachelorstudium an der medizinischen Universität Tianjin (Tianjin Yike Daxue) durchgesetzt (vgl. Lin 2001, S. 5-8).

Im Jahr 1984 wurde eine Tagung über das Pflegestudium an den Universitäten des Gesundheitsministeriums bzw. des Ministeriums für Bildung gemeinsam veranstaltet. Durch diese Tagung wurde die Wichtigkeit des Pflegestudiums in der Hochschulbildung betont. Dem Aufruf folgten im Jahr 1985 sieben medizinische Universitäten, die einen Studiengang für die Krankenpflegestudien einrichteten.

Im Jahr 1992 wurde das pflegerische Masterstudium an der Beijing Medizin Universität gegründet. Anschließend bekamen mehrere Universitäten wie die Zweite Militärische Medizinische Universität (Di Er Junyi Daxue), das Beijing Union Medical College (Beijing Xiehe Yike Daxue), die Medizinischen Universitäten Xi'an (Xi'an Yike Daxue)¹¹, Sun Yat-sen (Zhongshan Yike Daxue), Shanghai (Shanghai Yike Daxue),

¹¹ Die Medizinische Universität Xi'an wurde im Jahr 2000 mit der Jiaotong-Universität Xi'an zusammengelegt.

Hunan (Hunan Yike Daxue) und weitere die offizielle Genehmigung für die Einrichtungen des Masterstudiums der Krankenpflege (vgl. Shen 2006, S. 7-9).

Ende der 1990er Jahre, mit der Durchführung der Politik „Expansion der Einschreibung zur Hochschulbildung“, hat sich die Pflegebildung in den Hochschulen rasant entwickelt. In den Jahren 1994-2000 haben acht chinesische medizinische Universitäten unter der Schirmherrschaft der China Medical Board (CMB) maßgeblich das Programm der höheren Bildung in der Krankenpflege gefördert. Es erreichten 85 Absolventen ihren Masterabschluss.

6.1.5. Die chinesische Pflege im 21. Jahrhundert und die demografische Entwicklung in China

Bis 2003 gab es in China insgesamt 91 Hochschulen, die Pflegeausbildung als Bachelorstudium im Angebot hatten. Bis zum Jahr 2002 gab es 16 Universitäten, welche die Pflege als Masterstudium anboten.

Im Jahr 2004 haben die Zweite Militärische Medizinische Universität und die Universität Zhongnan angefangen, die Pflegestudie als Promotionsstudium anzubieten. Laut Statistik des Ministeriums für Bildung gab es zum Jahr 2005 vier Universitäten in China, die eine Doktorandenausbildung für Krankenpflege ins Programm aufgenommen haben.

Mehr als 30 Hochschulen konnten Pflegeausbildung als Masterstudium anbieten, 133 Hochschulen boten Krankenpflegeausbildung als Bachelorstudium an. Ca. 250 Hochschulen nahmen Pflegestudium und mehr als 400 Pflegeschulen Berufsausbildungen ins Programm (vgl. Shen 2006, S. 7-9).



Abbildung 16 Hochschulen in China URL: Daniel Dalet/d-maps.com mit eigener Ergänzung der Hochschulorte

Zur gleichen Zeit wurde ein sekundäres und tertiäres Ausbildungssystem entwickelt. Durch zusätzlich ausgebildete Pflegefachkräfte konnte der Mangel an eben diesen abgemildert werden

Im Januar 2008 wurde, um die Rechte und Interessen der chinesischen Pflegekräfte zu schützen, ein Gesetz namens "Die Satzung der Krankenschwestern" vom Staatsrat der Volksrepublik China verkündet (vgl. Staatsrat der VRC 2008).

Während der Phase des 11. Fünfjahresplans (2005-2010) nahm die Krankenpflege Chinas eine bemerkenswerte Entwicklung. Die wichtigsten Ziele und Aufgaben des Entwicklungsplans der chinesischen Krankenpflege, welche Teile des 11. Fünfjahresplan waren, wurden erreicht.

Mit der Vertiefung der Reform des medizinischen bzw. Gesundheitssystems konnten die Anzahl der Krankenschwestern erhöht, die Handlungskompetenzen in der klinischen Versorgung verbessert und die Ausbildung der Fachkräfte beschleunigt werden, wie an der Anzahl der examinierten Krankenschwestern deutlich wird:

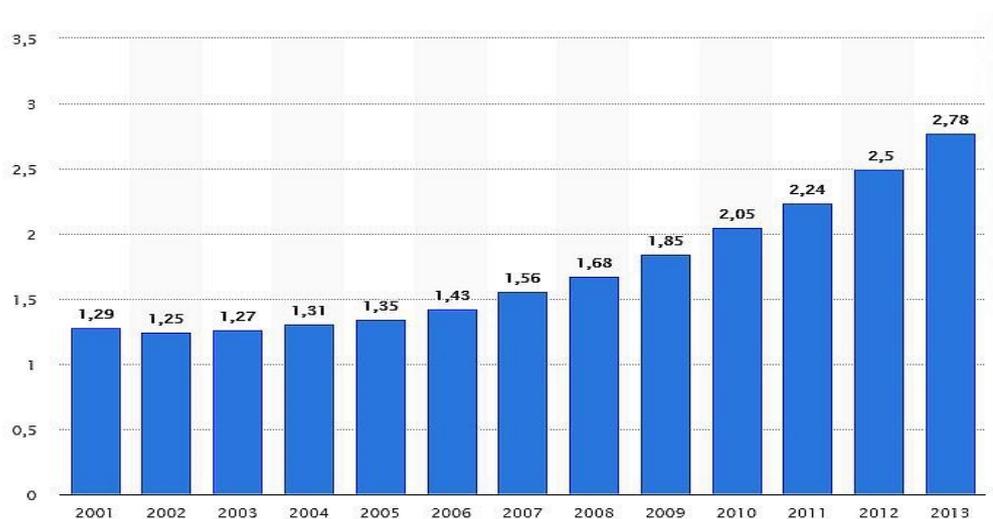


Abbildung 17: Anzahl der examinierten Krankenschwestern 2001-2013 (statista.com)

Bei der Anzahl der Krankenschwestern wurde somit eine signifikante Zunahme geschafft. Am Ende des 11. Fünfjahresplans erreichte die Gesamtzahl der registrierten Krankenschwestern 2,05 Mio., was eine Steigerung von 52% im Vergleich zum Jahr 2005 darstellte. Vom 2005 bis 2010 erhöhte sich die Zahl der Krankenschwestern pro tausend Einwohner von 1,06 auf 1,52.

Dieser Trend setzte sich bis in die heutige Zeit fort:

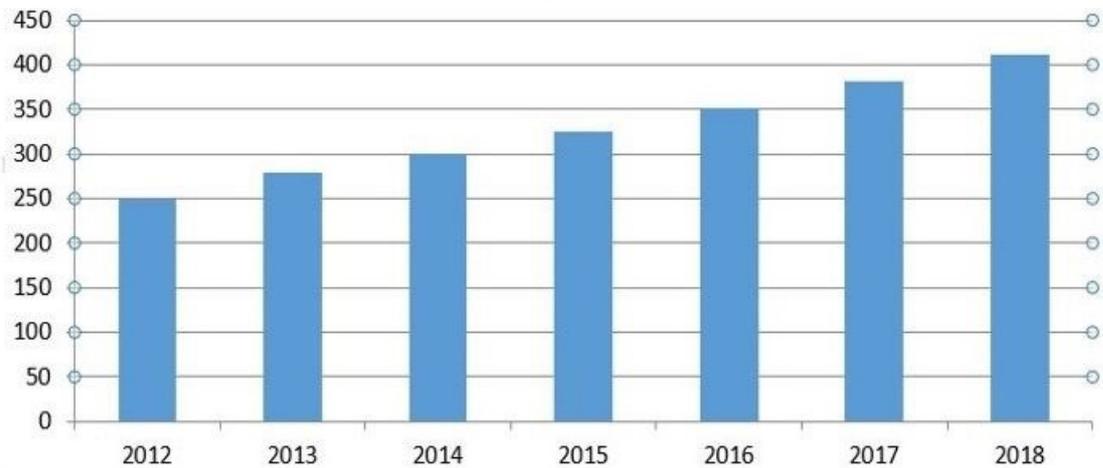


Abbildung 18: Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Krankenschwestern in China von 2012-2018 in Zehntausend (wenku.baidu.com)

Das Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegekräften in den öffentlichen Krankenhäusern beträgt 1:1,36. Die Prozentzahl an Krankenschwestern, die über einen höheren Abschluss als Fachschulreife verfügen, betrug 51,3% (vgl. Gesundheitsministerium der VR China (2017)).

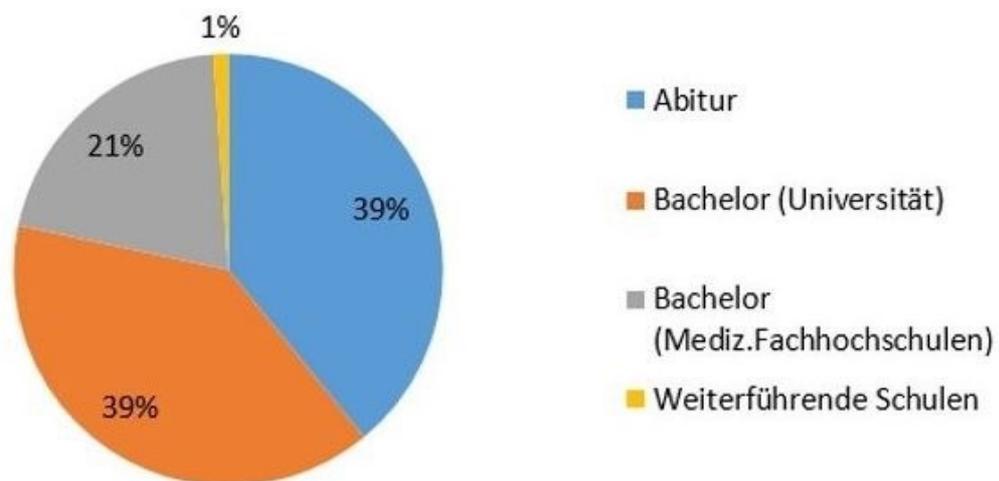


Abbildung 19 Gesundheitspersonal nach Bildungsabschluss in China 2019 (<https://xw.qq.com>)

Der Trend der chinesischen Pflege anhand des chinesischen 13. Fünfjahresplans

Laut des vom Ministerium für Zivile Angelegenheiten (MCA, in Pinyin: Zhonghua Renmin Gongheguo Minzhengbu) veröffentlichten Jahresberichts zur Entwicklung der Sozialdienstleistungen für 2015 (2015 Annual Report of Social Service Development, vgl. MCA Ministerium für zivile Angelegenheiten der VR China 2017) „habe es zum Jahresende 2015 in China 222 Millionen Menschen im Alter von 60 Jahren oder älter gegeben, was einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 16,1 Prozent entspreche“.

Des Weiteren wurde der 13. Fünfjahresplan für zivile Angelegenheiten (vgl.

Ärztchammer der VR China 2017) vom MCA gemeinsam mit der Staatlichen Kommission für Entwicklung und Reform (NDRC) vorgestellt.

Der in November 2015 veröffentlichte 13. Fünfjahresplan ist ein neuer, nationaler Fünfjahresplan für die sozioökonomische Entwicklung des Landes für die Entwicklung Chinas in den kommenden fünf Jahren. Die Vorschläge wurden nach Vorlage auf der fünften Tagung des 18. ZK der KP Chinas schließlich am 29. Oktober 2015 in Beijing beschlossen.

Danach sollten in China bis Ende 2020 35 bis 40 verfügbare Betten in Altenpflegeheimen auf 1000 ältere Bürger kommen. Darüber hinaus kündigte die Behörde im Rahmen der MCA-Presskonferenz für das dritte Quartal an, in den kommenden Jahren ein neues System zwecks Verbesserung der medizinischen Pflege in China einzuführen.

Um mit der starken Alterung umzugehen, die Kranken- und Seniorenpflege in China zu fördern und das Umfeld für diese Branche kontinuierlich weiter zu optimieren, wurden ebenfalls weitere Maßnahmen ergriffen wie z.B. die Eröffnung des Dienstleistungssektors für Senioren und die Förderung der angebotsseitigen Reformen.

Entsprechend wurde die „Bekanntmachung über aus dem Zentralhaushalt finanzierte Pilotprojekte zu häuslichen Pflegediensten und gemeindenaher Pflegehilfe“ (Notice on Pilot Projects of In-Home and Community Care Service Funded by the Central Budget) vom MCA und dem MOF (Ministry of Finance of the People's Republic of China) gemeinsam veröffentlicht (vgl. MCA 2005).

Diese neuen Richtlinien ermöglichten den Unternehmen völlig neue Möglichkeiten im Pflegesektor.

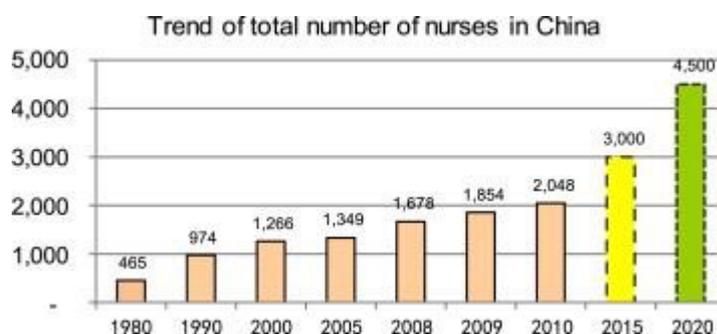


Abbildung 20: Der Trend der Erweiterung der Pflegekräfte in China ab 1980 (<https://www.researchgate.net>)

Diese enormen Anstrengungen sind auch dringend notwendig, denn die demografische Entwicklung in China zeigt einen dramatischen Rückgang junger Menschen und in der Folge eine zunehmende Überalterung der Bevölkerung, wie folgende Grafiken im Vergleich mit Deutschland und Japan verdeutlichen:

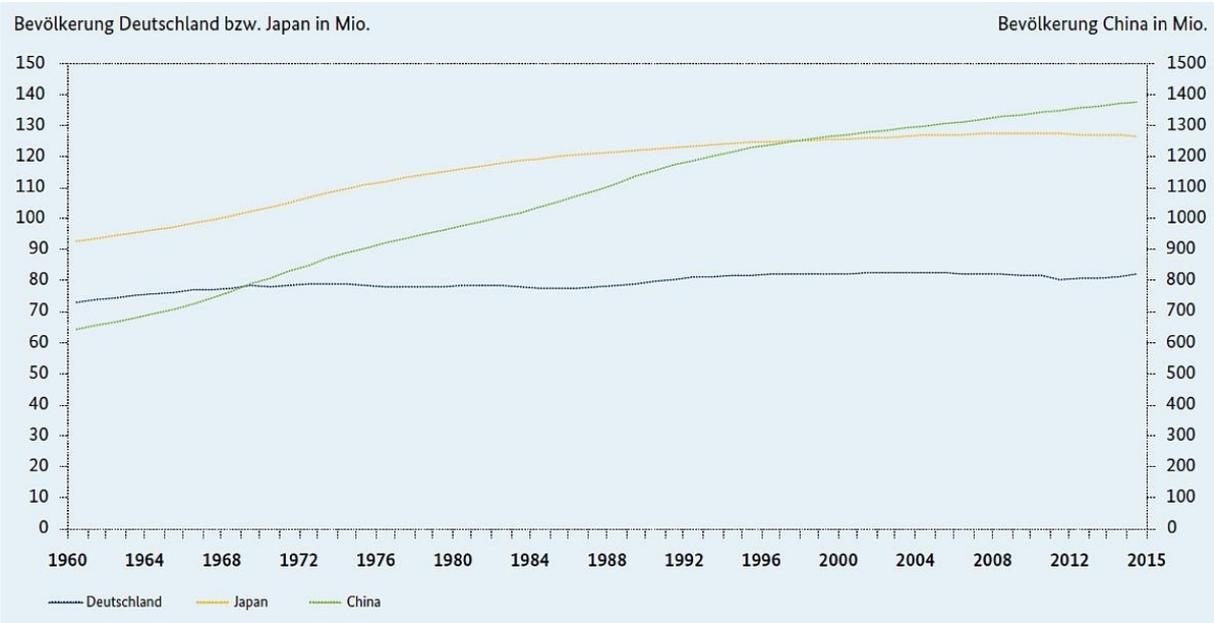


Abbildung 21: Bevölkerungsentwicklung 1960-2015 im Vergleich (Statistisches Bundesamt)



Abbildung 22: Geburtenentwicklung 1950-2015 im Vergleich; Durchschnittswerte der jeweiligen Fünfjahreszeiträume für Deutschland ohne Zensusbereinigung (nach Zensur 2011: 1,39 2012: 1,41, 2013: 1,4 die Verf.) (Statistisches Bundesamt)

Die Anstrengungen des chinesischen Gesundheitssystems sind daher enorm, wie nachfolgende Grafik verdeutlicht:

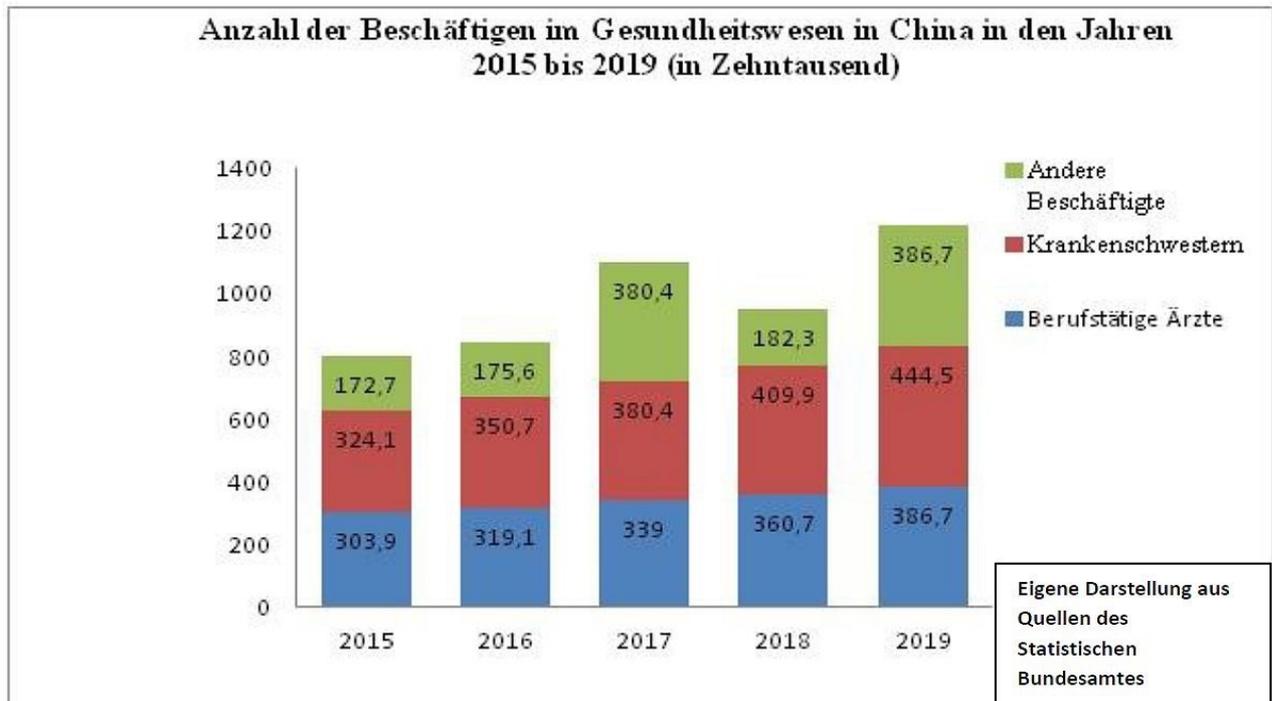


Abbildung 23: Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen in China 2015-2019 in Zehntausend (eigene Darstellung)

Bis Ende 2019 betrug die Anzahl der Beschäftigten im chinesischen Gesundheitswesen 10,154 Millionen, ein Anstieg von 625.000 gegenüber dem Vorjahr. Unter ihnen sind 842.000 Landärzte und Gesundheitspersonal, 504.000 Hilfsmediziner, 544.000 Managementpersonal und 884.000 medizinische Facharbeiter. Es gab 3,9 Millionen zugelassene (Assistenz-) Ärzte, eine Zunahme von 260.000 gegenüber dem Vorjahr und 4,4 Millionen staatlich registrierte Krankenschwestern, eine Zunahme von 346.000 gegenüber 2018. (vgl. nhc.gov, ins Deutsche übertragen von A. Vonhoff)

6.1.6. Pflegeausbildung und Pflegefachausbildung in Deutschland versus China

Bei ihren Aufenthalten in China hat die Autorin festgestellt, dass eine Pflegehelferausbildung wie in Deutschland, die beispielsweise 500 Stunden Grundkompetenzen, wie Körperpflege, Ernährung und Transfer von Patienten beinhaltet, in China nicht existiert.

Pflegeeinrichtungen für ältere und behinderte Menschen haben oft nur wenige ausgebildete Mitarbeiter. Vielmehr werden ungelernete Mitarbeiter eingesetzt oder auch Menschen, die aus dem Gefängnis entlassen worden sind.

Die Pflegefachausbildung ist tertiär aufgebaut und nicht wie Deutschland als duales System. In der Bundesrepublik Deutschland sind eine zehnjährige Schulbildung, eine dreijährige Ausbildung in Vollzeitform an einer medizinischen Berufsfachschule und das

erfolgreiche Ablegen der staatlichen Abschlussprüfung Voraussetzung zur Erteilung einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin“.

Die Ausbildung in Deutschland unterliegt dem Krankenpflegegesetz, KrPflG vom 01.04.2004 und besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht in fachspezifischen Fächern von mindestens 2100 Stunden sowie einer praktischen Ausbildung in Krankenhäusern von mindestens 2.500 Stunden (insgesamt 4.600 Stunden).

Sie schließt mit einer staatlichen Prüfung ab:

„Die Ausbildung soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.

Des Weiteren soll die deutsche Ausbildung befähigen, die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:

- Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege
- Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege
- Beratung, Schulung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit.
- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des Arztes.“ (flexikon.doccheck.com/de/Krankenpflegegesetz)

Die deutsche Altenpflegeausbildung unterliegt dem Altenpflegegesetz (AltPflG). Die Berufsbezeichnung *Altenpfleger* dürfen nur Personen führen, denen die Erlaubnis dazu erteilt wurde.

In der Fachliteratur werden die Anforderungen an die Pflegeausbildung folgendermaßen charakterisiert: „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind.

Diese umfassen insbesondere:

1. die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege
2. die Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen
3. die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte
4. die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung
5. die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung,
6. die umfassende Begleitung Sterbender
7. die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkraft sind
8. die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten
9. die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte
10. die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger.“ (Lauber 2001)

Die Ausbildung dauert in Theorie und Praxis drei Jahre (vgl. Bundesgesetzblatt Teil I r. 34).

Die chinesische Ausbildung erfolgt an

1. **Berufsfachschulen** (Zhuanke) und umfasst dort ein dreijähriges fachbezogenes Studium. Als Beispiel mag hier die *Berufsakademie für Gesundheitswesen Changsha* dienen. In drei Jahren werden dort 1736 Stunden Theorie vermittelt und damit bleiben die erteilten theoretischen Stunden mit einem Minus von 364 Stunden weit hinter den in Deutschland erteilten Stunden zurück. Das Abschlusspraktikum umfasst 1776 Stunden und bleibt mit einem Minus von 724 Stunden ebenfalls weit hinter den praktischen Stunden in der deutschen Ausbildung zurück.

In der Theorie werden die Fächer Pathobiologie, Gesundheitszustand der Patienten, Psychologie und Pharmakologie vermittelt. Im praktischen Jahr werden die Studenten eingesetzt in der Gynäkologie, Kinderheilkunde, Urologie, Kardiologie, im OP, in der Notfallaufnahme, in der Gastroenterologie und in der Gallenchirurgie (Chinese Nursing Management 2012).

Diese Ausbildung wird in Deutschland nicht als gleichwertig anerkannt und muss sich einer Kenntnisprüfung unterziehen.

2. **Universitäten:** Die Ausbildung dort umfasst ein dreijähriges tertiäres Studium. Als Beispiel mag hier die Hochschule Dalian in der Provinz Liaoning gelten.

Die Theorie wird hier lediglich in 1328 Stunden vermittelt. Diese verteilen sich auf die klinischen und pflegerischen Fächer. Die praktischen Stunden belaufen sich auf 320 Stunden. Damit liegt diese Ausbildung mit insgesamt 1648 Stunden deutlich hinter der Stundenzahl der deutschen Krankenpflegeausbildung mit insgesamt 4700 Stunden (Chinese Nursing Management 2012). Eine Gleichwertigkeit wird hier ebenfalls nicht festgestellt werden.

Während die deutsche Ausbildung im lang bewährten dualen System vermittelt wird und somit von Anfang an praxisbezogen ist, handelt es sich bei der chinesischen Ausbildung um ein tertiäres System. Der überwiegende Teil der Ausbildung ist schulisch.

Die deutsche Ausbildung legt viel Gewicht auf das Fach Pflege bei unterschiedlichen Krankheitsbildern. Die chinesische Ausbildung ist medizinisch und weniger pflegerisch orientiert.

In der Ausbildung ist in China das Fach Grundpflege kaum vertreten. Grundpflege wird vielfach von den Angehörigen im Krankenhaus gemacht und kaum von den Krankenschwestern. Viele Angehörige können sich das gar nicht leisten.

Kommen die chinesischen Krankenschwestern nach Deutschland, dann sind sie vielfach überrascht, dass in deutschen Krankenhäusern die Grundpflege Arbeit der Krankenschwestern ist. Diese Arbeit wird häufig nicht beherrscht, so dass hier weitreichende Schulungen zu Beginn der Tätigkeit nötig sind.

Bei fast allen Krankenschwestern und Krankenpflegern ist zudem, wie sich in der Untersuchung zeigt, die Sprache bei Einreise nach Deutschland ein großes Problem. (alle Angaben vgl. Chinese Nursing Management 2012)

6.1.7. Vergleich des deutschen und des chinesischen Pflegesystems

Die Pflegesysteme und die medizinischen Behandlungssysteme in Deutschland und in China

a) Bundesgesetzesregelung:

„Das Gesundheitssystem umfasst in Deutschland sämtliche Einrichtungen mit ihren Mitarbeitern, die für die Krankenversorgung, ihre Finanzierung oder Organisation zuständig sind. In Deutschland sind die Krankenkassen, Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, medizinische Versorgungszentren, Apotheken und Pflegedienste Teil des Gesundheitssystems.

Das Gesundheitswesen strebt die Wiederherstellung, Förderung und den Erhalt der Gesundheit, sowie die Prävention von Krankheiten der Bevölkerung an“.

(flexicon.doccheck: Gesundheit)

„In der chinesischen Gesundheitspolitik wurden in den letzten Jahren zahlreiche Reformen durchgeführt, die häufig neue Probleme verursachten, so dass ein erneuter Reformbedarf entstand. Bei den Reformen wird versucht, einen Mittelweg zwischen öffentlicher Gesundheitsversorgung und kommerzieller Privatversicherung zu finden.“

(Onlinelibrary.wiley)

b) die Verwaltung des Gesundheitssystems:

„Das deutsche Gesundheitswesen ist in seiner Struktur und Organisation im internationalen Vergleich einzigartig, da es ein selbstverwaltetes System ist. Der Staat bestimmt lediglich den ordnungspolitischen Rahmen. Den Bundesländern obliegt z. B., die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen sicherzustellen. Hierzu werden Landeskrankenhauspläne erstellt und landeseigene Krankenhausgesetze erlassen.“

(Latal, Hinze, Roeder, Franz 2016)

„Laut dem Gesundheitsminister Chen Zhu besteht das grundlegende medizinische Versorgungssystem sowohl in den Städten und auf dem Lande aus folgenden Aspekten: Nämlich einem vollständigen System für öffentliche Hygiene und Sanitätsdienste, einem vollständigen Krankenversicherungssystem für Stadt- und Landbevölkerung, einem standardisierten Kostendeckungssystem für die Medikamentenversorgung und einem wissenschaftlichen Mechanismus für die Verwaltung und Bewirtschaftung der medizinischen Institutionen.“

(Botschaft der VR China 2008)

c) Wichtige Organisationen im Gesundheitswesen:

„Alle Ärzte sind mit der Approbation Pflichtmitglieder in ihrer Landesärztekammer. Die Ärztekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und unterstehen damit der Aufsicht der Bundesregierung, die die Satzung überwacht und darauf achtet, dass die Gesetze eingehalten werden. Die Bundeärztekammer (BÄK) ist eine Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern und koordiniert deren Arbeit auf Bundesebene. Die BÄK ist keine Körperschaft des öffentlichen Rechts.“ (Wasner, Tina 2007)

„Auf nationaler Ebene war bis März 2018 die Staatliche Kommission für Gesundheit und Familienplanung für das Gesundheitswesen zuständig, welche unter dem Staatsrat angesiedelt war und als Ministerium galt. Mit der Reform der Staatsorgane im März 2018 wurde die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung auf die Nationale Gesundheitskommission [chinesisch: Pinyin – d. A.] übertragen, die ebenfalls unter dem Staatsrat als Ministerium angesiedelt ist. Darüber hinaus existiert nun ein Nationales Amt für medizinische Versorgung (chinesisch, Pinyin Guójiā yīliáo bǎozhàng jú), welches direkt unter dem Staatsrat steht.“ (wikiwand.com)

d) Ambulante Versorgung

„Unter der ambulanten Versorgung werden alle Versorgungsleistungen subsumiert, die nicht von Krankenhäusern oder Kliniken erbracht werden. Den weitaus größten Teil der ambulanten Versorgung erbringen die niedergelassenen Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte. Teil der ambulanten Versorgung sind jedoch auch die von den Ärzten verordneten Arzneimittel sowie die Hilfsmittel, zum Beispiel Hörgeräte, sowie die Versorgung mit Heilmitteln wie Krankengymnastik und Ergotherapie.“ (VDEK - Verband der Ersatzkassen 2014)

„Die Chinesen zieht es in die größeren, besser ausgestatteten und spezialisierten Krankenhäuser in den Städten. Hier variieren Qualität und Ausstattung erheblich; doch in den wohlhabenden Großstädten sind die Standards inzwischen gut. Dass sich die Bürger im Ernstfall fast überwiegend in den Städten statt vor Ort versorgen lassen, ist teuer. Die Kosten der großen Kliniken belasten das System. Gleichzeitig überfordert der Andrang die städtischen Ressourcen. Immer wieder gab es Bestrebungen von Provinzregierungen, Patienten zunächst in die ortsnahe Versorgung zu lotsen, doch bislang war dies wenig erfolgreich. Die medizinische Versorgung in den ländlichen Regionen ist qualitativ schlicht noch zu schlecht.“ (Schmitt-Sausen, Nora 2015)

e) Versorgung und Verteilung von Krankenhäusern, Ärzten und Pflegepersonal:

„Damit Versicherte nicht wochenlang auf einen Facharzttermin warten müssen, wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen im Zuge des Versorgungsstärkungsgesetzes verpflichtet, sogenannte Terminservicestellen einzurichten. Diese vermitteln einen Termin bei einem niedergelassenen Facharzt in zumutbarer Entfernung oder, wenn das nicht möglich ist, eine fachärztliche Untersuchung oder Behandlung im Krankenhaus. Die Wartezeit auf den Behandlungstermin darf im Regelfall vier Wochen nicht überschreiten.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2017, S.81)

„Das Prinzip der Versorgung ist dreistufig: Kleinere Kliniken in Dörfern und Gemeinden kümmern sich um die Basisversorgung. Bislang geschieht dies vielerorts aber lediglich auf sehr niedrigem Niveau. Ordinationen gibt es kaum. Kommunale Gesundheitszentren sind Anlaufstelle für die etwas anspruchsvolleren Fälle – jedenfalls theoretisch. Doch diese erst seit einigen Jahren etablierten Versorgungszentren haben sich noch nicht durchgesetzt. In den Zentren werden Patienten ambulant betreut; es gibt aber auch Betten für die stationäre Aufnahme.“ (Schmitt-Sausen 2015).

f) Qualitätssicherung:

„Die externe vergleichende Qualitätssicherung der Krankenhäuser erfolgt datengestützt, d. h. es werden in den Krankenhäusern QS-Daten zu den behandelten Fällen erfasst und jährlich an Datenannahmestellen übermittelt. Man unterscheidet zwischen bundesbezogenen (sogenannten direkten) und länderbezogenen (sogenannten indirekten) Verfahren. Direkte Verfahren betreffen insbesondere medizinische Leistungen besonderer Art, die etwa aufgrund ihrer bundesweit relativniedrigen Häufigkeit eine zentrale Datenentgegennahme und Ergebnisbewertung nahelegen, wie z. B. der Leistungsbereich der Organtransplantation. Bei indirekten Verfahren finden Datenannahme und Ergebnisbewertung auf Ebene der einzelnen Bundesländer statt. Dazu wurden eigene Infrastrukturen aufgebaut, in Form von Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, Fachgremien und Lenkungsgruppen.“ (Bundesaerztekammer o.J.)

„Qualitätssicherung in Krankenhäusern ist in der VR China ein aktuelles Thema, da viele chinesische Patienten befürchten, nicht korrekt oder zumindest qualitativ unzureichend behandelt zu werden.“ (Hochschule für Gesellschaft und Wirtschaft Ludwigshafen 2017)

g) Das Solidarprinzip

„Das Solidarprinzip ist das prägende Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung: Beiträge werden nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entrichtet, Leistungen werden dagegen nach dem medizinischen Bedarf gewährt.“ (Burkhard, Wolfram 2013)

„In China ist der Aufbau einer flächendeckenden Krankenversorgung noch längst nicht abgeschlossen. Gerade auf dem Land erhalten Kranke häufig nicht die medizinische Versorgung, entweder weil es noch an der notwendigen medizinischen Infrastruktur fehlt oder weil die Behandlungskosten nicht getragen werden können.“, zitiert J. Ludger den Leiter des HZC, Prof. Dr. Hendrik Lackner. (Ludger, Julia 2014)

h) Leistungen

„Leistungen des Gesundheitswesens sind Güter und Dienstleistungen, die der Wirtschaftssektor "Gesundheitswesen" für den letzten Verbrauch bereitstellt. Sie sind abzugrenzen von Leistungen anderer Sektoren, die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung haben können, wie z.B. Luftreinhaltung oder die Beseitigung von Unfallschwerpunkten im Straßenverkehr, vor allem aber von Vorleistungen, die in Gütern und Dienstleistungen des letzten Verbrauchs aufgehen, wie z.B. die Produktion von medizinischen Großgeräten. Leistungen des Gesundheitswesens dienen dem Erhalt oder der Wiederherstellung der Gesundheit, der Vermeidung von Krankheiten oder der Linderung von Krankheitsfolgen. Inanspruchnahme bezeichnet den Konsum dieser Güter und Dienstleistungen.“ (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 1998)

„Erste, deutliche Verbesserungen sind spürbar. Innerhalb relativ kurzer Zeit sind durch die teils staatlich subventionierte Krankenversicherung 95 Prozent der Bevölkerung zumindest grundversichert. Die Bürger werden entweder über ihren Arbeitgeber oder mit Hilfe des Staates abgesichert. Noch vor wenigen Jahren war das Bild ein völlig anderes: 2003 hatten lediglich 30 Prozent der Chinesen eine Krankenversicherung. Sukzessive hat die Regierung auch den Umfang der Versorgungsleistungen ausgeweitet. In Zukunft sollen weite Teile aller anfallenden Gesundheitskosten getragen werden: Ziel ist es, dass 80 Prozent der Krankheitskosten übernommen werden und lediglich noch ein Eigenanteil von 20 Prozent übrigbleibt.“ (Schmitt-Sausen 2015)

i) Versicherungspflicht

„In der Sozialversicherung sind vom Gesetzgeber definierte Personen Pflichtmitglieder. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind versicherungspflichtig vor allem Arbeitnehmer, Bezieher von Leistungen der Arbeitslosenversicherung, Jugendliche in besonderen Einrichtungen, behinderte Menschen, Studenten und Rentner. Für bisher Nichtversicherte, die dem System der GKV zuzuordnen sind, weil sie zum Beispiel zuletzt bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert waren, gilt die allgemeine Versicherungspflicht bereits seit 1. April 2007. Personen, die dem System der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzuordnen sind, können sich seit dem 1. Juli 2007 privat versichern. Seitdem bietet die PKV auch einen sogenannten Basistarif an.“ (AOK Bundesverband o.J.b)

„Die gesetzlich verpflichtenden Anteile des Versicherungsprogramms sind nur dahingehend ausgestaltet, dass sie medizinische Grundleistungen abzusichern. Wie im Falle des NCMS auf dem Land handelt es sich bei dem BHIS um keine Vollversicherung, sondern um eine einfache Basiskrankenversicherung. Die Grundleistungen werden durch die Zentralregierung durch die Herausgabe von Positivlisten, den sog. »Essential-Drug-List«⁹⁹ und »Essential-Service-List«¹⁰⁰ definiert. Die Listen geben an, welche Leistungen und Medikamente vom neuen System gedeckt werden und welche nicht.“ (Köster, Anne-Dorothee 2009, S. 46)

j) Beitragszahlungen der Versicherten

„Der gesetzlich festgeschriebene allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Er gilt für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben.“ (Bundesministerium für Gesundheit: Online-Ratgeber Krankenversicherung)

„Grundsätzlich ist das System der Krankenversicherung ähnlich konzipiert wie das der Rentenversicherung. Der Arbeitgeber zahlt seinen Beitrag in sogenannte Solidarfonds, und der Arbeitnehmerbeitrag fließt auf individuelle Konten. Der Arbeitgeberbeitrag liegt gegenwärtig bei 6 % der Lohnsumme, während der Arbeitnehmer 2 % seines Lohnes zahlt. Die Grundkrankenversicherung soll durch Beiträge der Arbeitnehmer und Unternehmen sowie durch Zinsen des angesparten Kapitals getragen werden. Es ist für die reformierte Krankenversicherung nicht vorgesehen, dass der Staat finanzielle Zuschüsse leistet.“ (Darimont, B. o.J., S. 12)

k) Zugang zur Krankenversicherung und Ärzten

„Offizielle Wartelisten werden in Deutschland nicht geführt. Umfragen zeigen jedoch, dass auf einen Arzttermin in Deutschland – unabhängig vom Versichertenstatus – relativ kurz gewartet werden muss.“ (Finkenstädt, Verena und Niehaus, Frank 2013 S. 17)

„Gerade einmal 1,49 Ärzte stehen für die Betreuung von 1000 Menschen zur Verfügung. Zum Vergleich: In Deutschland sind es 3,89, in den USA 2,45.“ (Schmitt-Sausen, Nora 2016)

l) Finanzierung der stationären Versorgung

„Die voll- und teilstationären Leistungen der 1.592 allgemeinen (somatischen) Krankenhäuser werden über das seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten im Jahr 2020 bezeichnete aG-DRG-System (Diagnosis Related Groups) nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vergütet.“ (Bundesministerium für Gesundheit. Krankenhausfinanzierung)

„Das Gehalt von chinesischen Ärzten besteht aus einem Grundgehalt, Boni und weiteren Vergünstigungen. Das Grundgehalt setzt sich aus Positionsgehalt, Alterszuschlag, Leistungszuschlag und staatlichem Zuschuss zusammen. Die letztgenannten Zuschläge werden von der Staatlichen Kommission für Gesundheit und Familienplanung, dem Finanzministerium und dem Büro der Arbeitsbehörden festgelegt. Eine nationale Gehaltsumfrage von der Staatlichen Kommission für Gesundheit und Familienplanung in städtischen Krankenhäusern der zweiten und dritten Stufe durchgeführt wurde, zeigt, dass das Grundgehalt nur 13–14 % des Gesamtgehalts vom medizinischen Personal in öffentlichen Krankenhäusern ausmacht. Auf Leistungen und Zuschüsse entfallen 14 %. Für leistungsbezogene Löhne und Gehälter sowie Boni, die an Krankenhausleistungen gekoppelt werden, sind es sogar 74 %. Problematisch ist, dass Krankenhäuser autonom Zusatzzahlungen festlegen, für die es keine nationalen Standards gibt.“ (Wikipedia. Gesundheitssystem der VR China)

m) Bruttoinlandsprodukt

„Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag 2018 bei 11,7 % und damit 0,1 Prozentpunkte höher als 2017. Für das Jahr 2019 wird auf Basis bereits vorliegender und fortgeschriebener Werte ein weiterer Anstieg auf 407,4 Milliarden Euro geschätzt, das wären 4,3 % mehr als im Jahr 2018.“ (Statistisches Bundesamt Destatis 2020)

„Trotz der beeindruckenden Wachstumszahlen haben nicht alle Landesteile gleichermaßen vom wirtschaftlichen Aufschwung profitiert und der wirtschaftliche Erfolg kann nicht über die Ambivalenz des Transformationsprozesses hinwegtäuschen. So ist China in weiten Teilen des Landes immer noch ein Entwicklungsland und weist mit die weltweit höchsten Einkommensdisparitäten auf. Traditionell kennt China zwar mehrere wirtschaftsräumliche Gegensätze, allen voran eine deutliche Ost-West und Stadt-Land-Dichotomie.“ (Köster, Anne-Dorothee 2009, S. 13)

n) Zuzahlungen / Eigenbeteiligung

„Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind eine Form der direkten finanziellen Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten ihrer individuellen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Sie fallen zusätzlich zu den Beitragszahlungen an. Die Zuzahlungspflicht besteht zum Beispiel bei Krankenhausbehandlung, stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Arznei- und Verbandmitteln, Zahnersatz, Haushaltshilfe und häuslicher Krankenpflege.“ (AOK Bundesverband o.J.c)

„Der Umfang des Versicherungsschutzes im NCMS korreliert in der Regel mit den Beitragszahlungen. In Regionen, in denen die Beitragszahlungen höher ausfallen, sind auch ein höherer Versicherungsschutz und ein großzügig definierter Leistungskatalog auszumachen. Generell werden aber vorwiegend, wie den Hauptzielen zu entnehmen ist, Kosten schwerwiegender Krankheiten, d. h. stationäre Leistungen, vom Versicherungsschutz erfasst. Aber auch die ambulante Versorgung und Leistungen der Grundversorgung werden nicht selten übernommen.“ (Köster, Anne-Dorothee 2009, S. 24)

o) preisliche Arzneimittelkontrolle

„Arzneimittel werden zur Heilung oder Verhütung von Krankheiten eingesetzt. In Deutschland wird die Arzneimittelversorgung im Arzneimittelgesetz (AMG) geregelt. Dort werden der Begriff Arzneimittel genauer definiert und allgemeine Anforderungen an Arzneimittel sowie deren Herstellung, Abgabe, Zulassung, Überwachung und Qualitätssicherung geregelt.

Die Arzneimittelkosten sind derzeit der drittgrößte Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenkassen. 2018 gaben die Kassen laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) rund 41,15 Milliarden Euro für Arzneimittel aus. Das entspricht einem Plus von 3,1 Prozent oder 1,3 Milliarden Euro gegenüber dem Vorjahreszeitraum.“ (AOK Bundesverband o.J.d)

„Gegenwärtig gehören zu den noch vom Staat festgelegten Produkt- und Dienstleistungspreisen Preise für Medikamente, Tabak, Gas und ausgewählte Telekommunikationsdienstleistungen. Für Benzin, Kerosin, Diesel, Düngemittel, Baumwolle, verschiedene Getreidesorten, Verkehrsdienstleistungen und andere Dienstleistungen werden noch staatliche Höchst- bzw. Mindestpreise festgesetzt.“ (Köster, Anne-Dorothee 2009, S. 14)

6.2. Das Pilotprojekt „China 2012!“

Im Januar 2013 startete die Bundesagentur für Arbeit ein völlig neues Projekt und ging dabei innovative Wege. Gemeinsam mit der CHINCA, der chinesischen Arbeitsagentur sollten erstmals 150 chinesische Pflegefachkräfte für Deutschland angeworben werden. Diese ausgewählten Fachkräfte sollten neben einer abgeschlossenen Ausbildung in der Krankenpflege auch bei Einreise über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen.

6.2.1. Der Ablauf der Projekte am Beispiel der UBG

Die Akteure im Gesundheitswesen waren zunehmend bereit, Rekrutierungsverträge einzugehen und erwarteten jedoch Fachkräfte aus dem Ausland mit den erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten und natürlich ausreichenden Sprachkenntnissen. Nach Peters et al. sei es erforderlich, alle Beteiligten „mit den erforderlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissensbeständen und Kompetenzen sowie Motivation auszustatten, diese zu erhalten und weiter zu entwickeln“, sowie die organisatorischen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass alle Akteure gemeinsam für das Ziel der Organisation arbeiten (Peters et al. 2004, S. 13).

Die Bereitstellung von Fachkräften für Pflegekräfte ist eines der Hauptprobleme auf dem Arbeitsmarkt für viele Jahre. Was die derzeitige Situation der Fachkräfte anbelangt, so wird die Aktivierung des internen Potenzials von Arbeitnehmern und Auszubildenden nicht ausreichen, um die Bedürfnisse künftiger Fachkräfte zu erfüllen. Daher ist es unmöglich, die Rekrutierung von medizinischem und medizinischem Personal zu stoppen.

Eine Rekrutierung von Pflegefachkräften zieht Kosten nach sich. Diese sind unter dem Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit zu betrachten.

Für eine Integration ausländischer Fachkräfte in das deutsche System gibt es zwei Wege:

1. Bei einer Ausbildung in Deutschland handelt es sich in erster Linie um eine reguläre dreijährige oder zweijährige Ausbildung.
2. Bereits absolvierte Ausbildungen im Herkunftsland durchlaufen ein Gleichwertigkeitsverfahren. Über eine Kenntnisprüfung wird sichergestellt, dass die Kenntnisse der chinesischen Arbeitskräfte den Standards der Ausbildung in Deutschland entsprechen. Dieses Anerkennungsverfahren darf nicht länger als 18 Monate dauern.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass beiden Rekrutierungsstrategien für mindestens ein Jahr das Erlernen der (deutschen) Sprache vorausgehen muss, wovon der Erfolg der weiteren Qualifikation abhängt.

Die Berufsausbildungszeit in Deutschland – selbst, wenn sie auf zwei Jahre verkürzt wird - beträgt etwa drei Jahre (ein Jahr Sprachausbildung und zwei Studienjahre) und dauert somit länger als die Anerkennung, einschließlich einjähriger Anpassungsqualifikation (fast zweieinhalb Jahre für den Sprachkurs und eine adaptive Qualifikation).

Die Rekrutierung der Kandidaten

Die Rekrutierung durch die UBG¹² läuft im Wesentlichen in folgenden Schritten ab:

1. Zuerst wird versucht, die Kandidaten im Herkunftsland zu identifizieren
2. Diese erstellen Lebensläufe.
3. Die Lebensläufe werden an den Arbeitgeber geschickt.
4. Der Arbeitgeber schickt die Arbeitsverträge an die UBG.
5. Die UBG erfasst die Arbeitsverträge im Dokument „Übersicht der Arbeitsverträge“
6. Die AV werden gescannt, gespeichert und vorab per E-Mail an den Arbeitgebernehmer geschickt.
7. Die Originale werden per Post an die Kandidaten zur Unterschrift geschickt.
8. Ein unterschriebenes Exemplar senden die Kandidaten an die UBG zurück die den Vertrag anschließend dem Arbeitgeber zukommen lässt.

Die Gleichwertigkeitsprüfung der Unterlagen beim Landesamt:

1. Anhand einer Recherche über die Homepage des Landesamtes wird für die Kandidaten eine Checkliste zu den notwendigen Unterlagen erstellt.
2. Wenn die Unterlagen von den Kandidaten (in der entsprechenden Form) bei der UBG eingegangen sind, werden sie beim zuständigen Landesamt eingereicht (s.o.)

Die Arbeitsmarktzulassung:

1. Die Formulare – „Stellenbeschreibung“ und „Anfrage nach §36“ werden ausgefüllt und an den Arbeitgeber per E-Mail zur Unterschrift geschickt.
2. Der Arbeitgeber schickt die Formulare an die UBG zurück
3. Die UBG beantragt anhand dieser E-Mail die Arbeitsmarktzulassung online.

¹² UBG: International Nurse Recruitment in Eastern Europe and China GmbH - mit diesem Unternehmen hat die Autorin von 2012-2020 chinesische Fachkräfte rekrutiert, ausgebildet und begleitet.

4. Die Bescheide vom Landesamt und die Arbeitsmarktzulassungen werden schließlich im Original an die Kandidaten geschickt.

6.2.2. Die Vorbereitung der chinesischen Fachkräfte auf ihre Integration in Deutschland

Sprachliche Vorbereitung

Die Entscheidung, in Deutschland zu arbeiten, ist vor allem auf den guten Ruf in der deutschen Gesellschaft und Wirtschaft zurückzuführen. Bei vielen chinesischen Fachkräften trifft man auf eine hohe Bereitschaft die Art der Krankenpflege in Deutschland näher kennenzulernen. Hinzu kommt die Ansicht, dass die medizinische Ausbildung in Deutschland auf einem hohen Niveau ist. Die Absicht, einen Beitrag zu der Entwicklung des Heimatlandes zu leisten, gehört auch zu einer wichtigen Motivation (vgl. blog.renren.com/share/104066125/102072139).

Zur Anerkennung eines Gesundheitskrankenschweflers, der eine auBerhalb der EU absolvierte Ausbildung besitzt, sind ausreichende Deutsch-Kenntnisse notwendig. In der Regel ist für diese Berufsgruppe das Zertifikat von einem Sprachniveau B2 nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen erforderlich. Jedoch reicht beim Antrag auf das Visum bei der Botschaft ein B1-Zertifikat aus mit der Voraussetzung, dass der weitere Lehrgang zum Deutschlernen geplant wird.

Das Sprachniveau gliedert sich entsprechend des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen in drei grundlegenden Stufen mit nochmals insgesamt 6 Stufen des Sprachniveaus (docplayer.org):

| | | Unterrichts- einheiten |
|---------------------------------------|---|---------------------------|
| A: Elementare Sprachverwendung | A1 – Anfänger | 80-200 |
| | A2 – Grundlegende Kenntnisse | 200-350 |
| B: Selbstständige Sprachverwendung | B1 – Fortgeschrittene Sprachverwendung | 350-600 |
| | B2 – Selbstständige Sprachverwendung | 600-800 |
| C: Kompetente Sprachverwendung | C1 – Fachkundige Sprachkenntnisse | 800-1000 |
| | C2 – Annähernd muttersprachliche Kenntnisse | Mindestens 1000 |

Wie viele Stunden eingesetzt werden sollen, um ein bestimmtes Sprachniveau zu erreichen, hängt von persönlichen Faktoren, wie Motivation, Fleiß und Lernmethoden ab. Im Unterricht sind Unterrichtsintensivität und Umfang des Wortschatzes zu berücksichtigen.

Das Goethe Institut, das weltweit tätige Kulturinstitut, empfiehlt für die einzelnen Niveaustufen entsprechende Unterrichtseinheiten (s. obige Tabelle). Wenn für einen Intensivkurs wöchentlich 20-30 Unterrichtseinheiten anzusetzen sind, wird ein B1 Kurs 4 bis 6 Monate und ein B2 Kurs 8 bis 10 Monate dauern.

Unter dem B1/B2 Niveau sind die folgenden Sprachkenntnisse zu bestimmen:

„B1 – Fortgeschrittene Sprachverwendung

Kann die Hauptpunkte verstehen, wenn klare Standardsprache verwendet wird und wenn es um vertraute Dinge aus Arbeit, Schule, Freizeit usw. geht. Kann die meisten Situationen bewältigen, denen man auf Reisen im Sprachgebiet begegnet. Kann sich einfach und zusammenhängend über vertraute Themen und persönliche Interessengebiete äußern. Kann über Erfahrungen und Ereignisse berichten, Träume, Hoffnungen und Ziele beschreiben und zu Plänen und Ansichten kurze Begründungen oder Erklärungen geben.

B2 – Selbständige Sprachverwendung

Kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Spezialgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Kann sich zu einem breiten Themenspektrum klar und detailliert ausdrücken, einen Standpunkt zu einer aktuellen Frage erläutern und die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten angeben“.
(GER -Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen)

Nach Erfahrung der Autorin lernt der Großteil der chinesischen Studierenden am liebsten im Frontalunterricht mit Grammatikvermittlung und Übersetzungsaufgaben. Andere, kommunikativere Unterrichtsformen werden zwar auch angeboten, werden aber nicht so gern angenommen.

Da die chinesischen Pflegekräfte das B1 Zertifikat der Botschaft vorlegen müssen, wird bereits in China mindestens ein Intensiv-B1 Kurs besucht, meistens wird auch ein B2 Kurs einbezogen, um sich besser auf die zukünftige Arbeit und das Alltagsleben in Deutschland vorzubereiten.

Nach der Einreise in Deutschland lässt sich in der Regel ein weiterer Intensivkurs wegen

der beruflichen Beschäftigung nicht einfach einsetzen. In Deutschland ist ein Qualifikationslehrgang außerhalb der Arbeitszeit zu organisieren. Da der Fachunterricht in Deutsch abläuft, bietet dieser ebenfalls eine Möglichkeit, die deutsche Sprache wahrzunehmen. Zusätzlich erhalten die Pflegekräfte wöchentlich einen Sprachunterricht von circa 8 Unterrichtseinheiten.

In China ist es möglich, ein B1 Zertifikat ausschließlich durch das Goethe Institut zu erwerben, und zwar in Peking, Chongqing, Nanjing, Qingdao, Shanghai, Tianjin, Xi'an und Shenyang.

Das Goethe-Zertifikat B1 besteht aus den vier Modulen Lesen, Hören, Schreiben und Sprechen. Zum Erwerb des Zertifikats müssen alle vier Teile bestanden werden. Die vier Module können einzeln oder in Kombination abgelegt werden.

In Deutschland kann entweder eine Goethe B2 Prüfung oder eine Telc B2 Prüfung zum Erwerb eines B2 Zertifikats ausgewählt werden. Beide Prüfungen bestehen aus einem mündlichen und einem schriftlichen Teil. Während die Goethe Prüfungen von einem Goethe Institut in Deutschland oder einer VHS Schule organisiert werden (vgl. Goethe-Institut 2020), wird eine Telc Prüfung in VHS Schulen und privaten Sprachschulen sowie bei Bildungsträgern durchgeführt (Telc 2020).

Kulturelle Vorbereitung:

Kulturelle Vorbereitung beinhaltet insbesondere das Training interkultureller Kompetenzen:

„Interkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, effektiv und angemessen in interkulturellen Situationen zu kommunizieren, auf Grundlage eigenen kulturellen Wissens, Fähigkeiten und Einstellungen“ (Deardorff 2006, S. 14).

Für Sibel Ulucan besteht interkulturelle Kompetenz aus drei Teilkompetenzen, der **kognitiven, der affektiven und der pragmatisch-kommunikativen Teilkompetenz**.

Die **kognitive** Teilkompetenz beinhaltet demnach Aspekte wie das Wissen über diverse Kulturen und deren Funktionsweisen, die Fähigkeiten zu Selbstreflexion und den Wechsel der Perspektiven und eine kritische Haltung gegenüber eigenen Wertesystemen.

Mit der **affektiven** Teilkompetenz meint sie Empathie und Aufgeschlossenheit sowie grundsätzlich eine positive Haltung gegenüber anderen Kulturen. Unter **pragmatisch-kommunikativer Teilkompetenz** fasst sie die Fähigkeiten und Strategien zusammen, welche einer angemessenen Kommunikation sowie der konstruktiven Lösung von Konflikten dienen. (vgl. Ulucan, Folien 13-16)

„Die Entwicklung der interkulturellen Kompetenz ist kein selbstlaufender Prozess“ - Oxana Fuchs (2012, 9) stellt fest, dass „das Vorhandensein interkultureller Beziehungen im Leben eines Menschen, z.B. zu den Nachbarn oder Kollegen, die aus einer anderen Kultur stammen, [macht] diesen Menschen nicht automatisch interkulturell kompetent“ macht. Nur bei intensiver Arbeit mit den neuen Kollegen aus China und gegenseitigem Verständnis und nie abreißender Kommunikation kann daher interkulturelle Kompetenz auf beiden Seiten erreicht werden.

Um kulturelles Wissen und kommunikative Fertigkeiten zu vermitteln, werden didaktische Methoden verwendet. Lehrende und Betreuende strukturieren den Lernprozess mit Hilfe von Lektüre, Vorträgen, Diskussionen im Unterricht. Die allgemeine Orientierung betrifft z.B. Kulturverständnis, Kulturtheorien, Kulturbegriffe, Identität inkl. Zielkulturwissen und Handlungswissen usw.

Um strategisches Handeln und Wahrnehmungsfähigkeit zu trainieren, nutzen Dozenten und Mitarbeitern der UBG eine methodische Vielfalt wie Simulation, Lerngespräche sowie „Learning by Doing“. Da die Teilnehmenden schon in Deutschland sind, haben sie auch die Chance, zu typischen sowie untypischen Veranstaltungen und Orten zu gehen, mit lokalen Einrichtungen zu kommunizieren und neue Erlebnisse zu sammeln.

Dadurch erhalten sie einen direkten Eindruck von der Zielkultur. Den Teilnehmenden wird mitgeteilt, wie sie Freunde und Veranstaltungen in der neuen Stadt finden können. Die Lehrenden und Betreuenden werden am Anfang des Prozesses immer für Fragen verfügbar sein, ihre Hilfe sollte aber allmählich verringert werden.

Fachliche Vorbereitung nach erfolgreicher Rekrutierung

Sind die ausländischen Teilnehmer in Deutschland eingereist und haben sich von der anstrengenden Reise und der Zeitverschiebung erholt, werden sie in den ausgewählten Einrichtungen im Pflegesektor praktisch eingesetzt. Sie werden auf der Station einer Pflegeeinrichtung eingesetzt und von einem zuständigen Mentor bzw. Praxisanleiter begleitet, der sie während ihrer Ausbildung fachlich und praktisch auf die Kenntnisprüfung in Deutschland vorbereitet.

Die UBG steht in engen Kontakt mit dem jeweiligen Praxisanleiter und holt sich regelmäßig sprachliche und fachliche Einschätzungen der Mentoren ein, um sich stets ein Gesamtbild des Kandidaten in Hinblick auf seine aktuellen sprachlichen Fähigkeiten und fachlich fundierten Fertigkeiten zu machen.

So können Pflegeschwerpunkte oder Probleme in den theoretischen Unterricht einfließen und die Kandidaten individuell unterstützt werden. Durch eine Praxisanleitung der Dozenten von UBG kann sich vor Ort vom aktuellen

Ausbildungsstand der Teilnehmer überzeugt werden und weitere Handlungsanreize können gesetzt werden.

Der theoretische Unterricht richtet sich nach einem von der UBG erstellten Curriculum, das sich an den Gleichwertigkeitsbescheiden orientiert. Andere wichtige Aspekte des Pflegeunterrichts, die nicht explizit im Curriculum abgebildet sind, können in den Fachunterricht integriert und dem individuellen Bedarf der Teilnehmer angepasst werden.

Der theoretische Unterricht beinhaltet insgesamt eine Dauer von 38 Tagen à 8 Unterrichtseinheiten, wobei eine Unterrichtseinheit eine Länge von 45 Minuten hat. Die 8 Unterrichtseinheiten werden vorrangig in 4 Doppelstunden (2 UE = anderthalb Zeitstunden) absolviert. Der Unterricht findet tagsüber meist von 8 Uhr bis 15 Uhr statt. In Absprache mit Dozenten und Kandidaten können die Zeiten aber auch individuell angepasst werden.

Die UBG orientiert sich in ihrer Qualifizierung am Krankenpflegegesetz. Danach ist das Curriculum fachbezogen in verschiedene Lernfelder gegliedert. Diese Lernfelder gliedern sich wiederum in verschiedene Themenbereiche (vgl. Krankenpflegegesetz). Die Reihenfolge der zu unterrichtenden Aspekte kann vom Curriculum abweichen. Inhaltliche Themenschwerpunkte beziehen sich u.a. auf die Lernfelder

- „Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten“,
- „Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten“,
- „Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen“,
- „Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken“,
- „Rechtliche Rahmenbestimmungen“,
- „Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen“,
- „Berufliche Anforderungen erfüllen“ und
- „In Gruppen und Teams zusammenarbeiten“ (vgl. Klinikverbund Südwest).

Erfahrungsgemäß bietet es sich an, aufgrund des sprachlichen und fachlichen Niveaus zu Beginn der Ausbildung praxisrelevante Themen wie z.B. Körperpflege, Behandlungspflege, Hygiene und Prophylaxen zu unterrichten, die sich zudem visuell und praktisch gut darstellen lassen. Deutlich differenziertere Themen wie z.B. spezielle Krankheitsbilder oder Therapieanwendungen können später behandelt werden.

Alle Inhalte eines Unterrichtstages werden schriftlich in einem Klassenbuch nach Ende eines Unterrichtstages dokumentiert und von den eingesetzten Dozenten unterschrieben. Eine Anwesenheitsliste dient zur Feststellung der Beteiligung am

Unterricht durch die Kandidaten. Das Klassenbuch und die Teilnehmerliste werden regelmäßig durch die UBG kontrolliert, um die allgemeine Unterrichtsbeteiligung feststellen zu können.

Für die didaktische Unterrichtsgestaltung kann der Dozent wahlweise das Tafelbild, Power Point Präsentationen oder andere Mittel zur visuellen Darstellung nutzen. Wöchentliche Wissenstest helfen, den aktuellen Stand des Fachwissens der Teilnehmer zu überprüfen und ggf. zu wiederholen. Gleichzeitig können die Fragen und Antworten als Prüfungsvorbereitung genutzt und gegenseitig abgefragt werden.

Über die mediale Gestaltung in Form einer Power Point Präsentationen können die Teilnehmer die deutsche Sprache besser verfolgen. Lehrvideos runden den Unterricht fachlich ab, indem sie Gelehrtes noch einmal visuell darstellen und dem Kandidaten ein noch besseres Verständnis näherbringen können.

Der Dozent muss sich zwingend an die inhaltlichen Vorgaben des Curriculums halten, um alle Themenfelder abzudecken.

Der Dozent ist verpflichtet, einen ausführlichen und inhaltlich korrekten Unterrichtsbericht nach Ende des Unterrichts an die UBG zu schicken, in dem er detailliert erläutert, welche Themenschwerpunkte unter Hilfe welcher didaktischen Unterrichtsmethoden eingesetzt wurden. Dieser Unterrichtsbericht wird dann an die jeweiligen Arbeitgeber versandt. Die zugeteilten Mentoren können anhand des Unterrichtsberichts die praktische Betreuung anpassen und theoretisch vermittelte Lehrinhalte nun auch praktisch umsetzen (z.B. Behandlungspflege).

Eine sprachliche und fachliche Einschätzung der Teilnehmer durch den Fachdozenten hilft weiterhin, den Lehrplan anzupassen und die Kandidaten bestmöglich auf die bevorstehende Prüfung vorzubereiten.

Es ist durchaus sinnvoll, dass bestimmte Themenkomplexe wie die Körperpflege noch vor dem praktischen Einsatz in der Pflegeeinrichtung gelehrt werden, um die Kandidaten von vornherein darauf vorzubereiten, was sie in einer deutschen Pflegeeinrichtung erwartet, da sich die Arbeit als Gesundheits- und Krankenpfleger in den verschiedenen Ländern stark unterscheidet.

Aus diesem Grund hat sich die UBG dazu entschieden, notwendigen Fachunterricht bereits in den Herkunftsländern anzubieten oder unabdingbare Inhalte durch vorab erbrachten Fernunterricht mittels PC-Technik durch das interaktive Meeting Programm ZOOM zu vermitteln. Mit diesem Programm kann man zusätzlich durch persönliche Interviews bereits vor Ort einen Überblick über geeignete Kandidaten für die Einrichtungen gewinnen.

Die Kandidaten haben so auch die Möglichkeit, in die deutsche Pflege „hinein zu schnuppern“. Kandidaten, die andere Erwartungen vom Leben und Arbeiten in Deutschland hatten, haben nun noch die Möglichkeit, aus dem Projekt auszusteigen, bevor es zum schlimmen „Erwachen“, Unzufriedenheit und Projektabbruch in Deutschland kommt.

Die Kenntnisprüfung selbst findet in Deutschland statt. Sie setzt sich aus einer mündlichen und einer praktischen Prüfung zusammen.

Die praktische Prüfung muss von der im Vorfeld bekannten und in der Einrichtung arbeitenden Mentorin begleitet werden. Voraussetzung für die Zulassung zur Kenntnisprüfung ist das Vorliegen eines anerkannten B2-Level-Zertifikats. Dieses kann in Deutschland oder bereits im Heimatland erworben werden. Hat der Teilnehmer am Prüfungstag die Sprachprüfung auf B2-Niveau noch nicht bestanden oder wurden die entsprechenden Nachweise nicht eingereicht, wird die Kenntnisprüfung nicht durchgeführt.

Die mündliche Prüfung wird im Rahmen eines ca. 60minütigen Gesprächs absolviert. Anhand von ausgewählten Fallbeispielen bezieht sich das Prüfungsgespräch auf die Schwerpunkte Krankenpflege, Krankheitslehre, Psychologie, Soziologie, Rehabilitation und Hygiene.

Die praktische Prüfung wird vorzugsweise in der pflegerischen Einrichtung des Arbeitgebers erbracht. Hierbei nehmen zwei Fachprüfer die praktische Prüfung ab. Bereits einen Tag vor der praktischen Prüfung fertigt der Prüfling unter Aufsicht seines zugewiesenen Praxisanleiters oder Mentoren die Pflegeplanung eines vorher ausgewählten Patienten an. Der Zeitrahmen sollte eine Stunde nicht überschreiten.

Bevor der Prüfling am Prüfungstag mit den grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten beginnt, muss er seinen Prüfern den Patienten anhand der Pflegeplanung und einer Checkliste für die Patientenvorstellung so genau wie möglich vorstellen, damit sich die Prüfer ein umfassendes Bild des Patienten machen können. Anschließend muss der Prüfling eine Pflegesituation im Rahmen der Grundpflege vorführen. Diese beinhaltet eine Teil- oder Ganzkörperpflege, Transfer – bzw. Lagerungstechniken, die am Gesundheitszustand des Patienten angepasste und individuelle Anwendung prophylaktischer Maßnahmen, Kommunikation, Nahrungsaufnahme unter Berücksichtigung einer hygienisch einwandfreien und rückschonenden Arbeitsweise.

Zusätzlich hat der Prüfling die Möglichkeit, sein fundiertes Fachwissen durch zwei verschiedene Behandlungspflegen anzuwenden. Das können beispielsweise ein

Verbandswechsel, Injektionen (s.c. oder i.m.), die Medikamentenapplikation, eine Blutentnahme, das Richten und Verabreichen einer Infusion oder andere behandlungspflegerische Tätigkeiten sein. Ist bei dem grundpflegerischen Patienten lediglich eine oder keine Behandlungspflege durchführbar oder nicht ärztlich angeordnet, wird für die Prüfung ein weiterer Patient involviert.

Dem Prüfling ist es frei gestellt die Prüfer mit in die Pflege kurz einzubeziehen, z.B. zur Unterstützung einer Lagerungs- und Transfertechnik. Er darf hier kleine pflegerische Aufgaben an die Prüfer delegieren. Dies wird dem Kandidaten nicht negativ angerechnet.

Die Prüfer greifen während der gesamten Prüfung nur in den Handlungsablauf und die Organisation ein, wenn der Prüfling einen schwerwiegenden und gefährlichen Pflegefehler begehen würde/begeht (z.B., wenn er dem Patienten ein falsches Medikament geben möchte).

Die Prüfer beobachten den Prüfling und machen sich dazu eigenhändige Notizen. Am Ende der Prüfung können die Prüfer zusätzliche Fragen, die sich ausschließlich auf den Patienten, seine Erkrankungen und auf die Prüfungssituation beziehen, an den Prüfling stellen. Anschließend hat der Kandidat die Möglichkeit, sein persönliches Feedback abzugeben. Danach wird die Prüfung durch die Prüfer beurteilt und bewertet.

Wie diese einzelnen Prozesse abgelaufen sind und welche Ergebnisse sie brachten, ist Bestandteil nachfolgender Forschungsbeschreibung.

7. Forschungsmethoden und Ablauf der Untersuchung

Vorüberlegungen für das Forschungsdesign

In Kapitel 1 und 6 wurde beschrieben, welchen Bezug die Autorin zu China und den chinesischen Krankenschwestern hatte und hat. In diesem Abschnitt werden noch einmal speziell die Punkte erläutert, welche die fachliche Arbeit und die Entwicklung des Forschungsgegenstandes betreffen.

Die ersten beruflichen Anfänge der Autorin in China lagen einige Jahre vor der ersten Olympiade in Peking im Jahre 2008.

Es handelte sich damals um Aufträge zur Schulung von Pflegefachkräften im Süden von China in einer Pflegeheimkette. Das war ein erstes Eintauchen in das chinesische Pflegesystem, welches sich vollkommen vom deutschen Pflegesystem unterschied.

Signifikante Unterschiede waren die Unklarheiten über die fachlichen Anforderungen, die Aufgabenverteilungen zwischen den Pflegefachkräften und den Pflegehilfskräften und das völlige Fehlen von Pflegestandards. D.h., was war nicht klar, wie die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung einer Pflegehandlung definiert war. Unklar war fast immer auch, wie der pflegerische Zustand des älteren, teilweise bettlägerigen Bewohners war und was mit der (nicht geplanten) Pflege überhaupt erreicht werden sollte.

Spätere Besuche in China waren Aufträge an Universitäten, welche in vierjährigen Studiengängen Pflegefachkräfte ausgebildet haben. Bei den Aufträgen handelte es sich zumeist um Lehraufträge, insbesondere zur geriatrischen Pflege. An den Universitäten, welche sich auch qualitativ sehr unterschieden, ist die Autorin erstmals mit den Curricula der chinesischen Ausbildung in der Pflege, vertraut gemacht worden.

In den Jahren 2010-2013 wurde der Pflegenotstand in Deutschland sehr thematisiert und unter anderem wurde daran gedacht in China nach geeigneten Pflegefachkräften zu suchen und diese nach Deutschland zu bringen. Es gab das erste große Projekt zwischen dem Arbeitgeberverband Pflege und dem chinesischen Arbeitsministerium. Hier sollten ca. 80 chinesische Pflegefachkräfte nach Deutschland gebracht werden. Diese fast ausschließlich noch sehr jungen Menschen haben sich bis dahin nicht mit Push- und Pullfaktoren beschäftigt, sondern sie haben vielmehr in der Verfasserin der Arbeit und in ihrer Lehrerin vor Ort jemanden gefunden, von dem sie sich einen Zugang zu Deutschland erhofft haben.

Diese Hoffnung hat sich danach erfüllt. Allerdings gab diesen Weg nach Deutschland erst 2013, nachdem sich mit der neuen Beschäftigungsverordnung die gesetzliche Grundlage geändert hatte und Drittstaatler mit einem Arbeitsvertrag nach Deutschland kommen konnten.

Die Autorin hat erstmals im Jahre 2013 zwanzig in China fachlich, sprachlich und unterkulturell gut vorbereitete Pflegefachkräfte nach Deutschland zu einem Arbeitgeber gebracht. Zu diesem Zeitpunkt gab es bereits die Absicht eine Dissertation zu schreiben und hier begann die Feldforschung.

Es war von Anfang an klar, dass der Prozess der Anwerbung in China und der wissenschaftlichen Arbeit klar getrennt werden musste. In ihre Arbeit hat die Autorin zu diesem Zeitpunkt bereits viel subjektives Wissen eingebracht.

Wie also sollte gelingen, die Arbeit an den Projekten - Rekrutierung von chinesischen Fachkräften nach Deutschland- von der wissenschaftlichen Arbeit zu trennen?

Die Thematisierung der Forschungssubjektivität war ein wichtiger Punkt und musste am Anfang und später immer wieder geklärt werden.

Hierbei legte die Autorin für sich folgende Schwerpunkte fest:

- Die Perspektive der Forschung
- Die Wahrnehmung der chinesischen Krankenschwestern und ihrer Integration
- Die Wahl der Forschungsmethoden

- Zur Perspektive der Forschung

Als 2014 die ersten 20 chinesischen Krankenschwestern nach Deutschland kamen, war das Interesse der Medien groß und oft wurde die Frage gestellt, warum es chinesischen Krankenschwestern nach Deutschland drängt.

Die Chinesen waren mit Begriffen wie Fleiß, großem Lernwillen und höher Anpassungsfähigkeit belegt. War das richtig? Stimmt es noch, wenn man unter die Oberfläche blickte?

Die Perspektive der Forschung war die teilnehmende Beobachtung. Das Forschungsdesign beschreibt die Kriterien der teilnehmenden Beobachtung insbesondere im Arbeitsumfeld der Chinesinnen. Die beobachteten Kriterien sind hier beschrieben.

- Zur Wahrnehmung der chinesischen Krankenschwestern und ihre Integration

Es zeigte sich nach der Einreise schnell, dass die chinesischen Krankenschwestern die an sie gestellten Anforderungen nicht erfüllten oder nicht erfüllen konnten. Das führte zunächst zu erhöhtem Arbeitseinsatz von Seiten der Praxisanleiter und später zur Resignation der Vorgesetzten.

Aus der Forschungsperspektive war es manchmal schwer die Subjektivität zu behalten und keinen Groll zu entwickeln. Zum einen sollten sie im Punkt kulturelle und berufliche Integration im Feld beobachtet werden und zum anderen wurde der Forschungsprozess oft durch die Beschwerden der Arbeitgeber gestört.

Spätestens hier musste sich die Autorin in regelmäßigen Fachaustausch mit Kollegen

begeben, um die Objektivität zu bewahren. Der regelmäßige Besuch des Fachkolloquiums hat hier sehr dazu beigetragen, die Objektivität in kulturellen, sozialen und psychologischen Fragestellungen stets zu hinterfragen.

- Die Wahl der Forschungsmethoden

Um ein möglichst vielfältiges Bild zur Situation der Pflegekräfte zu bekommen, hat sich die Autorin zu einem Mix an Forschungsmethoden entschlossen: Fragebögen an die Arbeitgeber, Interviews für einen persönlichen Blick der Pflegekräfte und teilnehmende Beobachtung, um etwas über das Verhalten der Pflegekräfte und ihre Einbindung in den Arbeitsprozess von außen zu erfahren. Die teilnehmende Beobachtung war einer der Schwerpunkte, um die Forschungsfragen zu beantworten. Im Feld musste die Autorin die Objektivität bewahren und subjektive Empfindungen von objektiven Gegebenheiten trennen.

Der räumliche Untersuchungsrahmen waren zunächst ganz alltägliche Gespräche. Diese fanden im Pflegeheim, also dem Arbeitsplatz oder auch im Restaurant statt.

Von den Anfängen der ersten Projekte und Datenerhebungen bis zum heutigen Tag sind sieben Jahre vergangen. Längst drängen viele Nationen auf den deutschen Markt. Die gesetzlichen Anforderungen haben sich verändert und die Einreise nach Deutschland ist für Migranten, welche in Deutschland arbeiten möchten bedeutend einfacher geworden. Diese äußeren Veränderungen sowie der zeitliche Abstand haben dazu beigetragen, zu den eigenen Beobachtungen und Forschungserhebungen die notwendige Distanz zu entwickeln. Über diese Distanz wurde ein sehr viel kritischere Haltung von Seiten der Autorin eingenommen.

Zusammenfassend haben folgende Faktoren dazu beigetragen, die Subjektivität der Forschung kritisch zu betrachten und den Prozess weitgehend objektiv zu gestalten:

- Heraustreten aus dem Prozess, Hinterfragen der Beobachtungen und Schlussfolgerungen
- Austausch mit Fachkollegen
- Mit Kollegen in der Pflege
- Vorstellen und Diskutieren der Arbeit im Fachkolloquium
- Die Distanz wurde größer über die Zeit
- Vergleiche mit Erkenntnissen aus Literatur und aktuellen Berichten anderer Einrichtungen
- Nutzung qualitativer Werkzeuge zur Transkription und Auswertung nach Mayring

7.1. Forschungsdesign

7.1.1. Auswahl der Forschungsmethoden

Mittels quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden wird untersucht, welche soziodemografischen Merkmale und Einstellungsmuster chinesische Krankenschwestern charakterisieren, die bereit sind, nach Deutschland zu kommen, um als Altenpflegerinnen weitergebildet und eingesetzt zu werden. Ferner soll erhoben werden, nach welchen Kriterien sie sich für die deutsche Zielgesellschaft entscheiden. Aus der Sicht des aufnehmenden Landes Deutschland soll untersucht werden, inwieweit chinesische Krankenschwester geeignet sind, im deutschen Gesundheitswesen zu bestehen.

In meiner Arbeit nutze ich

- Online Befragungen mittels Fragebögen (1).
- qualitative Interviews (2)
- sowie die teilnehmende Beobachtung (3).

(1) Online-Befragungen mittels Fragebögen an Einrichtungen der Pflege und Krankenhäuser

Die an die Pflegeeinrichtungen versendeten Fragebögen hatten den Zweck die Haltung der Arbeitgeber zur Einstellung ausländischer Pflegefachkräfte herauszufinden. Gab es hier ernsthafte Ambitionen, ausländische Fachkräfte aufzunehmen? War man sich tatsächlich allen Schwierigkeiten bewusst, die damit verbunden sind?

Um die in der wissenschaftlichen Diskussion vorgebrachten Nachteile der ausschließlichen Verwendung standardisierter, strukturierter Befragungen zu vermeiden (Lamnek 1995), werden in der online-Befragung offene Fragen zugelassen.

Die online Befragung anhand von Fragebögen erfolgte anhand folgender Kriterien:

- Erfahrungen der Arbeitgeber zu Migrationsbewegungen in der Pflege
- Kenntnisse des Ausbildungssystems von ausländischen Fachkräften
- Erfahrungen und/oder Bezüge zur Integration von Migranten (Pflegefachpersonal) in die deutsche Gesellschaft

Bei der Formulierung der Fragen wurde darauf geachtet, dass es sich um verständliche, einfache, kurze und eindeutige Fragen handelt. Die Fragen waren zielgruppengerecht formuliert.

Auf eine angemessene Anzahl von Vorgaben in den Antworten wurde Wert gelegt.

(2) Interviews:

Die Interviews mit den Befragungsteilnehmern sind im direkten Gespräch, zum Teil aber auch über Skype vorgesehen. In einigen Fällen ist ein Austausch per E-Mail vorgesehen.

Bei der Kommunikation zwischen Deutschland und China wird nicht nur Zeitunterschieden, sondern auch den dabei eingesetzten Medien große Aufmerksamkeit zu widmen sein. Schließlich können sich dadurch nicht unerhebliche und das Ergebnis beeinträchtigende Konflikte ergeben (vgl. Köppel et.al. 2007, 244 ff.). Blickkontakt, soziales Umfeld, Kulturunterschiede im Schreibstil oder zeitverzögerte Kommunikation sind Aspekte, die den Austausch und die Qualität der Information beeinflussen.

Das qualitative Interview / Narratives Interview:

Die narrativen Interviews sind aus der Sicht der Autorin die Methode, welche ihr am ehesten Zugang zu den Fachkräften verschaffen. Diese Interviews fanden zunächst im Herkunftsland statt und hatten den Zweck herauszufinden, welche Motivation hinter dem Wunsch der Arbeitsmigration steht. Schon hier wurde klar, wie wenig Vorbereitung in den Überlegungen steckte. Es herrschte eher die Annahme „wird schon werden“ vor, und wenn man erst in Deutschland sei, dann würden sich die Dinge schon finden.

Die dann später in Deutschland geführten narrativen Interviews sollten insbesondere die Kohärenz zwischen Vorstellung und Wirklichkeit beleuchten. Der räumliche Untersuchungsrahmen war oft die Klinik oder das Pflegeheim, gelegentlich der Unterrichtsraum, nie jedoch die Häuslichkeit der Fachkräfte. Die Zeiten wurden individuell festgelegt.

Fünf Phasen des narrativen Interviews

„Das narrative Interview ist eine Spezialform des qualitativen Interviews, die Schütze (1977) entwickelt und propagiert hat. Im narrativen Interview wird der zu Befragende aufgefordert, etwas über den im Gespräch benannten Gegenstand – meist in Verbindung mit der Lebensgeschichte – zu erzählen, was natürlich voraussetzt, dass der Befragte eine entsprechende Kompetenz besitzt.“ (Lamnek 2015, S.70)

„In Anwendung des Erzählkonzepts auf die konkrete Interviewsituation lässt sich das narrative Interview nach Voss (2015, S. 327 ff.) in fünf Phasen differenzieren:

- 1. Erklärungsphase.** In dieser ersten Phase werden Ziel und Zweck des Interviews erläutert. Der Interviewte erhält Informationen über den Ablauf, technische Gegebenheiten, die Dauer des Interviews und welche inhaltlichen

Schwerpunkte angesprochen werden. Es ist wichtig, eine Atmosphäre des Vertrauens und der Offenheit zu erreichen:

Die chinesischen Pflegekräfte werden zu Beginn über das Interview aufgeklärt. Es wird ihnen der Sinn des Interviews erklärt. Die Autorin möchte die Hintergründe über die berufliche Migration erfahren und die gewonnenen Erkenntnisse anderen zur Verfügung stellen.

2. **Einleitungsphase.** „In dieser zweiten Phase wird zwischen Interviewtem und Interviewer zu klären versucht, unter welchen Aspekten selbst erlebte Ereignisse erzählt werden sollen. Es werden die Dimensionen – wenn auch völlig offen – des zu erzählenden Ereignisses angetippt“ (Voss, ebda.):
Das zu erzählende ist die Migration aus dem Herkunftsland China nach Deutschland. Wie ist diese Migration abgelaufen? Welche Vorstellung hat die Pflegefachkraft vom Einwanderungsland gehabt? Es erfolgt ein offener Übergang in die Erzählphase.
3. **Erzählphase.** Nach Voss erzählt der Interviewte im narrativen Interview so lange, wie er möchte. Er wird vom Interviewer nicht unterbrochen. Es ist ihm freigestellt, Pausen einzulegen.
Hier erzählt die Fachkraft/Kandidatin den gesamten Prozess, wie sie es erlebt hat. Sie wird nicht von der Interviewerin unterbrochen.
4. **„Nachfragephase.** Bleiben dennoch Fragen offen oder tauchen Widersprüche auf, werden diese in der Nachfragephase hinterfragt.
5. **Bilanzierungsphase.** Das Gespräch endet mit einer kurzen Bilanz. Für die Autorin sind die Fragen nach der Motivation von großer Bedeutung. Was genau war die Intention? Welche Wünsche und Hoffnungen hat die Kandidatin mit der Migration verbunden? Inwieweit sind Erfahrungen bereits eingereister Kandidaten in ihre Überlegungen eingeflossen? Welche Erkenntnisse sind daraus abzuleiten?

Im Weiteren bezieht sich Voss noch ausführlicher auf die inhaltliche Ausgestaltung des Erzählten:

Logischer Aufbau und Detaillierung: Eine Erzählung veranlasst den Befragten zu einem logischen Aufbau durch das Aneinanderreihen von Ereignissen. Einige Details muss er dabei genauer erzählen, um Übergänge zwischen den einzelnen Ereignissen zu finden und gedankliche Sprünge zu vermeiden. Genau diese Details sind es, welche helfen, die Erinnerungen möglichst realitätsnah zu rekonstruieren.

Relativierung: Gleichzeitig sollte der Interviewer den Befragten nicht zu sehr mit Erklärungsfragen bedrängen, sondern es dem Befragten überlassen, wie sehr dieser in einzelne Details geht. Der Interviewstil ist also neutral bis weich: Der Befragte wird gebeten, einfach zu erzählen. Der Interviewer signalisiert durch seine Körpersprache (Zugewandtheit, aufmunterndes Nicken) eine offene Gesprächshaltung und hält sich mit seinen Fragen weitestgehend zurück. Nachfragen dienen dazu, das Verständnis des Gesagten zu validieren, d.h., sich der Orientierungsmuster des Befragten, evtl. auch eigener Interpretationen zu versichern, zum Beispiel durch die Frage: „Habe ich Sie richtig verstanden?“ (vgl. Voss 2015, S. 328)

(3) Teilnehmende Beobachtung

Begriffsklärung:

„Beobachtung ist ein fester Bestandteil des täglichen Lebens. Im Gegensatz zum Alltag sind wissenschaftliche Beobachtungen systematisch und objektiv. Sie stellen einen besonderen Zugang zu sozialen Phänomenen dar, bei denen Daten über die Untersuchungsobjekte nicht auf ihrer direkten Information basieren (Fragebogen, narratives Interview – d.A.), sondern indirekt vom Forscher oder den von ihm beauftragten Personen erhoben werden. Beobachtung bezieht sich normalerweise auf Formen von Verhalten, Aktion und Interaktion, d.h. auf explizit manifeste Phänomene. Gleichwohl spielen Wahrnehmung und Aufnahmefähigkeit von Forschern oder Beobachtern eine wichtige Rolle.

Wissenschaftliche Beobachtung ist daher in der Regel eine aufmerksame, planmäßige und zielgerichtete Wahrnehmung der Prozesse, Ereignisse, Verhaltensweisen von Lebewesen (Menschen und Tieren) in Abhängigkeit von bestimmten Situationen. Der Zweck der Beobachtung besteht darin, den Gegenstand der entsprechenden Interessen so genau wie möglich zu verstehen. Mit dieser Methode werden grundlegende Daten und Fakten gesammelt.“ (Stangl 2008)

Bei der **teilnehmenden Beobachtung** handelt es sich somit um eine Methode, der in vielen Kontexten der Sozialforschung eine große Bedeutung zukommt. Dabei ist es wichtig, dass sich das Verständnis von dem, was als teilnehmende Beobachtung bezeichnet wird, verändert hat.

Ursprünglich war teilnehmende Beobachtung eine Variante der Feldforschung, heute stellt sie eine Variante der Forschungsstrategie dar.

Die teilnehmende Beobachtung wird als Forschungssetting beschrieben, das durch eine Phase intensiver sozialer Interaktion zwischen dem Forscher und den Forschungssubjekten in deren eigener Umgebung gekennzeichnet ist. Beobachtung ist

mehr als die „Aufnahme optischer, akustischer, olfaktorischer und haptischer Sinnesreize“. Es ist eine „gerichtete, strukturierte Wahrnehmung“. Im Verlauf dieser Phase werden systematisch Daten gesammelt. In der Forschung wird die teilnehmende Beobachtung immer dann Methode der Wahl sein, wenn diese das Ziel hat, Informationen aus möglichst natürlichen Settings zu gewinnen (vgl. Dürrenmatt, Friedrich 1973, S. 290).

Während der teilnehmenden Beobachtung werden also Alltagssituationen erfasst. Das kann unbemerkt oder auch in Form einer für alle bekannten Teilnahme an den Situationen erfolgen. „Es ist die Besonderheit der Situation, die es erfordert, sich mit den jeweiligen Gegebenheiten zu arrangieren, um zu verhindern, dass man die Situation, an der man teilnimmt, durch abweichendes Verhalten zerstört [...] In gewisser Weise tritt man aus der Situation heraus, die man beobachtet, solange dieser Prozess andauert, um dann eventuell wieder in eben diese Situation einzutauchen. [...] Indem man beobachtet, ist man nicht mehr nur Teilnehmer, sondern zugleich auch mehr oder weniger distanzierter Betrachter der Welt, an der man teilnimmt“ (Weigand/Hess 2007, S. 23f.) Das Feld muss offen für den Beobachter sein und er nimmt eben diese Rolle ein.

Diese Problematik, einerseits Teil des Beobachtungsfeldes zu sein und andererseits die notwendige Distanz zu wahren, ist der Autorin bewusst. Die Verfasserin nahm an Aktivitäten im täglichen Pflegeprozess teil und musste zugleich in ihrer Rolle als teilnehmende Beobachterin unvoreingenommen sein. Was zunächst als ein Rollenkonflikt angesehen werden könnte, erwies sich im Verlauf der Forschung als Vorteil: Die Teilnehmer, welche es zu beobachten galt, waren der Autorin bereits aus dem Herkunftsland bekannt. Das Feld in Deutschland, war ein hingegen ein Feld, in das die Teilnehmerinnen erst hineinwachsen mussten. Dabei konnten die Teilnehmer aus China von der großen Erfahrung der Verfasserin profitieren. Sie konnte ihnen das Feld erklären, in welchem sie dann später teilnehmend beobachtet wurden. Das führte zu einer gewachsenen Vertrauensbeziehung, die gewährleistete, dass die Teilnehmenden keinem zusätzlichen Druck durch „fremde Beobachter“ ausgesetzt waren.

Die eigene Rolle der Autorin im Feld war dann tatsächlich nur Beobachtung. Die Funktion der Anleitung, Beratung und Unterstützung wurden von den Praxisanleitern in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen übernommen.

Die Autorin hat immer vermieden direkt ins Feld einzugreifen. Auch nicht in Situationen, die man als „gefährliche Pflege“ bezeichnen konnte. Als Beispiel mag hier die Sicherheit der Patienten und Bewohner gelten. Es wurde stets nur offen protokolliert. Das konnte schon in der unmittelbaren Situation geschehen oder auch erst nach der

Pflegesituation. Außerhalb der teilnehmenden Beobachtung wurde jedoch stets im begleitenden Fachunterricht über die konkreten Pflegesituation diskutiert.

Allgemein kommt der Kennzeichnung der Situation, in der beobachtet wird, eine besondere Bedeutung zu.

Klassisch hat Spradley (1980, S. 78) dabei neun Dimensionen unterschieden:

- Der physikalische Ort, an dem die Beobachtung stattfindet
- Die beteiligten Menschen
- Das Ereignis: die Situation als Gesamtes, in der beobachtet wird
- Die Aktivitäten, d.h. zusammenhängende Handlungen, die die Menschen gemeinsam ausführen
- Einzelne Handlungen, die von Protagonisten ausgeführt werden
- Die physikalischen Dinge, die vorhanden sind
- Der Ablauf, der sich über die Zeit ergibt
- Das Ziel, welches die Menschen zu erreichen versuchten
- Emotionen, die ausgedrückt und empfunden werden.

Während bei einer wissenschaftlichen Beobachtung das Erkenntnisinteresse vom Ziel der Untersuchung bestimmt wird, folgt die teilnehmende Beobachtung dem Geschehen selbst. Sie hat bis heute den ethnologischen Blick behalten. Damit ist sie eine wichtige Methode in interkulturellen Kontexten.

Das Eintauchen in die Gruppe und damit eine effektive Identifikation mit den Gruppenprozessen ermöglichen emphatisches Verstehen. Das unbeteiligte Stehen außerhalb der Gruppe öffnet den „objektiven“ Blick des Wissenschaftlers, verbindet ihn aber an der Peripherie der Gruppe.

Wie jede wissenschaftliche Untersuchung bedarf aber auch die teilnehmende Beobachtung theoretischer Vorüberlegungen. Der Beobachter muss sich Fragen stellen wie: Wem oder was will ich besondere Aufmerksamkeit schenken? Sollen nur die manifesten Verhaltensweisen beachtet oder soll auch die unbewusste Ebene der Gruppenprozesse berücksichtigt werden? Welche psychosozialen Prozesse werden sich wahrscheinlich in der Gruppe abspielen? (vgl. Stangl, W. 2018).

Die Beobachtungen selbst werden retrospektiv notiert. Sie sollen so detailliert wie möglich festgehalten werden. Dabei lässt sich davon ausgehen, dass sich der Blick der Beobachter selbst durch mehrmalige Beobachtungszenarien schult. Je länger und häufiger ein Beobachter im Setup zuschaut, desto ausführlicher werden die Daten dokumentiert. Denn wenn die Beobachtung mehrmals wiederholt wurde, hat man

bestimmte Muster und Ausnahmen gesehen, alles ist klarer und die Wahrnehmung wird genauer. Das wiederum kann für die Auswertung sehr hilfreich sein, da sich dadurch Wiederholungen ergeben, die auf bestimmte Schwerpunkte hinweisen.

Die teilnehmende Beobachtung, insbesondere in Pflegesituationen, die von der Verfasserin begleitet wurden, vertiefte die Fragen der Interviews und hatte den Zweck herauszufinden, wie sich die chinesischen Fachkräfte im Alltag in Deutschland und im fremden Pflegesystem zurechtfinden. Die Zeiten der teilnehmenden Beobachtung richteten sich nach den dienstlichen Erfordernissen.

7.1.2. Der räumliche Untersuchungsrahmen

Der räumliche Untersuchungsrahmen in Deutschland war fast immer der dienstliche Bereich, nie die Häuslichkeit. Der Autorin war diese Distanz in allen drei Forschungsmethoden wichtig, obschon sie jede Teilnehmerin schon im Herkunftsland kennengelernt hatte.

Mit der internetbasierten Befragung wird der Forderung von Marcus (1995), Feldforschungen zu einem gegebenen Thema auf mehrere soziale Orte zu erstrecken, insofern entsprochen, als die Befragten die Fragebögen individuell an ihren Arbeitsplätzen beantworteten.

Für das narrative Interview in Deutschland wurden Termine vereinbart und es wurde von der Autorin schon lange vor dem Termin eine ruhige Ecke in der Einrichtung gesucht. Die chinesischen Fachkräfte wurden im Vorfeld informiert, was unter einem narrativen Interview zu verstehen ist. Die Schwierigkeit war es oft, im Deutschen auch das auszudrücken, was wirklich gemeint war. Gerieten sie im Deutschen an ihre Grenzen wurde die Muttersprache zur Hilfe genommen. Wichtig war es für die Teilnehmer, die Fragen zu verstehen. Die Autorin hat stets versucht für alle Interviewten dieselben Bedingungen zu schaffen.

Für die dritte Methode wurden Teilnehmer der relevanten Zielgruppe aus unterschiedlichen chinesischen Universitäten an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz bei verschiedenen Pflegehandlungen beobachtet.

7.1.3. Die zeitliche Planung des Untersuchungsablaufs

| | |
|---|---|
| Ziel: | Erwartete Ergebnisse: |
| <ul style="list-style-type: none">• strukturierte Vorgehensweise im Untersuchungsablauf• Gewinnung von Hintergrundinformationen; Klärung möglicher Probleme bei Durchführung, Auswertung oder Interpretation von Ergebnissen | Beantwortung der Forschungsfragen im geplanten Zeitraum |

- **06- 07/ 2017: Pre-Tests**

Persönlich, per E-Mail

| | |
|--|--|
| Ziel: | Erwartetes Ergebnis: |
| Test zu Verständnis, Struktur und Logik des Fragebogens; Hinweise auf evtl. noch unberücksichtigte Aspekte | Strukturierungshilfe für den Online-Fragebogen, Verbesserung des Fragebogens |

- **09 – 12/ 2018: Online-Befragung**

Internet

| | |
|--|--|
| Ziel: | Erwartetes Ergebnis: |
| Quantitative Erhebung von Daten, die zur Beantwortung der Forschungsfragen benötigt werden | Soziodemografische Daten der Ziel- und Vergleichsgruppe; Migrationsmotive und deren Gewichtung; Einfluss des sozialen Umfelds; Selbstverortungen; Werte und Lebensziele; Kriterien zur Auswahl potenzieller Zielgesellschaften aus Sicht der Arbeitgeber Hinweise auf weitere potenzielle Experten |

- **01/2019-11/2020: Teilnehmende Beobachtung:**

Es werden 54 teilnehmende Beobachtungen im Arbeits- und Schulungsfeld der chinesischen Teilnehmer durchgeführt.

Ziel:

In der teilnehmenden Beobachtung sollen die tatsächlichen praktischen Fertigkeiten beobachtet werden.

Erwartetes Ergebnis:

Aufgrund der völlig unterschiedlichen Pflegesysteme zwischen Deutschland und China werden auch die praktischen Fähigkeiten in der Pflege stark divergieren.

- **01/ 2020: Einzelinterviews**

persönlich und telefonisch

Ziel:

Klärung von Verständnisfragen zu wichtigen persönlichen Entscheidungen, welche die Migration betreffen

Erwartetes Ergebnis:

Entwicklung eines vertieften Verständnisses von Migrationsprozessen

- **05 – 06/ 2020: Feedback von Teilnehmern zu Befragungsergebnissen**

Online

Ziel:

Befragungsteilnehmer werden als eigene Experten angesehen. Damit sie dieser Rolle gerecht werden können, wird Ihnen Einblick in die Datenauswertungen und daraus gezogenen Schlussfolgerungen gewährt. Sie können die Daten, wie auch die Schlussfolgerungen kommentieren.

Erwartetes Ergebnis:

Rückmeldungen der Respondenten zu Ergebnissen
Einarbeitung weiterführender Hinweise von Befragungsteilnehmern

- **06-07/ 2020: Typologisierung**

Bildung von Typologien auf Basis der Ergebnisse

Ziel:

Komplexitätsreduktion und Verdeutlichen von Zusammenhängen (Lamnek 1995, 203; Kluge 2000)

Erwartetes Ergebnis:

Erkennen von Regelmäßigkeiten der Merkmalsausprägung und inhaltlicher Sinnzusammenhänge

- **12/2020-01/2021: Auswertung und abschließende Thesen**

Abschluss der Forschungsarbeit

Ziel:

Beantwortung der Forschungsfrage

Erwartetes Ergebnis:

Beantwortung der Forschungsfrage
Schlussfolgerungen für die weitere Forschung bzw. den Einsatz von chinesischen Pflegekräften

7.1.4. Die Auswertung

Die Auswertung erfolgt anhand der von Mayring erarbeiteten Methode der zusammenfassenden Inhaltsanalyse:

„Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“ (Mayring 2003, S. 58).

„Als Vorbereitung für die Zusammenfassung müssen die Kodiereinheiten und Kontexteinheiten definiert werden. Unter Kodiereinheit versteht man den kleinsten Textbestandteil der in eine der zu erstellenden Kategorien eingeordnet werden kann. Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil, der in eine zu erstellende Kategorie eingeordnet werden kann, fest. Als Kodiereinheit wird ein Satz' d. h. jede Aussage des Befragten zum interessierenden Sachverhalt und als Kontexteinheit werden ,alle Fundstellen innerhalb eines Interviews' festgelegt.

Die Auswertungsschritte werden in einer Tabelle niedergeschrieben. Auf diese Weise ist der Ablauf gut nachzuvollziehen“ (Hiermansperger, Petra; Greindl, Sabine (o.J.)).

7.2. Die konkreten Untersuchungsschritte

7.2.1. Onlinefragebögen

Im Jahr 2017 wurden insgesamt 1500 Online Fragebögen an Unternehmen im Gesundheitsbereich und Pflegebereich versendet. Die hier befragten Personen waren personalverantwortliche Personen und sollten in möglichst vielen befragungsrelevanten Aspekten eine homogene Gruppe darstellen.

7.2.2. Durchführung der teilnehmenden Beobachtung

Zwischen dem 08.01.2016 und dem 02.11.2020 wurden insgesamt 54 Beobachtungen von chinesischen Pflegefachkräften in der Pflege durchgeführt. Die teilnehmende Beobachtung fand in konkreten Pflegesituationen oder auch im Unterricht statt.

Während der Beobachtung der Teilnehmer wurden die Ereignisse in der Situation so wenig wie möglich gestört.

Wichtige Personen (Praxisanleiter, Mentoren, Bereichsleitungen ...) der jeweiligen Einrichtungen, in denen beobachtet wurde, wurden im Voraus über die Sammlung von Daten informiert. Gleichzeitig war es sinnvoll, mehrere Beobachter einzusetzen, um unterschiedliche Eindrücke und Perspektiven zu erhalten. In den Pflegesituationen stand die Autorin in einer Randposition und die angeleitete Pflege beobachtet. Meist handelt es sich um tägliche wiederkehrende Praxissituation, wie etwa das Waschen eines Patienten oder es handelte sich um eine Pflegesituation mit einer Praxisanleiterin.

Interessant waren für die Autorin das Verständnis der Chinesinnen für die Pflegesituation, also wie geht sie an die gestellte Aufgabe heran und die sprachlichen Herausforderungen. Wie gestaltete sich die Kommunikation mit den Bewohnern/Patienten oder auch Vorgesetzten, in diesen konkreten Fällen die Praxisanleiterin.

Die Sprache spielte oft die zentrale Rolle. Zunächst ging es um Anweisung und Aufforderung. Wurde das richtig verstanden? Welche Kommunikation hatte die chinesische Krankenschwester mit der Patientin? Gestaltete sie ihre Pflege stumm und versuchte quasi schnell durchzukommen oder sprach sie mit ihren Patienten und versuchte eine interaktive Situation daraus zu machen und damit einen Gewinn für alle herzustellen.

Wie ging die chinesische Pflegefachkraft mit Hinweisen während der Pflege um? Konstruktiv und nachfragend oder stumm aufnehmend?

Untersucht wurden:

- Das Wissen um die Komplexität der Pflegehandlung, d.h. hat sie genau verstanden, was gewünscht ist? Was und wie es gemacht werden soll?
- Wie hat sie darauf reagiert? Eher ängstlich oder wissend? Was hat sie geantwortet?
- Wie ist sie an die Umsetzung gegangen? Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung einer Pflegehandlung?
- Welche Kommunikation wurde während der Pflegehandlung mit der Bewohnerin/Patientin gepflegt? Wurde überhaupt etwas zu ihr gesagt oder wurde „verbissen durchgearbeitet“
- Wurden Wünsche berücksichtigt?
- Wie war der Abschluss der Pflege? Hat sie die Reflexion verstanden? Konnte sie ausdrücken, was sie dabei empfunden hat?

Detaillierte Notizen wurden am besten retrospektiv aufgenommen: so dass man sich vor Ort auf die Wahrnehmungen und Eindrücke konzentrieren konnte. Diese Wahrnehmungen wurden dann schriftlich festgehalten, wobei die Beschreibungen der Beobachtungen so detailliert wie möglich aufgezeichnet werden sollten.

Die Notizen wurden in einem Excel-Protokoll festgehalten und anschließend tabellarisch nach Schwerpunkten sortiert.

7.2.3. Durchführung der Interviews

Es wurden insgesamt 8 Telefoninterviews und 2 Face-to-Face Interviews mit den chinesischen Pflegefachkräften geführt.

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte aufgrund der Erfahrungen der Autorin mit den Teilnehmern/Kandidaten eines jeweiligen Projektes. Ausschlaggebend waren hier auch die zu dem Zeitpunkt des Interviews vorhandenen Kenntnisse der deutschen Sprache, um, in narratives Interview auch darstellen zu können.

Während der Interviews habe ich versucht, über zustimmende Gesten ein Vertrauensverhältnis zu den befragten Personen zu entwickeln, ohne die Antworten zu werten. Dieser Kommunikationsstil wird in der Fachliteratur als „weich“ bezeichnet (vgl. Grunow et.al. 1978).

Der Ablauf der Interviews:

Die Interviewpartnerinnen waren der Autorin schon aus dem Herkunftsland bekannt, daher war die Atmosphäre von Anfang an entspannt. Zu Beginn des Interviews gab es eine kurze Einführung:

Die Teilnehmer wurden über den Zweck des Interviews und über die vertrauliche Behandlung aller Daten informiert. Zusätzlich wurden sie um ihr Einverständnis gebeten, das Interview auf einem Tonträger aufzunehmen, was sie alle erteilten. Dieses Einverständnis war vor allem bei den Telefon-Interviews wichtig, da die Interviewpartner ja nicht sehen konnten, dass das Gespräch aufgenommen wurde.

Die Interviews wurden in Form einer offenen, teilstandardisierten Befragung durchgeführt. Nach Mayring (2002, S. 66) bedeutet eine „offene Befragung“, dass sich der Interviewpartner frei äußern kann. Er erzählt das, was ihm zum Thema wichtig ist.

Die Befragung selbst wurde durch einen Leitfaden, der dem Interview zugrunde lag, in mehrere Abschnitte gegliedert und folgten damit einer standardisierten Abfolge. Zunächst wurden die Interviewpartner gebeten, möglichst frei darüber zu erzählen, wie sie in Deutschland angekommen sind, wie sie ihr Leben bzw. ihre Arbeitssituation hier einschätzen und was ihnen zum Thema „Pflege in Deutschland“ einfällt.

Der Leitfaden diente vor allem der Interviewerin dazu, wichtige Aspekte in der Befragung nicht zu übersehen. In geeigneten Momenten konnte sie darauf zurückgreifen und so alle für sie wichtigen Punkte ansprechen, ohne den Erzählfluss zu unterbrechen (vgl. auch Hiermannsperger, Greindl o.J.).

Wie bereits erwähnt, waren die interviewten chinesischen Fachkräfte von der Autorin im Herkunftsland auf die zu bewältigenden Aufgaben in der deutschen Kranken- und

Altenpflege vorbereitet worden. Es wurde in dieser Vorbereitung immer wieder ein Vergleich zwischen dem chinesischen und deutschen Pflegesystem gezogen.

In den offenen Interviews wurden die Teilnehmerinnen nun unter den Überschriften

- Motivation und Erwartung
- Realität
- Bei der Arbeit

aufgefordert, möglichst frei zu erzählen, ob sie alles so vorgefunden haben, wie sie es in China schon gehört hatten. Hat sich ihre Motivation gelohnt; sind ihre Erwartungen erfüllt und ist die Realität am Arbeitsplatz so wie sie es sich gedacht haben?

Die Interviews hatten oft Pausen, weil die chinesischen Pflegefachkräfte manchmal in Ihrem Erzählfluss durch ihre noch nicht so flüssige Sprache gehindert wurden.

Die Interviewerin hat immer geduldig gewartet, bis es weitergehen konnte.

Letztendlich haben die Interviews wertvolle Inhalte zustande gebracht, die in der Auswertung weiterführende Hinweise auf die Integration von ausländischen Fachkräften geben konnten.

Die Face-to-Face Interviews wurden aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert, die telefonischen Interviews wurden direkt mitgeschrieben.

Die Interviewpartner*innen antworteten teilweise auf Deutsch. Zum Teil artikulierten sie sich auf Chinesisch, was in der Transkriptionsphase von der Autorin übersetzt wurde.

Bei der Akquise wurde auf folgende Punkte Wert gelegt:

1. Es sind Pflegekräfte aus verschiedenen Einrichtungen vertreten: aus ambulanten, stationären und medizinischen Einrichtungen,
2. die jeweiligen Interviewpartner haben bis zum Interview eine möglichst unterschiedliche Aufenthaltsdauer in Deutschland,
3. die chinesischen Pflegekräfte aus möglichst verschiedenen Herkunftsprovinzen bzw. Kulturkreisen sind.

Die Namen der Interviewpartnerinnen wurden anonymisiert (s. Liste) auf der nachfolgenden Seite:

| Nr. | Namen | Gruppe | Standort | Einreise | Sprach-niveau | Termin | Art |
|-----|-------|--------------|----------------------|----------|---------------|---------------------|----------------|
| 1. | DD | Michel's | Bernau, Berlin | Febr. 16 | B1 | 13.03.2017 16:00 | Persönlich |
| 2. | LF | Michel's | Bernau, Berlin | Febr. 16 | B1 | 13.03.2017 16:00 | Persönlich |
| 3. | CJ | Wohlfeld | Berlin | Jan 17 | B1 | 12.05.2017 15:00 | Per Telefon |
| 4. | YY | Wohlfeld | Berlin | Jan 17 | B1 | 12.05.2017 16:00 | Per Telefon |
| 5. | WS | Wohlfeld | Berlin | Jan 17 | B1 | 12.05.2017 17:00 | Per Telefon |
| 6. | LD | Median II | Grünheide, Berlin | Jun 16 | B2 | 17.03.2017 16:00 | Per Telefon |
| 7. | SQ | Median II | Grünheide, Berlin | Jun 16 | B2 | 28.03.2017 15:00 | Per Telefon |
| 8. | FY | Median II | Grünheide, Berlin | Jun 16 | B2 | 29.03.2017 10:00 | Per Telefon |
| 9. | ZX | Median II | Grünheide, Berlin | Sep 16 | B2 | 28.03.2017 14:00 | Per Telefon |
| 10 | LQ | Median II | Grünheide, Berlin | Aug 16 | B2 | 08.05.2017 | Per Telefon |

8. Die Untersuchungsergebnisse und ihre Auswertung

8.1. Ergebnisse

8.1.1. Auswertung der Online-Fragebögen

Art und Umfang der Erhebung:

Die Fragebögen wurden per E-Mail bundesweit versendet. Bei den zurückgekommenen Fragebögen zeigte sich ein hoher Anteil an mutmaßlich älteren Personen in verantwortlichen Positionen

Es wurden insgesamt 1504 E-Mails mit Umfragen an Arbeitsgeber gesendet, davon kamen 14 Fragebögen zurück. Die Befragung erreichte damit für eine quantitative Untersuchung keine Repräsentativität. Sie wurde jedoch unterstützend für die qualitative Auswertung mit hinzugezogen.

Folgende Ergebnisse lassen sich zusammenfassen:

- Die meisten Pflegeeinrichtungen befinden sich in den großen Städten.
- Mehr als 85% der Pflegeeinrichtungen sind an Weiterqualifizierung der Mitarbeiter interessiert.
- Nur 28,8% der Arbeitgeber haben Pflegefachkräfte aus dem Ausland rekrutiert.
- Für die meisten Arbeitgeber ist die sprachliche Verständigung die größte Schwierigkeit
- Für die meisten Arbeitgeber ist die sprachliche Verständigung die größte Schwierigkeit
- Nach Aussage der Arbeitgeber spielt die Nähe zu Deutschland bzw. zur deutschen Kultur spielt eine wesentliche Rolle.
- Für die Auswahl der Kandidatinnen spielen Nationalität, Geschlecht und Alter keine große Rolle. Aber die Sprachkenntnisse sind sehr wichtig.
- Für die Auswahl der Kandidatinnen spielen Nationalität, Geschlecht und Alter keine große Rolle. Aber die Sprachkenntnisse sind sehr wichtig.
- Mehr als 50% der Arbeitgeber haben ausländische Pflegefachkräfte mehr als 4 Jahre lang beschäftigt.

8.1.2. Beschreibung der teilnehmenden Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung bezieht sich auf folgende, im theoretischen Teil beschriebene Dimensionen:

1. Der physikalische Ort
2. Die beteiligten Menschen
3. Das Ereignis
4. Die Aktivitäten
5. Einzelne Handlungen, die von Protagonisten ausgeführt werden
6. Die physikalischen Dinge, die vorhanden sind
7. Der Ablauf, der sich über die Zeit ergibt
8. Das Ziel, welches die Menschen zu erreichen versuchten
9. Emotionen, die ausgedrückt und empfunden werden.

1. Der physikalische Ort

Die ersten Beobachtungssituationen ergaben sich im Herkunftsland und vor allem in den Nursing Training Centern. Hier gab es die ersten Bewerbungsgespräche und die ersten Unterrichtsstunden. In der teilnehmenden Beobachtung war zu merken, wie unsicher chinesische Bewerberinnen hier noch mit der neuen Situation waren.

Vorstellungen über Deutschland waren gar nicht oder kaum vorhanden. Anzumerken ist auch, dass den chinesischen Krankenschwestern das deutsche Gesundheitswesen völlig fremd war.

Hier gab es auch die ersten Bewerbungsgespräche mit deutschen Arbeitgebern über Skype. Das Finden der richtigen Worte fiel den jungen Menschen schwer.

Weitere Beobachtungsorte waren dann später die Arbeitsplätze der Krankenschwestern in Deutschland und die Schulungsräume für den theoretischen Unterricht.

2. Die beteiligten Menschen

sind zunächst im Herkunftsland die Teilnehmer mit ihrem Wunsch nach Deutschland zu reisen und dort zu leben und zu arbeiten. Zur Zielgruppe zählten auch die Lehrer des Training Centers in China, zu denen auch die Verfasserin gehörte.

In Deutschland sind es die Arbeitgeber, die verschiedenen Institutionen, die eine Ausreise nach Deutschland ermöglichen. Später bei Ankunft der neuen chinesischen Kollegen sind es die Vorgesetzten, die Kollegen und die Bewohner/Patienten, die es zu versorgen galt sowie die Lehrer in Deutschland. Es ergab sich auch immer wieder, dass nicht direkt Beteiligte Beobachtungen weitergeben.

Beobachtet werden konnte der Umgang mit den Bewohnern/Patienten selbst, aber auch die Bewohner, die mit den jungen Chinesen erstmals in Berührung gekommen sind und das Ganze oft amüsiert angesehen haben.

Auffallend war die Geduld, die den jungen, noch fremden Menschen hier entgegengebracht wurde.

3. Das Ereignis:

Teilnehmende Beobachtungssituationen waren hier vor allem die Anleitungssituationen auf den Stationen und die Arbeit mit dem Patienten oder Bewohner. Weitere Situationen ergaben sich im Fachunterricht und in Beobachtungssituationen außerhalb des beruflichen Alltags.

4. Die Aktivitäten:

Das sind zusammenhängende Handlungen, die die Menschen gemeinsam ausführen. Hier ist das gemeinsame Ziel zu nennen, in Deutschland anzukommen und im neuen Land erfolgreich zu werden. Gemeinsame Handlungen waren immer die beruflichen Abläufe auf den Stationen und der gemeinsame Unterricht.

Neben oben beschriebenen beruflichen Handlungen sind hier Freizeitaktivitäten zu nennen. Beobachtungssituationen ergaben sich bei kleinen Reisen, z.B. nach Prag. Offensichtlich war hier stets, dass innerhalb sehr kurzer Zeit möglichst viel angeschaut werden sollte. Gemeinsame Aktivitäten waren auch in den Behördengängen zu finden.

5. Einzelne Handlungen, die von Protagonisten ausgeführt wurden:

waren die angeleiteten Pflegehandlungen. Hier wurden spezielle Pflegesituationen von Mentoren auf den Stationen begleitet, die von den chinesischen Pflegefachkräften ausgeführt werden mussten.

Eine Krankenpflege, wie sie in Deutschland praktiziert wird, war für die jungen Chinesen oft völlig unbekannt und viele Handlungen mussten erst erlernt werden.

So war es eine wichtige Beobachtung, dass gerade die Grundpflege/ Körperpflege, wie sie in Deutschland praktiziert wird, gar nicht beherrscht wurde.

Bei der Beobachtung ergaben sich wertvolle Hinweise auf das Befinden von Patienten und Pflegenden. Die zur Verfügung stehende Sprache war ein wichtiger Helfer zur Bewältigung dieser angeleiteten Pflege. Fehlte die Sprache in noch wichtigen Bereichen, dann konnte auch die Situation schwerer bewältigt werden.

6. Die physikalischen Dinge

Unter physikalischen Dingen sind hier Pflegehilfsmittel, die zur Verfügung stehen, Medikamente, medizinische Ausrüstung u.ä. zu verstehen.

Die Beobachtung konzentrierte sich auf die Frage: Wie sind die Chinesinnen mit den

Arbeitsmitteln umgegangen? Die Arbeitsmittel in der Pflege sind in Deutschland sehr vielfältig und von hoher Qualität.

Das ist in China anders. Dort muss vieles von den Angehörigen gekauft werden. An viele Hilfsmittel und Arbeitsmittel in der Pflege mussten die chinesischen Krankenschwestern erst vorsichtig herangeführt werden. Viele Gebrauchsartikel sind Einmalartikel und sind steril. Sie erfordern einen professionellen Umgang. Viele Hilfsmittel, wie zum Beispiel Duschstühle, Patientenlifte und Drehscheiben für den Patiententransfer waren völlig unbekannt.

Der Umgang mit diesen Dingen unter dem Aspekt der Patientensicherheit war ein wichtiger Teil der praktischen Einarbeitung der chinesischen Pflegefachkräfte.

7. Der Ablauf, der sich über die Zeit ergibt,

hat die teilnehmende Situation verändert. Dieser Ablauf kann in eine **Ankunftszeit, in eine Gewöhnungszeit und in eine stabilisierende Zeit** unterteilt werden.

In der **Ankunftszeit** war stets das tastende Verstehen im Vordergrund. Alles war fremd. So war etwa das Essen mit Messer und Gabel völlig ungeübt und das Trennen des Mülls in Deutschland erstaunte sehr.

Bei der Beobachtung der Gruppe in der Anfangszeit fiel stets auf, wie sehr die Sprachschwierigkeiten doch alles behinderten. Erst nach etwa vier Monaten trat eine gewisse Sicherheit in der Sprache ein.

Die chinesischen Teilnehmer, die stets in Gruppen zu den verschiedenen Arbeitgebern kamen, entwickelten sich unterschiedlich gut. Bei manchen waren Sprachverständnis und Auffassungsgabe gut und bei anderen war auch die wiederholte Anleitung noch nach Monaten nicht angekommen und umgesetzt worden.

In der **Gewöhnungszeit** war zu beobachten, dass die anfängliche große Geduld, welche viele deutsche Kollegen zeigten, nach einiger Zeit zu schwinden begann. Insbesondere die Bereiche Grundpflege der Patienten, allgemeine Hygieneregeln und die Sterbebegleitung der Patienten/ Bewohner bildeten auch in der schon eingetretenen **Stabilisierungszeit** kaum zu vermittelnde Notwendigkeiten der Tätigkeit in einem Krankenhaus/Pflegeheim.

Das Thema Tod war den chinesischen Pflegekräften ein unangenehmes Thema und bei der bloßen Erwähnung war die Abneigung zu spüren.

In China klingt das Wort Tod ähnlich wie das Wort vier, was zur Folge hat, dass in vielen Bereichen (z.B. Hotelzimmer) die Zahl vier völlig vermieden wird. Die Begleitung eines Patienten in der letzten Lebensphase benötigt Kompetenzen, die geschult werden

müssen. Die chinesischen Fachkräfte sind dieser Schulung in Deutschland nicht gern gefolgt.

Auch das Thema der Hygiene mit all seinen Notwendigkeiten, wie z.B. der ständigen hygienischen Händedesinfektion während eines ganzen Arbeitstages, war für die jeweiligen Praxisbegleiter ein ständiges Thema während der Einarbeitung. Es war deutlich zu merken, dass hier keine Grundregeln während der Erstausbildung in China geschult worden sind.

8. Das Ziel, welches die Menschen zu erreichen versuchen,

war eindeutig das deutsche Krankenpflegeexamen. Hierzu war unbedingte Voraussetzung das Erlangen der B2 Prüfung. Dieses gelang einigen Teilnehmern nach etwa 100 Unterrichtsstunden und für einige war es eine unüberwindliche Hürde. Diese unterschiedlichen Fähigkeiten im Spracherwerb führten dazu, dass nie eine Gruppe gemeinsam durch das Krankenpflegeexamen ging.

Mitunter war es eine gewaltige Anstrengung aller Beteiligten, wie der Vertreter der Arbeitgeber, Sprachlehrer und Lehrer der Krankenpflegesschulen, die Teilnehmer der chinesischen Fachpflegegruppen erfolgreich durch die Prüfung zu bringen. Nicht immer wurden hier Maßstäbe wie bei deutschen Mitarbeitern angelegt.

Einig waren sich alle Mitarbeiter der mittleren Führungsebene, dass auch nach bestandem Examen den chinesischen Krankenschwestern keineswegs eine Wohneinheit oder eine ganze Station anvertraut werden konnte. Man hielt sie für nicht fähig, hier die ganze Verantwortung zu übernehmen.

Das Ziel der Arbeitgeber war es stets, die nötige Anzahl von examinieren Krankenschwestern für den Stellenplan zu bekommen und auch zu behalten. Oft wollten die Arbeitgeber gern weitere Bewohner aufnehmen, was nur ging, wenn es das nötige Personal gab.

Diese Projekte waren von großen Hoffnungen begleitet und gern nahmen die Arbeitgeber Zeit, Kraft und Geld in Kauf, um dieses Ziel zu erreichen. Mit der Nationalität der Chinesen verbanden sie höfliches Auftreten, Zugewandtheit zum Patienten/ Bewohner, Liebenswürdigkeit und absolutes Vertrauen.

9. Emotionen, die ausgedrückt und empfunden wurden, waren unterschiedlich.

Die Emotionen der chinesischen Teilnehmerinnen waren oft nicht zu ergründen. So war es kaum möglich, mit ihnen konstruktiv zu streiten oder sachliche Kritik zu üben.

Alles „perlte einfach an ihnen ab“ und eine Änderung des Verhaltens war kaum zu erwirken. Die Emotionen und Hoffnungen der Arbeitgeber wurden kaum oder nicht erfüllt.

Aus fast allen Projekten sind die Kandidaten meist kurz nach dem Krankenpflegeexamen zu einem anderen Arbeitgeber gegangen. Gespräche, welche nach erfolgter Kündigung ihrerseits mit ihnen geführt wurden, brachten keinen Erfolg. Sie waren nicht zu bewegen, zu bleiben. Loyalität gegenüber den Arbeitgebern war kaum zu erkennen. Ein Bewusstsein dafür, dass man etwas für sie getan hatte und sie vielleicht etwas zurückgeben könnten, indem sie etwa drei bis fünf Jahre blieben, war nicht ausgeprägt. Bei den Arbeitgebern stieß dieses Verhalten zunächst auf ungläubiges Stauen und dann auf maßlose Enttäuschung.

Die Bereitschaft, weitere chinesische Krankenschwestern einzustellen, ist mittlerweile gering, weil es sich herumgesprochen hat, dass sie nicht bleiben.

Die teilnehmende Beobachtung bestätigte im Wesentlichen die Antworten aus den Interviews. Das betrifft insbesondere die beobachteten Schwierigkeiten in der Sprachentwicklung und die damit verbundenen Probleme, Patienten, Angehörige, Vorgesetzte und das Lehrpersonal zu verstehen und Anweisungen, Bitten und Arbeitsaufträge fach- und sachgerecht umzusetzen. Aus den Protokollen der Teilnehmenden Beobachtung konnten vor allem die Schwerpunkte Sprache und pflegfachliche Anforderungen in Deutschland herauskristallisiert werden. Diese konnten in die nachfolgende Auswertung der Interviews einfließen und werden dort näher beschrieben.

8.1.3. Kategorisierung und Auswertung der Interviews

Angelehnt an die Ausgangsfrage kann ich die Ergebnisse der Interviews und der teilnehmenden Beobachtung in nachfolgende Hauptkategorien unterteilen

- **Motivation und Erwartung**
- **Realität und Alltagsleben**
- **Arbeit in Deutschland und die Sprache**

Diese Punkte möchte ich im Folgenden näher beschreiben:

1. Motivation und Erwartungen

Zur Motivation, das Herkunftsland- unter Abwägung der damit verbundenen Kosten- zu verlassen, gehört sicher die Erwartung, im Zielland deutlich besser zu verdienen. Es gibt sicherlich Einkommenszuwachs im Deutschland im Vergleich zu China; er ist allerdings kleiner geworden durch eine Aufwertung der Währung RenMenBi und mittlerweile bessere Gehälter in China.

Als Folge der 1979 eingeführten Ein-Kind-Politik altert die chinesische Gesellschaft sehr stark und hat somit selbst einen enorm ansteigenden Bedarf an medizinischer

Versorgung, Pflege und Betreuung der alten Menschen. Daher steigt auch langsam das Gehaltsniveau der chinesischen Pflegekräfte.

Auch andere Aspekte beeinflussen die Motivation, in ein Land abzuwandern. So gibt es der Familie beispielsweise „Gesicht“, wenn die Tochter oder der Sohn es geschafft haben, in Deutschland eine Position zu bekleiden.

Der Aufwand, welcher betrieben werden muss, um die deutsche Sprache zu erlernen ist hoch und mit Kosten verbundenen. Es wird daher genau geschaut, welche Bedingungen ein Arbeitsvertrag im Herkunftsland dafür bietet.

Die chinesischen Pflegekräfte haben sich meistens für Deutschland entschieden, weil im Vergleich zu den anderen Ländern die Kosten und der Zeitaufwand, nach Deutschland zu kommen, geringer sind und es hier große Unterstützung seitens der Politik gibt.

Viele chinesische Pflegekräfte haben zwar in der Schule und der Universität schon Englisch gelernt, dieses Sprachniveau reicht aber zum Beispiel für Groß-Britannien oder die USA trotzdem nicht aus. Dagegen bieten die deutschen Arbeitgeber vermehrt und immer häufiger deutsche Sprachkurse an.

Außerdem ist die Lage von Deutschland als „das Herz von Europa“ für die chinesischen Pflegekräfte sehr interessant.

Nach detaillierter Auswertung der Interviews haben sich folgende Unterpunkte ergeben:

- Deutsche Arbeitskultur
- Aufgaben der Pflegefachkraft in Deutschland
- Qualifikationsmerkmale und Erwartung an die Arbeit und das Leben in Deutschland

Zur **deutschen Arbeitskultur** kristallisierten sich die Meinungen relativ klar und eindeutig. Den Chinesen gilt Deutschland als ein verlässliches und ordentliches Land. Es würden strengere Regeln gelten und insgesamt sei alles ordentlicher.

Als sehr positiv wurde von den interviewten Kandidatinnen angemerkt, dass die Arbeitszeit genau geregelt ist und der Vorgesetzte sie, ist der Dienst beendet, nicht nach Belieben dabehalten könne.

Kulturunterschiede wurden von den meisten interviewten Kandidatinnen in der Anwendung des Arbeitsrechtes gesehen. Sie haben das Gefühl, das deutsche Arbeitsrecht schütze sie.

Die Kandidaten merkten aber auch an, dass sie Deutschland letztendlich ausgewählt haben, weil sie der Meinung waren, es sei leichter nach Deutschland zu kommen als in andere Länder. Man müsse keine akademischen Titel vorlegen, die manche auch nicht hätten.

Alle interviewten Kandidaten waren jedoch der Meinung, sie seien ausreichend qualifiziert für die Arbeit in Deutschland. Sie verfügen über gute Fach- und Sprachkenntnisse. Darüber hinaus seien sie gewissenhaft und ernsthaft an der Arbeit interessiert.

Die Aufgaben der Pflegefachkraft seien in Deutschland anders als in China. Unisono waren die interviewten Chinesinnen der Meinung, dass sie in Deutschland wesentlich mehr die Grundpflege der Patienten übernehmen müssen als das in China der Fall ist. Dafür gebe es weniger Behandlungspflegen. Eine Teilnehmerin merkt an, dass es ungewohnt sein, soviel Grundpflege machen zu müssen.

Alle interviewten Kandidaten waren überrascht von der Vielfalt der Versorgungssysteme in Deutschland und von deren Vernetzung. Im Interview wurde schnell klar, dass alle das kaum überblicken können.

Qualifikationsmerkmale und die Anpassung an das Leben in Deutschland und an die Arbeit stellen für die interviewten Kandidatinnen zunächst die eigene Anpassungsfähigkeit da – auf den Prüfstand. Die kulturelle Barriere muss überwunden werden, so die Meinung der meisten Interviewten. Das vor der Einreise erhaltene Training lohne sich jetzt.

Die Integration in den Arbeitsplatz und in die deutsche Gesellschaft stelle ein wichtiges Thema dar. Dazu müsse man offen sein. Die Erwartungen an die Arbeit und an das Leben sind hoch. Sie möchten etwas erreichen.

Die Integration in die deutsche Gesellschaft wurde von allen Interviewten für sehr wichtig gehalten; es fehle ihnen jedoch oft an Möglichkeiten. Ein Treffen mit den Arbeitskollegen nach der Arbeit gebe es selten. Eine berichtete, eine Nachbarin habe sie einmal zum Essen eingeladen. Das wäre es gewesen.

Man sei offen, es fehle ihnen aber an Gelegenheiten, mit den Deutschen zusammen zu kommen.

2. Zur Realität und Alltagsleben

Bei der Thematik - Was gefällt an Deutschland und den Deutschen? Wo sehen Sie die größten Schwierigkeiten? - gingen die Meinungen der Interviewten weit auseinander. Nach Auswertung der Interviews haben sich folgende Unterpunkte ergeben:

Kulturelles Verständnis allgemein:

Angefangen beim Essen, sei dieses in China vielfältiger und natürlich sei hier alles ganz anders. Jedoch sei die Qualität in Deutschland besser. Darüber waren sich fast alle einig.

Ebenso einig waren sich alle, dass die Deutschen ordentlich seien und das Leben langsamer vonstattengehe. Es sei hier nicht so hektisch.

Fast allen Interviewten war aufgefallen, dass im Gegensatz zu China, die Familie eine nicht so große Rolle spiele und man sich eher auf sich selbst konzentriere. Das alle seien eher Vermutungen. man habe jetzt so viel zu tun, man müsse sich auf das Wesentliche konzentrieren.

Die Dinge werden in Deutschland „unverblümter“ kommuniziert als in China. Das wirkt oft abschreckend.

Die Distanzonen der chinesischen Pflegekräfte sind größer, Körperkontakte wie Umarmung sind für sie ungewohnt.

Allerdings suchen die chinesischen Pflegekräfte nach engerer bzw. lockerer „Beziehung“ zwischen Menschen. Daher finden die chinesischen Pflegekräfte, dass die Deutschen zu kalt und distanziert sind.

So antwortete DD auf die Frage, ob sie sich schon dem Leben in Deutschland angepasst habe: „Nein, die Integration ist schwierig. Alle sind so kalt.“ (Interview vom 16.03.2016)

Kulturelle Fragestellungen im Arbeitsumfeld:

In den Interviews wurden folgenden kulturelle Besonderheiten bei chinesischen Pflegekräften wahrgenommen:

- Die Hierarchie im Arbeitsleben spielt in China eine größere Rolle als in Deutschland. Zu Beginn der Tätigkeit trauen sich chinesische Pflegefachkräfte oft nicht, den Vorgesetzten in die Augen zu sehen. Körperliche Berührungen schätzen sie gar nicht.
- Chinesische Pflegefachkräfte sagen oft nicht „nein“ zu bestimmten Bitten der Kollegen, auch wenn sie es gerne tun würden.

- Ihr permanentes Nicken bei Anweisungen lässt die im Umgang mit Asiaten oft unerfahrenen Deutschen vermuten, sie hätten alles verstanden. Oft ist das aber nicht der Fall.

Das konnte auch in den Beobachtungen verifiziert werden (s. teilnehmende Beobachtung 16.09.2016: obschon die Übergabe schlecht verstanden war, wird Verstehen signalisiert und nicht nachgefragt; 20.05.2018: die Erklärungen der Mentorin werden eher schlecht verstanden, dennoch auch hier wieder keine Rückfrage.)

- Der Tod und der Umgang mit sterbenden Menschen ist ein großes Tabu in China und in Deutschland möchten chinesische Fachkräfte damit nicht konfrontiert werden.

Individuelle Integration:

Wie sich schon in anderen Zusammenhängen zeigte, sind die Unterschiede signifikant. Man brauche daher Zeit, um sich integrieren.

Zwei interviewte Kandidaten merkten an, dass sie viel reisen wollen, um Deutschland kennen zu lernen. Wie schon an andere Stelle aufgeführt, gewähre das Leben hier in Deutschland mehr Sicherheit.

Offensichtlich bestand bei vielen Kandidaten die Erwartung, man würde am Arbeitsplatz Freunde kennenlernen. Als dies nicht so eintraf, konzentrierte man sich auf Museen, Sport und Kino, um unter Leute zu kommen. Ein „richtiges“ Integrationskonzept habe man bei keinem Arbeitgeber vorgefunden. Eher nur Aufforderungen, sie mögen doch dieses und jenes machen, um „unter die Leute zu kommen“.

3. Zur Arbeit in Deutschland und die Sprache

In den Interviews haben die Teilnehmer über unterschiedliche Herausforderungen, Schwierigkeiten, aber auch Chancen Ihrer neuen Tätigkeit in deutschen pflegerischen Einrichtungen und Krankenhäusern berichtet. Dazu wurden folgende Unterkategorien gebildet:

Sprache und Sprachschwierigkeiten

Die chinesischen Pflegekräfte nannten als größte Hemmnisse in den ersten Monaten, sogar noch in den ersten zwei Jahren einer Tätigkeit die deutsche Sprache. Das zeigt folgendes Interviewzitat:

„Die größte Schwierigkeit ist die Sprachkompetenz.“ (Interview mit LD)

Nicht nur LD, sondern fast alle chinesische Pflegekräfte, egal ob sie schon das B2-Zertifikat haben oder nicht, sehen die Sprachkompetenz als die schwierigste Hürde an.

In der Regel kommen chinesische Pflegefachkräfte mit dem Level B1 des Goethe-Institutes nach Deutschland, sehr selten mit einem B2-Zertifikat. Die bei Einreise mitgebrachten Sprachkenntnisse reichen bei weitem nicht aus, um bestimmte pflegerische Tätigkeiten zu verrichten oder Anweisungen zu verstehen. Erschwert wird das Hörverstehen mitunter noch durch einen Dialekt der anweisenden deutschen Krankenschwester. So können sie nicht oder nur sehr unzureichend kommunizieren, was sie Vorgesetzten oder Bewohnern sagen möchten.

Von vielen wurde nun gesehen, dass die in China und die Sprache investierte Zeit keine verlorene Zeit war. Sie merkten aber auch an, dass sehr noch sehr viel mehr lernen müssten.

Die fehlende Sprache hindere sie an allen, sie verstünden oft nicht die Kollegen und Vorgesetzten, was im Alltag zu Missverständnissen führe. Viele Kollegen würden nicht die Geduld aufbringen, die Dinge wieder und wieder zu erklären.

Auf die Interviewfrage hin, was denn genau sie tun würden, um die Sprachschwierigkeit zu überwinden, gaben die meisten an, sie würden neue Kurse buchen, mit Freunden sprechen und fernsehen.

Die bedeutendsten Unterschiede in der Arbeit zum Herkunftsland

Im Umgang mit Pflegebedürftigen werden chinesische Pflegekräfte als sehr wohltuend und zugeneigt empfunden.

Fachliche Probleme hatten häufig ihre Ursache in einer anderen beruflichen Sozialisierung in China:

Körperpflege, Ankleiden, also ganz praktische Tätigkeiten waren anfangs für einige Pflegekräfte große Hürden und entsprachen nicht genug den Anforderungen an die Pflegestandards. Im Interview äußerten 9 von 10 Teilnehmern diese Befürchtung. Gleiches ist auch im Beobachtungsprotokoll dokumentiert. Als einen bedeutenden Unterschied sahen die Chinesinnen an, dass sie in Deutschland die Grundpflege der Patienten/ Bewohner machen müssen. Dem sei in China nicht so, man mache dort mehr Behandlungspflege. Im Interview war nicht klar zu erkennen, warum das so unschön sei. In ihrem beruflichen Selbstverständnis sind diese Tätigkeiten „niedrige“ Tätigkeiten und das Unverständnis ist hoch, dass sie hier so viel Patienten und Bewohnern bei der Grundpflege behilflich sein müssen.

Auch der Inhalt der Arbeit sei anders als in China. Die meisten der Interviewten konnten jedoch das Pflegesystem in China nicht genau erklären und was denn so anders sei.

Zwei interviewte Kandidaten merkten an, sie haben den Eindruck, dass Deutschland viel Wert auf Qualität lege. Man kümmere sich um die Patienten, z.B., wenn diese Schmerz äußern. Das sei in China anders.

Ein weiterer Unterschied zum Herkunftsland bestehe in den Kollegen. Es gebe solche, die seien sehr unfreundlich. Manche fanden die Kollegen zu alt.

Auf die Frage, ob sie sich ausreichend qualifiziert fühlen für diese Tätigkeit in deutschen Krankenhäusern, antworteten alle Interviewten mit ja.

Die Belastungen sind für chinesische Pflegekräfte ab der Einreise in Deutschland hoch. Sie kommen in ein neues Land, welches sich deutlich vom Herkunftsland unterscheidet. Sie treten eine neue Arbeitsstelle an, mit völlig anderen Anforderungen als in China. Sie sollen arbeiten, sich auf die deutsche Kenntnisprüfung vorbereiten und die Deutschkenntnisse verbessern.

Das Arbeits- und Lernpensum ist dadurch sehr hoch; nicht jeder ist dem gewachsen.

8.2. Verknüpfen der Forschungsergebnisse, Auswertung und Beantwortung der Forschungsfragen

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit heraus ergeben sich folgende Antworten auf die anfangs gestellten Fragenkomplexe:

1. Aus der Sicht des aufnehmenden Landes:

Welche Chancen, Risiken und Hemmnisse ergeben sich für Deutschland und den deutschen Arbeitgeber?

- Ist die in China erworbene Ausbildung wirklich geeignet, im deutschen qualitativ hochwertigen und anspruchsvollen Krankenhaus- oder Pflegebereich zu bestehen und die fachlichen Anforderungen zu erfüllen?

Die chinesische Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte ist an anderer Stelle beschrieben worden. Es handelt sich um eine tertiäre Ausbildung, die, je nach Provinz und Universität, oft mehr theoretische Stunden vorweist als die deutsche duale Ausbildung mit 2.700 Stunden theoretischen Stunden.

Die praktische Ausbildung in China bleibt aber oft hinter der deutschen praktischen dualen Ausbildung zurück. Manche chinesische Ausbildung hat gar nur 700 praktische Stunden vorzuweisen.

Das führt zu einer oft nicht gewährten Gleichwertigkeit durch die Landesverwaltungsämter. Fast immer müssen die Teilnehmer sich in Deutschland für eine Kenntnisprüfung oder einen Anpassungslehrgang entscheiden.

In der Praxis bei Ankunft der chinesischen Kandidaten zeigten sich diese Unterschiede zur deutschen Ausbildung schnell. Die chinesische Ausbildung sieht wohl kaum das Fach Grundpflege vor, so dass diese in Deutschland wichtige Fähigkeit von Grund auf geschult werden muss.

In der teilnehmenden Beobachtung wird diese Tatsache an vielen Stellen auch deutlich. So werden in den Beobachtungen am 01.08.16, 20.08.16, 01.09.16, 03.09.16, 30.09.15, 17.10.16, 10.01.2018, 10.03.18, 20.05.18, 15.05.19, 20.12.19 große Defizite in den Bereichen Grundpflege und Betreuung alter und kranker Menschen sichtbar.

- Welche sprachlichen Voraussetzungen müssen hierfür gegeben sein?

Die sprachlichen Voraussetzungen für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland sind hoch. Eine B1, mit der viele Chinesinnen nach Deutschland kommen, ist hier nicht genug. Sie genügt nicht, um mit Kollegen, Bewohnern, Patienten und anderen Berufsgruppen zu kommunizieren.

In den Ergebnissen der Untersuchung stellte sich heraus, dass hier oft die Schwierigkeiten anfangen. Ich verweise auf die teilnehmenden Beobachtungen am 20.08.16: die Antworten und Einwände einer dementen Bewohnerin werden nicht verstanden, 03.09.16: hier werden die Anweisungen der Fachkraft nicht verstanden, 15.09.16: hier wird die Arbeit stumm verrichtet, die Erklärungen an die BW bleiben aus, 16.09.16, die Übergabe wird nicht verstanden, kein eigener Beitrag der Chinesinnen.

Die sprachlichen Voraussetzungen sind der alles entscheidende Faktor für einen erfolgreichen Anfang in Deutschland. Je besser die Sprachkenntnisse bei Einreise, desto erfolgreicher der Anfang. Und umgekehrt ist zu sagen, je schlechter die Deutschkenntnisse bei Einreise, umso schwerer der Beginn, weil so vieles noch nachgeholt werden muss. Ein erfolgreicher Projektbeginn ist nicht gegeben; die fehlenden Deutschkenntnisse verhindern das Verstehen vieler wichtiger Strukturen in der zu leistenden Pflege, im schlimmsten Falle wird das Examen nicht bestanden.

Bedauerlicherweise wird die Notwendigkeit guter Deutschkenntnisse bei Einreise oft nicht erkannt; es herrscht vielmehr die Meinung vor, sobald man erst in Deutschland sei, würde man schon mitbekommen, wie die Deutschen sprechen, und dann werde die notwendige Sprache schon von allein kommen.

Chinesische Pflegefachkräfte haben bei Einreise nach Deutschland fast immer eine B1. Es ist eine große Schwierigkeit in China die B2 zu erreichen. Das bedeutet, dass die chinesischen Pflegefachkräfte bei Einreise nicht nur den Sprachunterricht zur Erlangung der B2 absolvieren müssen, sondern sie müssen auch am Vorbereitungskurs für die Kenntnisprüfung teilnehmen. Das ist manchmal zu viel.

In der teilnehmenden Beobachtung ist in vielen Situationen zu merken, dass es an grundlegenden praktischen Fähigkeiten in der Grundpflege fehlt (z.B. 20.12.16;10.06.17;02.11.19). Diese Fähigkeiten sind aber eine wesentliche Grundlage der Kenntnisprüfung.

- Welche soziokulturellen Aspekte spielen eine Rolle?

Im aufnehmenden Land werden die Migrantinnen mit einem Sozialversicherungssystem vertraut gemacht, welches sie so nicht kennen:

Neben den gesetzlichen und formalen Regelungen im Gesundheitssystem beider Länder gibt es auch grundsätzliche Unterschiede in der Art und Weise, es von der Bevölkerung genutzt wird.

In China gehen die Menschen bei Beschwerden jeglicher Art ins Krankenhaus, vom leichten Schmerz bis zum schweren Verkehrsunfall. Ein System niedergelassener Ärzte kennt China immer noch nur sehr bedingt.

Das ist für die einreisenden Migrantinnen ein wichtiger Lernfaktor. Eine Chipkarte zur Legitimation als Krankenversicherte gibt es in China nicht.

Das Arbeitsrecht in Deutschland ist kaum mit dem chinesischen vergleichbar. Die Schutzfaktoren des deutschen Arbeitsrechts (Arbeitszeit, Jahresurlaub, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) wissen die chinesischen Migranten sehr bald zu schätzen und für sich zu nutzen.

Das Gesundheitssystem mit seinen komplett anderen Strukturen, arbeitsrechtliche Verpflichtungen und Rechte, das soziale Umfeld sind Herausforderungen, welche die Chinesinnen neben all den Aufgaben des Spracherwerbs und der Qualifizierung bewältigen müssen.

Selbst Themen wie Mülltrennung, Ladenschlusszeiten (z.B. Sonntagsruhe) und Bankarbeitszeiten sind oft völlig neu für sie. In den Interviews wird gesagt, dass Deutschland ein Land mit hoher Bürokratie sei (vgl. narratives Interview: Leben in Deutschland).

In China leben die Menschen oft auf engstem Raum, manchmal drei Generationen auf relativ enger Wohnfläche. Chinesische Familien besuchen sich häufig und gern und kommen unangemeldet. Gern sitzen Chinesen am Abend vor dem Haus und erzählen sich etwas.

Diese Dinge sind in Deutschland eher nicht an der Tagesordnung. Bevor man im Familien- oder Freundeskreis zusammenkommt, meldet man sich zumeist telefonisch an. Unangemeldete Besuche sind doch eher die Ausnahme. Das führt zu Verunsicherung und dem Empfinden, die Deutschen seien kühl in ihren Beziehungen zueinander.

Aus den Interviews und den teilnehmenden Beobachtungen ergibt sich so der Gesamteindruck, dass es den Chinesinnen äußerst schwerfällt, sich in das deutsche System zu integrieren.

2. Aus der Sicht des Herkunftslandes

Welche Chancen, Risiken ergeben sich für das Land China?

- Was bedeutet vor dem Hintergrund des eigenen demografischen Wandels die Abwanderung chinesischer Pflegefachkräfte?

China droht wie viele andere Länder zu überaltern, ohne die Altenhilfestrukturen zu haben, die z.B. in Deutschland seit nahezu einhundert Jahren bestehen. Laut der Bevölkerungsprognose wird im Jahre 2015 jeder vierte alte Mensch auf der Welt ein Chinese sein. Das vorherrschende Familienpflegesystem ist kaum geeignet, diese vielen alten Menschen zu versorgen.

Seit 1978 bis zum Jahre 2016 herrschte das Prinzip der Ein-Kind-Politik und das hatte das Ziel, die Bevölkerung zu dezimieren, um nicht Hungersnöte oder andere unvorhergesehene Katastrophen entstehen zu lassen.

In den letzten vierzig Jahren hat China eine enorme Entwicklung durchlaufen und es hat sich auch die medizinische Versorgung der Bevölkerung sehr verbessert, nicht zuletzt durch den Bau neuer Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken.

Auch die Versorgung der alten Menschen außerhalb der Familien hat enorme Fortschritte gemacht. 2020 gab es bereits ca. 170.000 Altenpflegeanbieter im ganzen Land; das entspricht einer Bettenanzahl von 7.448.00 Millionen Betten (vgl. iyou.com 2020).

Das alles benötigt bestens ausgebildetes Personal. An anderer Stelle ist beschrieben worden, dass in China auf 1000 Einwohner ca. 1,9 ausgebildete Krankenschwestern kommen. Das wird auf die Dauer nicht reichen, um die Bevölkerung adäquat zu versorgen.

In ihren sogenannten 5-Jahresplänen wird sich die Regierung des Riesenreiches sicher Gedanken darüber machen, wie sie die Versorgung der Bevölkerung mit Pflege- und Medizinleistungen künftig sicherstellen möchte.

- Welche Hoffnungen verbinden sich mit der späteren Rückkehr chinesischer Pflegefachkräfte im Heimatland?

Die Situation in China hat sich in den letzten Jahren sehr verändert. Noch vor fünfzehn Jahren war es für junge Chinesen äußerst erstrebenswert nach Europa oder Amerika zu kommen und dort erfolgreich zu werden. In vielen Gesprächen mit unterschiedlichen Akteuren in China ist immer wieder zum Ausdruck gebracht worden, welch hohes Ansehen Deutschland in China genießt.

Deutsche sind also gern gesehene Gäste in China. Demzufolge besteht die Hoffnung, dass sich die Erfahrungen aus Deutschland in das chinesische Gesundheitssystem übertragen lassen:

Es ist an anderer Stelle ausführlich dargelegt worden, unter welcher großer demografischer Veränderung China steht. Mehr und mehr alte Menschen erfordern völlig andere Strukturen.

Das traditionelle Familienpflegesystem greift hier schon lang nicht mehr und wird immer weniger erfolgreich sein. Von einem Kind können die Eltern und Großeltern nicht mehr versorgt werden.

Daher wird China mit der fortschreitenden demografischen Überalterung nicht nur immer mehr stationäre Betten anbieten müssen, sondern es wird auch die Menschen (Fachkräfte) brauchen, die die alten Menschen versorgen und betreuen

Es wäre lohnenswert zu prüfen, inwieweit das deutsche Altenhilfesystem mit seinen ambulanten, teilstationären und stationären Strukturen Anregungen bietet, um in China alternative Betreuungsmöglichkeiten anzubieten.

Denn dort, wo das traditionelle System nicht mehr greift und dort, wo nicht so viel Pflegeheime wie nötig gebaut werden, sind andere Potentiale und Strukturen zwingend erforderlich.

Vom Sommer bis zum Herbst hat die Autorin chinesische Fachkräfte begleitet, die eine Stelle in der ambulanten Pflege angetreten haben. Diese Art der Arbeit war für die Chinesinnen völlig neu: Mit dem Auto in die Haushalte zu fahren und dort die Menschen mit der Grundpflege und der Behandlungspflege zu versorgen, könnte in China eine Möglichkeit sein, die wachsende Zahl alter Menschen zu versorgen, die von der Familie nicht mehr allein versorgt werden können.

Es könnte sich eine Art Gemeindeschwesternprinzip entwickeln, bei dem die Fachkraft über Land fährt und die qualifizierte Krankenpflege erbringt; begleitet von Hilfskräften, welche die Grundpflege machen.

3. Aus der Sicht der chinesischen Pflegefachkräfte

Welche Chancen (Migrationstreiber), Risiken und Hemmnisse (Migrationshemmer) ergeben sich nun für die einwandernden Pflegefachkräfte?

- **Migrationstreiber:**

Insgesamt wurden 15 Mitschriften aus narrativen Interviews ausgewertet.

Als Migrationstreiber wurden die Faktoren

1. Attraktivität des Landes Deutschland,
2. Deutsche Arbeitskultur,
3. Kultur des Landes Deutschland,
4. Die Faktoren Arbeit und Leben in Deutschland sowie
5. Die Frage, was sie als chinesischen Fachkraft qualifizieren würde hier in Deutschland zu arbeiten. ausgewählt.

Zu 1:

Zur Attraktivität Deutschlands sagten 2 der Befragten, dass sie, um nach Deutschland zu kommen, weniger Geld investieren müssen, als in andere Länder; 3 der Befragten, dass Deutschland einfach als Land attraktiv ist und auch die hier herrschende Technik; 10 der Befragten sagen, dass Deutschland einfach attraktiv ist, wegen der hier herrschenden Weiterbildungsmöglichkeiten.

Zu 2:

In Bezug auf die Arbeitskultur gaben 12 der Befragten an, dass die deutsche Arbeitskultur verlässlicher und geregelter abläuft. Man könne nach Hause gehen, wenn der Arbeitsalltag um ist. Weitere Aussagen in dieser Gruppe waren, dass man in Deutschland langsamer arbeiten könne als in China, dadurch wird die Arbeit nicht so anstrengend, 3 der Befragten gaben an, dass die Arbeit in China weniger Wert auf die Gefühle der Patienten legt. In Deutschland sei das anders; so sei es beispielsweise wichtig, ob ein Patient Schmerzen habe oder nicht. Man kümmere sich.

Zu 3.

Die Kultur in Deutschland finden 10 der Befragten gut, was sich in Bemerkungen zu den Deutschen insgesamt äußert. Sie werden als freundlich, höflich, zuverlässig, herzlich und nett beschrieben. Es fallen aber auch Attribute wie fremdenfeindlich und humorlos; Frauen seien stärker als Männer (z.B. Teilnehmende Beobachtung vom 20.06.2018: Hier bittet eine chinesische Fachkraft um Versetzung, weil sie im Verhalten einer deutschen Kollegin Rassismus befürchtet; in der Beobachtung vom 25.06.2018 fragt ein deutscher Vorgesetzter, ob es denn keine deutschen Krankenschwestern gäbe, dass man auf Chinesen zurückgreifen müsse.) Ansonsten sei die Kultur so, dass vieles „in Ordnung in Deutschland sei!“ auf die Frage, welche Vorstellungen die chinesischen Fachkräfte von der Kultur Deutschlands haben. Z.B. antwortet CS (Interview 1) auf die Frage, wie unterscheidet sich das Leben in D vom Leben in China, „daß die Lebensqualität in D besser sei als in China- In Interview 3 äußert FY auf die Frage, ob das Leben in D ihren Vorstellungen entspricht, dass sie die Landschaft und

Natur mag, ebenso die Ordnung in Deutschland, sowie das soziale System und die entwickelte Industrie.

Zu 4.

Zu dem Faktor „Arbeit und Leben“ sagen 10 der Befragten, dass die Lebensqualität in Deutschland hoch sei und dass sie die Erfahrungen schätzen, die sie hier machen können. Für 5 ist es wichtig, hier Fachkraft zu werden und sich selbst zu verbessern; ferner die Möglichkeit, kontinuierlich zu lernen und an sich zu arbeiten.

Zu 5.

Auf die Frage, welche Faktoren sie für eine Arbeit in Deutschland qualifizieren, gaben 4 der Befragten an, gewissenhaft und ernsthaft zu sein. Ebenfalls 4 der Befragten sind der Meinung, über eine gute Sprache und ausreichende Fachkenntnisse zu verfügen, 8 der Befragten sagen, sie haben eigene Ideen, sind fleißig und positiv und deshalb gut geeignet, in Deutschland erfolgreich zu werden.

- **Migrationshemmnisse:**

Um Migrationshemmnisse zu identifizieren, wurden die Forschungsergebnisse des narrativen Interviews und der teilnehmenden Beobachtung ausgewertet. Dabei wurden drei verschiedenen Migrationshemmer gefunden:

1. Sprache
2. Ein gegenüber dem Herkunftsland verändertes Pflegesystem
3. Andere Vorstellungen, mit denen die chinesischen Mitarbeiterinnen nach Deutschland gekommen sind.

Zu 1. Sprache:

Für 14 aller Befragten ist die deutsche Sprache das größte Hindernis. Sie können nicht kommunizieren und dadurch entstehen Missverständnisse. Die fachliche Vorbereitung sowie der Erwerb der deutschen Sprache im Herkunftsland sind nicht ausreichend. Häufig kommen die chinesischen Fachkräfte mit einem schlechten B1/GER-Niveau nach Deutschland. Sie sind der Meinung, sobald sie erst in Deutschland sind, würden sie schon hören, wie die Deutschen sprechen und dann komme die Sprache von allein.

Ein fataler Irrtum, denn gerade diese schlechte Sprache macht den Anfang und das Weiterkommen in Deutschland so schwer. Es erschwert ihren eigenen Anfang und es strapaziert die Geduld der deutschen Kollegen, die oft nicht verstehen, dass sie die Dinge so oft erklären und dann wird es immer noch nicht verstanden.

Auch in der teilnehmenden Beobachtung wird deutlich, dass sowohl fehlende Sprachkenntnisse als auch das andere, in Deutschland vorherrschende Pflegesystem den chinesischen Fachkräften zu schaffen machen.

Zu 2. Pflegesystem

Im narrativen Interview gaben 14 der Befragten, auf die Frage, wie sie sich das deutsche Pflegesystem vorstellen, die Antwort, es sei zu viel Grundpflege. Die Grundpflege in Deutschland ist die Körperpflege der Patienten vom Kopf bis zu den Füßen und ist für chinesische Fachkräfte eine ungeliebte Aufgabe.

Zum einen müssen sie diese Arbeit in China nicht machen, sie hat den Status einer niederen Arbeit und zum anderen ist es wohl diese körperliche Nähe bei der Grundpflege, die den chinesischen Fachkräften nicht behagt.

In der teilnehmenden Beobachtung ist nun beides zu sehen. Eine für den Patienten/Bewohner angenehme Grundpflege kann und wird nicht angeboten und es fehlt oft an der Sprache, diese zu kommunizieren. Schlimmer noch, die chinesischen Pflegekräfte können nicht nachvollziehen, dass es auch für den Patienten oder Bewohner oft keine einfache Situation ist, die es zu bewältigen gilt.

Verwiesen sei an dieser Stelle auf die teilnehmenden Beobachtungen am 15.09.16, 20.09.2016, 30.09.2016. Den deutschen Praxisbegleitern und Mentoren war das oft nicht verständlich, warum die Fortschritte auf diesem Gebiet so langsam und unbefriedigend waren.

Zu 3: Vorstellungen von Deutschland

Zu den weiteren differenten Vorstellungen, mit denen die chinesischen Fachkräfte nach Deutschland gekommen sind, gehört der Arbeitsalltag im Krankenhaus und in der Pflege.

An anderer Stelle ist beschrieben, dass die Ausbildung in China eine tertiäre und medizinisch orientierte Ausbildung ist. Demgegenüber handelt es sich bei der deutschen Ausbildung um ein duales und ganzheitliches Ausbildungssystem. Während in China einzelne medizinische Handlungen im Vordergrund stehen, wird in Deutschland der ganze Mensch gesehen.

Das chinesische System ist ein Versorgungssystem mit einem enormen täglichen Arbeitsaufkommen, weil die einzige Anlaufstelle bei Krankheit und Verletzung das Krankenhaus ist. Das System der niedergelassenen Ärzte gibt es nicht. Zudem muss die medizinische Leistung im Krankenhaus zunächst bezahlt und vorgestreckt werden. Das erklärt, warum viele grundpflegerische Leistungen auf die Angehörigen verteilt werden.

Es fehlt den chinesischen Fachkräften somit der ganzheitliche Blick auf den Patienten oder Bewohner. Obschon im Herkunftsland das deutsche Pflegesystem bereits über Weiterbildungen hinlänglich erklärt wurde, ist die praktische Erfahrung in Deutschland selbst doch etwas anderes. Die Realität zeigt sich als eine ganzheitliche Pflege ohne Sittersystem und stellt für die meisten chinesischen Fachkräfte einen Migrationshemmer dar, weil diese Form für viele ein berufsfachlicher Abstieg ist. Sie müssen die Wertschätzung dieser Arbeit erst erfahren.

- **Warum wird Deutschland als Auswanderungsland gewählt?**

Wie schon an anderer Stelle ausführlich beschrieben, ergab sich aus den Interviews und der teilnehmenden Beobachtung, dass die hier in dieser Arbeit untersuchte Gruppe vor Einreise in das neue Land keine konkreten Vorstellungen hatte, um was für ein Land es sich hier genau handelt und in welchen wichtigen Punkten sich dieses Land vom Herkunftsland unterscheidet.

Die Begründungen für eine Entscheidung, nach Deutschland zu kommen, ergaben sich oft aus einem unreflektierten Blick aus den ihnen bekannten Bildern über Deutschland durch die Medien, wie es bereits oben beschrieben wurde.

Gruppen mit jungen Teilnehmern, welche erstmals mit der Autorin Unterricht hatten, haben auf die Frage, was ein genau sie von Deutschland wissen, oft von der „schönen deutschen Kultur“ gesprochen. Was denn diese Kultur ausmache? Das wüssten sie nicht genau.

Ferner war oft von den schönen deutschen Autos die Rede und der deutschen Ingenieurskunst. Die sei doch berühmt. Die Pflege der alten und kranken Menschen in Deutschland? Das Pflegesystem? Das deutsche Gesundheitssystem? Dazu gab es keine Aussagen und es war kein Wissen darüber vorhanden.

An anderer Stelle wurde beschrieben, dass Deutschland in China ein hohes Ansehen genießt und dass deshalb die Wahl auf Deutschland fällt. Maßgeblich beeinflusst wird diese Wahl auch durch die Eltern der noch jungen Teilnehmer. Die Kandidaten der eingereisten Gruppen 2014-2020 waren fast allesamt noch Kinder der Ein-Kind-Politik Chinas und somit Einzelkinder. Die Eltern - oft Bauern oder Arbeiter - lassen sich oft davon leiten, was in der Presse verkündet wird.

Deutschland galt und gilt als sicher, zuverlässig, friedlich, nicht arm und technisch hochausgestattet. In den narrativen Interviews wurden die Teilnehmer unter der Überschrift Motivation und Erwartung gefragt:

1. Was wussten sie von Deutschland, bevor sie kamen?
2. Welche Vorstellungen hatten sie?

3. Wie stellen sie sich die Arbeitsaufgabe einer Pflegefachkraft in Deutschland vor?
4. Warum haben sie denn Deutschland als Zielland ausgewählt?

Auf die 1. Frage

antworteten 10 der Befragten, dass Deutschland ein“ entwickeltes Land“ sei, 4 erklärten, dass die deutsche Wirtschaft gut sein, der Verkehr teuer, Deutsche sauber und pünktlich seien, 2 vermuteten, dass die Arbeit in Deutschland weniger anstrengend als in China sei.

Zur 2. Frage

nach der Kultur und dem Leben in Deutschland waren 5 der Befragten der Ansicht, die Deutschen essen viel Wurst und Brot und trinken viel Bier, 2 gingen von guten sozialen Leistungen in Deutschland aus, 8 Interviewpartnerinnen konnten sich nicht festlegen.

Zur 3. Frage

nach den Arbeitsaufgaben einer Pflegefachkraft antworteten 10 der Befragten, es sei ihnen zu viel Grundpflege hier, 5 äußerten, dass die Arbeit wohl in Deutschland ähnlich sei wie in China.

Auf die 4. Frage

nach dem Zielland Deutschland gaben 5 der Befragten an, es sei billiger nach Deutschland zu kommen, als in andere Länder, 2 äußerten, es sei so gewesen, weil sie kein Englisch sprächen, 4 meinten, Deutschland sei attraktiv und 8 der Befragten sagten, sie seien noch jung und wollten etwas lernen.

- **Welche Hoffnungen verbinden sich mit der Rückkehr nach China?**

In den Jahren 2012/2013 hat die Autorin erste Gruppen chinesischer Krankenschwestern in China unterrichtet. Es waren große und äußerst disziplinierte Gruppen, welche Unterricht in den verschiedenen Themen der Kranken- und Altenpflege bekommen haben.

Zu dieser Zeit lag die Möglichkeit, ins Ausland zu kommen, noch in weiter Ferne. Viele Chinesen hatten keinen Reisepass und auch im Jahr 2020 besaßen lediglich 13 % der chinesischen Bürger einen Reisepass (National Bureau of Statistics of China 2020).

In den verschiedenen International Nursing Training Centern, welche in China Krankenschwestern auf die Arbeitsaufnahme für verschiedene Ländern vorbereiten, wurden auch zu dieser Zeit schon chinesische Krankenschwestern in den mittleren Osten oder auch nach Japan zur Arbeitsaufnahme vermittelt.

Chinesische Krankenschwestern, die für den deutschen Arbeitsmarkt gedacht waren, sind erstmals in dem Projekt „Chinesische Krankenschwestern für Deutschland“ zwischen dem Arbeitgeberverband Pflege und der CHINCA in China vorbereitet worden. Das erste Projekt der Autorin war im Jahre 2014. Dieses ist in der Arbeit beschrieben.

Von Beginn an ist im Unterricht der chinesischen Teilnehmer auch immer wieder Deutschland und sein soziales System Thema gewesen. Den chinesischen Teilnehmern ist das Sozialversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland erklärt worden. Auch das deutsche Gesundheitssystem war oft ein Thema.

Die meisten Teilnehmer konnten jedoch nicht das chinesische Gesundheitssystem erklären, um so eine Vergleichbarkeit herzustellen. Sie wussten es schlicht nicht. Daher war es schwer bis unmöglich, über einen Vergleich zwischen den beiden Pflegesystemen spätere berufliche Ambitionen zu erfragen.

Die jungen chinesischen Pflegekräfte haben sich keine Gedanken über die Zukunft ihres Landes gemacht. Die Autorin war immer wieder überrascht, wie hochgradig apolitisch ihre Gesprächspartnerinnen sind. Manche wussten nicht einmal, was es mit den sogenannten Fünf-Jahresplänen auf sich hatte, welche das chinesische Zentralkomitee alle fünf Jahre herausbrachte und die politische Zukunft des Landes und damit eben auch die Zukunft der Pflege und die Versorgung alter Menschen beleuchtete.

Für sie war es enorm wichtig zu heiraten. Ein Alter nahe dreißig und keine Ehe in Sicht glich einer Katastrophe.

Neben der ambulanten Pflege wäre auch die Rehabilitation ein gutes Feld, Fachwissen nach China zu bringen:

In China werden in vielen Provinzen neue Rehakliniken gebaut, die sehr auf neues qualifiziertes Personal angewiesen sind. Aber auch hier fehlte es nach Meinung der Autorin an der Weitsichtigkeit der chinesischen Pflegefachkräfte.

8.3. Zusammenfassende Bemerkungen und Empfehlungen

Die allgemeine Zielsetzung dieser Arbeit bestand darin, den Prozess der Migration von ausländischen Pflegefachkräften zu untersuchen und die Erfolgsfaktoren, die eine gelungene Migration ausmachen, zu benennen.

Hierzu wurde eine dreigeteilte Forschungsfrage formuliert, die anhand von narrativen Interviews, teilnehmender Beobachtung der Migranten und einer Online-Befragung von Arbeitgebern in der Gesundheitswirtschaft beantwortet werden sollten.

Im abschließenden Teil soll herausgearbeitet werden, welche Schlussfolgerungen sich für die künftige Rekrutierung und bessere Eingliederung von weiteren ausländischen Pflegekräften, insbesondere Chinesinnen ergeben:

- Welche Voraussetzungen sollten aus der Sicht der chinesischen Pflegekräfte gegeben sein, um diese Herausforderungen überhaupt zu bestehen?
- Wie sollten sie in China vorbereitet werden?
- Wie sollte das aufnehmende Land sich vorbereiten, um die chinesischen Pflegekräfte bei diesen Anforderungen zu unterstützen?

Der Prozess der Integration von ausländischen Pflegefachkräften ist kompliziert. Faktoren wie die Identifizierung geeigneter Bewerber im Herkunftsland und deren fachliche und sprachliche Qualifikation spielen eine ebenso wichtige Rolle wie das Anerkennungsverfahren in Deutschland und das Bestehen des deutschen Krankenpflegeexamens.

Aus den Ergebnissen der Untersuchungsmethoden haben sich die Kategorien **Motivation, Sprache** und **Kultur** ergeben. Diese Kategorien sind in der Auswertung und damit in der Beantwortung der Forschungsfragen eingehend beleuchtet worden.

Die dreigeteilte Forschungsfrage beschäftigte sich mit dieser Fragestellung aus der Sicht des aufnehmenden Landes, also Deutschland; aus der Sicht des Herkunftslandes China und aus der Sicht der chinesischen Pflegefachkräfte.

In der Arbeit ist dargestellt, dass Deutschland unter einem großen Pflegefachkräftemangel leidet. Dieser Mangel ist nicht neu, sondern war latent in den letzten 25 Jahren immer da.

Die Gründe hierzu sind in der Arbeit dargestellt. In den letzten 10 Monaten, in der sogenannten Corona-Krise, hat sich dieser Mangel an qualifiziertem Personal zudem verschärft.

Es wurden immer mehr Intensivbetten mit schwer und schwerst an der Covid-19 Infektion erkrankten Personen in den Krankenhäusern benötigt und belegt. Jedoch

wurde vor allem deutlich, was für das Gesundheitssystem am meisten Besorgnis erregt: Es fehlt an qualifiziertem Pflegefachpersonal.

Die Covid19-Krise brachte aber auch zum Vorschein, dass es nicht nur in Deutschland, sondern weltweit viel zu wenig qualifiziertes Personal gibt. Es wurde hier die sagenhafte Zahl von sechs Millionen (!) fehlender Fachkräfte im Pflegebereich von der WHO aufgerufen (vgl. tagesschau.de 2020c). Unter der Pandemie stellte sich der Mangel wie unter einem Brennglas dar.

In Deutschland werden seit vielen Jahren ausländische Pflegefachkräfte aus verschiedenen Herkunftsländern eingesetzt. Nicht immer ist die im Herkunftsland erworbene Ausbildung geeignet, im qualitativ hochwertigen Gesundheitswesen fachlich zu bestehen. Hinzu kommt die so notwendige sprachliche Qualifikation, um in der Kommunikation mit allen Beteiligten bestehen zu können. Das geht aus den Online-Befragungen der Arbeitgeber eindeutig hervor. Nicht das Herkunftsland war den Arbeitgebern wichtig, sondern vor allem die sprachliche Qualifikation.

In welcher Form ist es nun möglich, chinesische Pflegefachkräfte dauerhaft und erfolgreich im deutschen Gesundheitswesen einzusetzen?

Die Migration von Pflegekräften ist kein schneller Prozess und bedarf einer langen Vorbereitung. Allein in China dauert der Vorbereitungsprozess mindestens ein Jahr.

In der vorliegenden Arbeit wurde der Prozess beschrieben. Die sprachliche, fachliche und interkulturelle Vorbereitung im Herkunftsland ist von enormer Bedeutung. Zu fordern ist auch eine exakte Vorbereitung auf die Stelle, die es im aufnehmenden Land auszufüllen gilt.

- **Erste Empfehlung: Vorbereitung im Herkunftsland**

Für einen erfolgreichen Anfang in Deutschland ist eine exakte Vorbereitung und ein stabiles Sprachlevel B2 GER, welches schon in China erworben wurde, dringend notwendig.

Ein Sprachlevel B2 bei Einreise würde die schwierige Anfangszeit erheblich vereinfachen, weil ein verbessertes Sprachverständnis den gemeinsamen Anfang zwischen deutschen und chinesischen Kollegen komplikationsloser gestalten würde.

Das deutsche Pflegesystem sollte ebenfalls in China vermittelt werden, weil es sich erheblich vom chinesischen Pflegesystem unterscheidet. Die deutschen Kollegen könnten auf wesentlich mehr Verständnis für die zu vermittelten Aufgaben hoffen.

Eine intensive Landeskunde rundet das Vorbereitungsprogramm im Herkunftsland ab. Hierzu gehören auch die Grundlagen Staatsbürgerkunde und das deutsche

Versicherungssystem. Die neuen chinesischen Mitarbeiter verstehen dann eher, was das Zielland vom Herkunftsland unterscheidet.

Erst dann lassen sich die Zielvorstellungen einer schnellen und erfolgreichen Integration umsetzen.

Wie sollte das aufnehmende Land sich vorbereiten, um die ausländischen Pflegekräfte bei diesem Prozess zu unterstützen?

- **Zweite Empfehlung: Berufliche Integration**

Nicht unterschätzt werden darf die Tatsache, dass auch normale deutsche Krankenschwestern wenig interkulturelles Verständnis oder Erfahrung haben, so dass sie sich kein Bild davon machen, wie schwer der Anfang im Ausland sein kann. Daher reagieren sie eher mit Ungeduld als mit Verständnis auf ungenügende Sprach- und Fachkenntnisse. Die Pflegeeinrichtungen und die Krankenhäuser sollten sich klarmachen, dass China und auch alle anderen Länder ein völlig anderes Pflegesystem haben und es Zeit braucht, bis die ausländischen Fachkräfte bei uns angekommen sind.

Die deutschen Mitarbeiter sollten sich mit diesem Pflegesystem beschäftigen und den Einarbeitungsprozess in Deutschland danach ausrichten. Nur so ist gewährleistet, dass sie verstehen, warum gewisse Pflegehandlungen (Grundpflege), die in Deutschland üblich sind, so viel Zeit benötigen, bis die ausländische Kraft das gelernt hat.

Vor der Einreise der ausländischen Fachkräfte ist es notwendig, ein tragfähiges und nachhaltiges betriebliches Integrationskonzept für die ausländischen Pflegefachkräfte zu erstellen. Nur so bleiben sie dauerhaft Mitarbeiter. Das betriebliche Integrationsmanagement wird individuell für jede Einrichtung vor Einreise der neuen Fachkräfte erstellt und es wird eine Aufgabenverteilung vorgenommen. Ziel ist es, die Integration der neuen Kollegen in den Beruf und in die Gesellschaft optimal zu begleiten. Die Integration wird von Kollegen und Ehrenamtlichen begleitet.

- **Dritte Empfehlung: Integration in Deutschland allgemein**

Nur bei ausreichender Beschäftigung mit den Bedingungen im Herkunftsland seitens der deutschen Mitarbeiter kann der Einarbeitungsprozess in Deutschland gelingen. Darüber hinaus sollte sich der neue deutsche Arbeitgeber intensiv um die Integration der ausländischen Mitarbeiter kümmern. Das betrifft neben der sprachlichen und fachlichen Qualifizierung auch die soziale und kulturelle Integration.

Es darf nicht sein, dass die ausländischen Fachkräfte ins Land kommen, um „zu helfen“ und nach Dienstschluss mit den anderen ausländischen Kollegen eine Diaspora bilden. Die neuen Kollegen sollten nicht nur arbeitstechnisch, sondern auch in das Alltagsleben

in Deutschland integriert werden. Sie benötigen Informationen, wie sie sich integrieren können, z.B. wo sie ihre Freizeit verbringen und wie sie sich auch auf anderen Gebieten weiterbilden können.

Sehr hilfreich ist es, schon vor Einreise der neuen chinesischen Kollegen in der jeweiligen Einrichtung ein Integrationsteam zu bilden, welches sich Gedanken über die Integration der neuen Kollegen macht. Bewährt haben sich folgende Maßnahmen:

- Auswahl eines Mentors für jeden neuen Kollegen, der ihn in den ersten Monaten persönlich begleitet
- Festlegung von sinnvollen Maßnahmen, die die neuen Kollegen schnell in der neuen Stadt ankommen lassen. Hier könnte Sport eine Rolle spielen oder auch Treffen mit anderen ankommenden Migranten (Ich bin neu in der Stadt)
- Erstellen eines schriftlichen „Leitfadens“ (Handbuch, Merkblatt, Flyer, Broschüre, App), der alle markanten und wichtigen Adressen enthält:
- Ärzte, Apotheken, Sportstätten, wichtigste Geschäfte, Sehenswürdigkeiten, kulturelle Veranstaltungsorte, aber auch Ämter und Behörden.
- Regelmäßige Gesprächsrunden mit allen am Integrationsprozess Beteiligten, um zu sehen, wie erfolgreich die Integration wirklich vonstattengeht.

8.4. Fazit der Arbeit:

Deutschland wird auf lange Sicht ohne ausländische Pflegefachkräfte nicht auskommen. Aufgrund des dargestellten demografischen Wandels in Deutschland und der immer geringer werdenden Zahl an jungen Menschen, die es attraktiv finden, einen Pflegeberuf zu ergreifen, ist es sehr unwahrscheinlich, dass sich dieser heute schon bestehende Mangel in welcher Form auch immer auflöst. Demgegenüber stehen die geburtenstarken Jahrgänge, welche in einiger Zeit zumindest teilweise Pflege benötigen.

Die ausländischen Pflegekräfte werden von überall angeworben. Die Bundesregierung ist hier mit ihren Institutionen ebenso beteiligt wie diverse Agenturen, die mehr oder minder versuchen, nachhaltig anzuwerben.

Auf dem Gebiet der Migration von Pflegekräften bleibt noch sehr viel zu tun.

Für die ausländischen Pflegefachkräfte selbst ist es nicht realistisch, ohne eine gründliche Vorbereitung ins Ausland zu gehen. Ohne diese Vorbereitung misslingt die Migration.

Hier ist an erster Stelle der Spracherwerb zu nennen. Im Falle der dargestellten chinesischen Fachkräfte war der nach Deutschland mitgebrachte Sprachlevel bei sehr vielen Personen nicht ausreichend. Das führte zu großen Problemen in der Anfangszeit.

Auch die Schulung zu sozialen und kulturellen Bedingungen in Deutschland ist von großer Wichtigkeit. Begonnen werden sollte diese Schulung schon im Herkunftsland. Die sozialen Verhältnisse und die deutsche Kultur in Deutschland unterscheiden sich grundsätzlich von den chinesischen Verhältnissen.

Es ist wichtig, sich als Zuwanderer vor der Einreise intensiv mit den Gegebenheiten in Deutschland zu befassen und einiges über die deutsche Kultur zu wissen, um sich dann im beruflichen und alltäglichen Leben besser zurecht zu finden.

Doch auch die in Deutschland anwerbenden Arbeitgeber haben die Verpflichtung, für die gründliche Vorbereitung im Herkunftsland zu sorgen. Das ist ebenso wichtig wie das Integrationskonzept bei Ankunft hier in Deutschland.

Die fachlichen Anforderungen im qualitativ anspruchsvollen Gesundheitswesen in Deutschland haben chinesische Fachkräfte oft nicht erfüllt. Zu groß waren die Diskrepanzen der im Herkunftsland erworbenen Fähigkeiten und der in Deutschland erwarteten Fähigkeiten. Das hat insbesondere die teilnehmende Beobachtung ergeben.

Die Qualifizierungen in China standen oft im Widerspruch zu den Aufgaben in der Grundpflege in Deutschland. Auf die Frage, ob die Arbeit in Deutschland ihren Vorstellungen entspricht antworteten 9 von 10 Teilnehmern, dass sie nicht damit gerechnet haben, soviel Grundpflege (Körperpflege der Bewohner) machen zu müssen. Das seien sie aus China nicht gewöhnt. Dort sei es Aufgabe der Angehörigen.

Es hat sich herumgesprochen, dass die Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber fehlt und Chinesinnen gern schnell wieder gehen, sobald sie das deutsche Krankenpflegeexamen in der Hand haben. Die meisten chinesischen Pflegefachkräfte sind nicht beim ersten Arbeitgeber, der ihnen alles ermöglicht hat, um erfolgreich zu werden, geblieben. Mit Erhalt des Krankenpflegeexamens haben schnell versucht, eine Stelle im Krankenhaus zu bekommen. Dort sind sie aber oft gescheitert, weil ihnen das Knowhow fehlte, um zu bestehen. Vor diesem Hintergrund sind die Arbeitgeber mit der Anwerbung chinesischer Pflegefachkräfte zurückhaltend geworden.

Es kann zudem für Deutschland immer nur ein kleiner Teil der Lösung sein, ausländische Fachkräfte ins Land zu holen, um den eigenen Bedarf zu decken.

Der Aufwand, der betrieben werden muss, um die ausländischen Fachkräfte erfolgreich zu integrieren, ist groß. Folgen sie unseren Erwartungen nicht, dann ist die Enttäuschung ebenso groß.

Es kommt hinzu, dass auch andere Länder nicht über ein Überangebot an Pflegefachkräften verfügen. Oft suchen sich Länder, aus denen Pflegefachkräfte für Deutschland rekrutiert werden, wieder neue Fachkräfte aus weiteren Staaten, deren Lebensstandard noch niedriger ist als im eigenen Land. So werden im Grunde genommen die Probleme mit fehlenden Fachkräften nur von einem Land in das nächste verlagert. Dem entgegen stehen die Grundsätze der WHO, die in diesem „Ausverkauf“ vorbeugen soll.

Für die Praxis bedeutet das, dass jedes Land vor allem für eine ausreichende Versorgung mit im eigenen Land ausgebildeten Fachkräften sorgen soll. Fachkräfte aus anderen Ländern sollten dann nur noch aus akademischen Gründen rekrutiert werden, was derzeit noch eine Zukunftsvorstellung ist.

Das sind die Herausforderungen für die nächsten Jahre:

Die Ausbildung und Qualifizierung sollte im eigenen Land so gestaltet werden, dass es genügend Nachwuchs an Pflegefachkräften gibt.

Eine weitere wichtige Aufgabe wird es zukünftig sein, den Umgang mit ausländischen Fachkräften besser zu organisieren.

Der Mehrwert meiner Arbeit besteht in einem Beitrag zur Pflegewissenschaft. Die Pflegewissenschaft ist in Deutschland im Gegensatz zu den USA ein noch junges Gebiet. Die Entwicklungen sind hier jedoch rasant: „Das wesentliche Ziel des Studiums der Pflegewissenschaften ist es, dass Studierende in die Lage versetzt werden, pflegerische Strukturen zu verstehen und zu verbessern, an neuen Versorgungsstrukturen und Prozessen zu forschen ...“
(<http://www.pflegestudium.de/studiengaenge/pflegewissenschaft/>)

In meiner Arbeit habe ich mein Erfahrungswissen und meine theoretischen Kenntnisse in der Pflegeforschung in Deutschland und der Volksrepublik China eingebracht, um zu untersuchen, ob es tatsächlich so ohne weiteres möglich ist, in ein anderes Land zu gehen und dort im erlernten Beruf weiterzuarbeiten.

Hierbei spielte auch die Kulturwissenschaft eine große Rolle, weil kulturelle Aspekte in der Pflege in den jeweiligen Ländern völlig unterschiedlich sind. In der VR China ist es nach wie vor das traditionelle Familienpflegesystem, welches hier die Grundpflege der jeweiligen Patienten übernimmt. Die Aufgaben der Krankenschwester sind die Behandlungspflegen. In Deutschland gehört die Grundpflege zum unmittelbaren Aufgabenbereich der Krankenschwestern. Hier ist man der Meinung, dass nur so die so wichtige Krankenbeobachtung durchgeführt werden kann. Das sind wichtige kulturelle Unterschiede, die bei der Arbeitsmigration berücksichtigt werden müssen.

Auch die Sprache ist ein wichtiger kulturwissenschaftlicher Aspekt. Die deutsche und die chinesische Sprache haben nichts gemeinsam. Alle Begriffe der Pflege müssen völlig neu von den Arbeitsmigrantinnen gelernt werden.

Beides sind Aspekte, die so ausführlich bisher nicht in der Forschung berücksichtigt wurden.

Kulturwissenschaften beziehen sich auch auf die Sozialwissenschaften und haben somit einen interdisziplinären Ansatz:

Bei der Übersiedlung von der VR China nach Deutschland verlieren die chinesischen Fachkräfte ihre bisherigen sozialen Beziehungen. Die Familie und der Freundeskreis verbleiben in China. In Deutschland werden neue soziale Kontakte aufgebaut. Da sind zunächst die Kollegen, welche erste soziale Kontakt bilden. Freunde müssen außerhalb der Arbeitsstätte gesucht werden. Im Idealfall werden sie wichtige Anker bei der Sozialisation in Deutschland. In den meisten Fällen bleiben die Chinesinnen aber unter sich.

Wie schon an anderer Stelle geschildert, habe ich die chinesischen Fachkräfte schon im Herkunftsland begleitet. Bei meinen Forschungsmethoden habe ich außer einer quantitativen Methode, den Fragebogen in der Erhebungsform Online, qualitative Methoden gewählt. Das narrative Interview und die teilnehmende Beobachtung haben es mir gestattet, den Prozess der Arbeitsmigration aus China nach Deutschland durch unmittelbaren Feldzugang eng zu begleiten. Daher bilden die Ergebnisse der Arbeit neue Erkenntnisse im interkulturellen Zusammenhang ab.

In Kapitel zwei der vorliegenden Arbeit wurden mit Maase (2011) und Pütz et al (2019) Arbeiten besprochen, die explizit auf die enormen kulturellen Herausforderungen eingehen. Die dort angesprochenen Machtspiele zwischen den deutschen Mitarbeitern und den Arbeitsmigrantinnen konnte die Verfasserin auch bei ihrer Forschung feststellen.

Auch in diesen Arbeiten wird thematisiert, dass sich die Ausländerinnen nicht so ohne weiteres in den Arbeitsmarkt integrieren lassen. Kulturgemischte Teams bieten auch Konfliktpotenzial. Der Integrationsprozess der Ausländer ist eine interkulturelle Angelegenheit und kann ohne die deutsche Mithilfe nicht gelingen.

Es ist in der Arbeit zum thematisiert worden, dass das Rekrutieren ausländischer Fachkräfte nicht die alleinige Therapie des immer weiter ausufernden Fachkräftemangels sein kann. Hier müssen andere Mechanismen und Lösungen entwickelt werden.

Mehr Auszubildende in der Pflege aus Deutschland, aber auch aus anderen Staaten sind eine Lösung, dem Pflegefachkräftemangel hierzulande zu begegnen. Die

Ausbildung zum Pflegefachmann/zur Pflegefachfrau ist seit 2020 unter dem Pflegeberufegesetz möglich und löst die bisherigen Ausbildungen zur Gesundheits- und Krankenpflege, zur Kinderkrankenpflege und zur Altenpflege ab.

Die Intention des Gesetzes war, die Attraktivität des Berufsbildes zu erhöhen. Das ist im Pflegeberufegesetz (PflBRefG) aus dem Jahre 2017 so beschlossen worden. Mit diesem Gesetz „werden die bis dahin getrennten Ausbildungen in den Berufen Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in sowie Altenpfleger/in zum Berufsbild Pflegefachfrau/-mann zusammengeführt“ (Stat. Bundesamt 2021) In der Pressemitteilung heißt es weiter: „Die Attraktivität des Pflegeberufes soll damit erhöht werden und mehr Menschen motiviert werden, den Pflegeberuf zu ergreifen.“

Dieser Meldung zufolge waren es am Jahresende 2020 insgesamt 53610 Auszubildende, welche eine Ausbildung zum Pflegefachmann oder zur Pflegefachfrau aufgenommen haben.

Dennoch ist keine ausreichende Anzahl an Menschen, welche den Pflegeberuf hierzulande ergreifen, festzustellen. Wie auf S 39 dieser Arbeit beschrieben, fehlen in der staatlichen Versorgung bis zum Jahre 2020 voraussichtlich 378.000 Pflegekräfte (vgl. vbw 2012).

Auch vor dem Hintergrund einer stetig ansteigenden Anzahl an pflegebedürftigen Menschen nimmt der Bedarf an guten Fachpflegekräften zu.

Deutschland ist auch sehr auf die ausländischen Fachkräfte angewiesen und konkurriert hier mit anderen Ländern um die guten Köpfe. Somit tut Deutschland gut daran, sich als ein attraktives Einwanderungsland zu präsentieren und alle Zugereisten gut zu behandeln.

Bedauerlicherweise werden oft Hürden durch eine undurchsichtige Bürokratie, verbunden mit den föderalen Strukturen in der BRD. Jedes Bundesland hat sein eigenes Landesverwaltungsamt und geht unterschiedlich mit den ausländischen Fachkräften um. Hinzu kommen oft hohe sprachliche Hürden, welche Bewerber davon abhalten, sich für Deutschland zu entscheiden und stattdessen angloamerikanische Länder zu wählen.

In der Arbeit habe ich mich mit der Migration von chinesischen Pflegefachkräften auseinandergesetzt. Sie haben eine teure Ausbildung an der Universität genossen und haben im Vergleich zur deutschen dualen Ausbildung weniger praktische Stunden vorzuweisen. Die Volksrepublik China ist zudem im Begriff zu überaltern. Eine Folge der restriktiven Ein-Kind-Politik, welche im Jahr 1979 eingeführt wurde. Der chinesischen

Krankenpflegeausbildung fehlt es bis heute an Grundlagen der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Pflege.

Auch das Wissen um die Etablierung der ambulanten Pflege ist noch wenig entwickelt. Mit einem guten ambulanten Versorgungssystem könnte man den Bedarf an instationären Altenpflegebetten reduzieren und dadurch die Lebensqualität der Menschen verbessern.

Das Wissen und die Erfahrung in diesen wichtigen Bereichen können chinesische Pflegefachkräfte in Deutschland lernen und später diesen großen Erfahrungsschatz in der Volksrepublik China einsetzen. Das wäre für alle Beteiligten eine Win - Win - Situation.

Diese Prozesse zu begleiten, wäre ein lohnenswertes Thema für weitere wissenschaftliche Untersuchungen.

Literaturverzeichnis

Abendblatt (2010): Bis 2020 fehlen 200.000 Kräfte in Kliniken und Heimen. URL: www.abendblatt.de/politik/deutschland/article107871583/Bis-2020-fehlen-200-000-Kraefte-in-Kliniken-und-Heimen.html Zugriff: 10.12.2020

Aerzteblatt (2019): Fachkräftemangel in der Pflege verstärkt sich URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103001/Fachkraeftemangel-in-der-Altenpflege-verstaerkt-sich>. Zugriff 10.10.2020

Aerztekammer der VR China (2017): “Der 13. Fünfjahresplan“, URL: <http://www.cma.org.cn/attachment/2016322/1458614099605.pdf>. Zugriff: 01.02.2018

Aerztezeitung (2015): China: Zukunftspfad Gesundheit. URL: <https://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2015/oeaez-19-10102015/china-gesundheitssystem-nora-schmitt-sausen.html> Zugriff: 10.12.2020

Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2014): Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010- Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, März 2014. URL: https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2014/03/pflegekraefte-ausland-032014.pdf?__blob=publicationFile Zugriff: 13.11.2020

AG SOZIOKULTUR (2020): Das ist Soziokultur. URL: <http://www.soziokultur-in-leipzig.de/soziokultur/>Zugriff 25.11.2020

airliners.de (2020): DRV warnt vor künftigem Fachkräftemangel in Tourismuswirtschaft. URL: <https://www.airliners.de/drv-fachkraeftemangel-tourismuswirtschaft/55806> Zugriff 23.10.2020

Alber, J. (1991): Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstands in der Bundesrepublik, in: Henke, K.- D.; Hesse, J.; Schuppert, G. F. (Hrsg.), Die Zukunft der Sozialen Sicherung in Deutschland, Baden-Baden

Alscher, Mark Dominik (2013): Grundsätze und Perspektiven – eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung: Robert Bosch Stiftung URL: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf Zugriff 15.07.2019

Alsofleg/paritätischer Wohlfahrtsverband (2013): Der Arbeitsmarkt in Deutschland. URL: http://www.paritaet-alsofleg.de/index.php/downloadsnew/doc_download/6088-arbeitsmarkt-altenpflege-okt-2013. Zugriff: 11.10.2019

Altenheim – Lösung fürs Management (2012): Bundesagentur für Arbeit - Chinesische Pflegekräfte gegen Fachkräftemangel URL: <http://www.altenheim.net/Infopool/Nachrichten/Politik/Bundesagentur-fuer-Arbeit-Chinesische-Pflegekraefte-gegen-Fachkraeftemangel> Zugriff 10.10.2019

Angenendt, Steffen; Clemens, Michael; Merda, Meiko (2014): Der WHO-Verhaltenskodex: Stiftung Wissenschaft und Politik. URL: https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/aktuell/2014A25_adt_clemens_merda.pdf Zugriff: 01.02.2018

AOK (2019): Fachkräfteeinwanderungsgesetz ab 1.März 2020 URL: <https://www.aok-verlag.info/de/news/Fachkraefteeinwanderungsgesetz-ab-1.-Maerz-2020/418/> Zugriff 01.07.-2020

AOK Bundesverband (o.J.b) Versicherungspflicht: Home-Lexikon. Versicherungspflicht. URL: https://aok-bv.de/lexikon/v/index_00076.html Zugriff: 20.10.2020

AOK Bundesverband (o.J.c): Home-Lexikon. Zuzahlungen. URL: https://aok-bv.de/lexikon/z/index_00046.html#:~:text=Zuzahlungen%20in%20der%20gesetzlichen%20Krankenversicherung,zus%C3%A4tzlich%20zu%20den%20Beitragszahlungen%20an. Zugriff: 20.10.2020

AOK Bundesverband (o.J.d) Arzneimittel. URL: <https://www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/arzneimittel/> Zugriff: 20.10.2020

AOK-Bundesverband (o.J.a): Home-Lexikon. Diagnosis Related Groups (DRG) https://www.aok-bv.de/lexikon/d/index_00293.html. Zugriff: 20.11.2020

Arbeitgeberverband Pflege (AGVP) (o.I.): Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegefachkräften aus China Projekturzbeschreibung- URL: <https://studylibde.com/doc/1054936/gewinnung-von-pflegefachkräften-aus-china>. Zugriff: 20.10.2019

arbeitsrecht-weltweit.de (2020): Fachkräfteeinwanderungsgesetz ab 01.03.2020: Änderungen für Arbeitgeber. URL: <https://www.arbeitsrecht-weltweit.de/2020/01/23/fachkraefteeinwanderungsgesetz-ab-01-03-2020-aenderungen-fuer-arbeitgeber/> Zugriff: 27.01.2020

Arnold, F.; Carino, B.V; Fawcett, J.T.; Han Park, I. (1989): Estimating the Immigration Multiplier: An Analysis of Recent Korean and Filipino Immigration to the United States: International Migration Review 23

Audiatur Online (2012): Yitzhak Shamir, 1916 – 2012 URL:
<https://www.audiatur-online.ch/2012/07/06/yitzhak-shamir-1916-2012/> Zugriff:
13.08.2018

Aumüller, Jutta (2017): Die kommunale Integration von Flüchtlingen, Springer
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-13409-9_8 Zugriff:
30.11.2018

Aumüller, Jutta; Gesemann Frank (2016): Flüchtlinge aufs Land? Migration und Integration im ländlichen Raum. URL:
<https://www.bpb.de/apuz/236835/fluechtlinge-aufs-land-migration-und-integration-im-laendlichen-raum> Zugriff: 14,10.2018

AWO Bundesakademie (2013): URL: http://www.awo-bundesakademie.org/fileadmin/user_upload/PDFs/TOP6_AWO_Positionspapier_Anwerbung_auslaendischer_Fachkraefte_September_2013.pdf Zugriff: 10.01.2018

Azahaf, Najim (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der Pflegebranche – Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Hannover: Bertelmanns-Stiftung. URL:
www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Journal_PDF/Fachtag-Azahaf-Studie-Bertelsmannstiftung.pdf Zugriff: 18.09.2020

Baas, Jens (2019): Gesundheitsreport 2019 Pflegefall Pflegebranche: Betriebliches Gesundheitsmanagement der TK. URL:
<https://www.tk.de/resource/blob/2059766/2ee52f34b8d545eb81ef1f3d87278e0e/gesundheitsreport-2019-data.pdf> Zugriff: 03.03.2020

Bade, Klaus J. (o.J.): Migration, Migrationsforschung, Migrationspolitik, Bericht für das Goethe-Institut München. URL: <http://kjbade.de/bilder/goethe.pdf>
Zugriff: 31.10.2020

Bade, Klaus; Bommes, Michael (Hrsg.) (2005): Migration-Integration-Bildung. Grundfragen und Problembereiche. IMIS-Beiträge, Heft 23. Osnabrück: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien, S. 41-59.

Badische Zeitung (2020): Die Pflege ist weiblich URL:
<https://www.badische-zeitung.de/die-pflege-ist-weiblich--186892610.html>
Zugriff 28.06.2020

- BAMF (2006):** Arbeitsmarktbeteiligung von Ausländern im Gesundheitssektor in Deutschland. URL: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp06-arbeitsmarktbeteiligung.pdf?__blob=publicationFile Zugriff: 03.01.2018
- Bank für Sozialwirtschaft (2015):** Fachkräftemangel im Gesundheitswesen – Anwerbung von Pflegekräften im Ausland 2015. URL: https://www.eufis.eu/fileadmin/Dokumente/EU-Politik/2015_07_neu_Fachkr%C3%A4fte_im_Gesundheitswesen.pdf Zugriff 01.12.2020
- Becker, Thomas (2018):** Anwerbung von ausländischen Pflegefachkräften für den Bereiche der Gesundheits- und Pflegeberufe: Diözesaner Ethikrat im Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. URL: https://www.caritas-paderborn.de/cms/contents/caritas-paderborn.de/medien/dokumente/fuer-experten/ethikrat/empfehlung-anwerbung/empfehlung_-_anwerbung_von_auslaendischen_pflegefachkraeften_fuer_den_bereich_der_gesundheits-_und_pflegerberufe.pdf?d=a&f=pdf Zugriff 10.01.2021
- Bellmann, Johannes; Waldow, Florian (2007):** Die merkwürdige Ehe zwischen technokratischer Bildungsform und empathischer Reformpädagogik, DIPF Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation, Frankfurt am Main
- Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz - Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (2011)** URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/bqfg/BQFG.pdf> Zugriff: 10.01.2021
- Berry, John W. (1990): Psychology of acculturation: Understanding individuals moving between cultures.** In: Brislin, R. (Hg.): Applied Cross-Cultural Psychology.
- Betting, Uwe (2012):** Fachkräftemangel in der Pflege: Konzepte, Strategien, Lösungen (Gesundheitswesen in der Praxis): medhochzwei Verlag GmbH
- Betting, Uwe; Maucher, Helene; Frommelt, Mona; Thiele, Günter; Schmidt, Roland (2019):** Chancen des Pflegeberufsgesetzes und Auswirkungen auf die Profession Pflege (Gesundheitswesen in der Praxis): medhochzwei Verlag GmbH
- BibliomedManager (2020):** Trotz Gesetz: Weiterhin Fachkräftemangel in der Pflege. URL: <https://www.bibliomedmanager.de/news/trotz-gesetz-weiterhin-fachkraeftemangel-in-der-pflege> Zugriff: 19.07.2020

BibliomedPflege (2013) DBfK: Pflegekräfte aus dem Ausland sind nicht die Lösung. URL: <https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/22686-dbfk-pflegekraefte-aus-dem-ausland-sind-nicht-die-loesung/> Zugriff: 19.07.2020

Bildungsministerium der VR China(o.J.): "Chinesische Hochschulbildung", URL: http://www.moe.gov.cn/s78/A03/moe_560/moe_1651/. Zugriff: 30.01.2018

blog.renren.com/share/104066125/102072139 Zugriff 04.02.2019

Boecker, Malte (2006): „Anders sein verstehen. Interkulturelle Kompetenz-Schlüsselqualifikation des 21. Jahrhunderts.“ In: Forum 3 (2006)

Bonin, Holger / Braeseke, Grit / Ganserer, Angelika (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche: Bertelsmann URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Studie_IB_Internationale_Fachkraefterekrutierung_in_der_deutschen_Pflegebranche_2015.pdf Zugriff 13.09.2018

Bopp, Anja URL: <https://de.linkedin.com/in/anja-bopp-a228a2b9> Zugriff: 12.10.2019

Borchart D, Galatsch M, Dichter M, Schmidt SG & Hasselhorn HM (2011): Gründe von Pflegenden ihre Einrichtung zu verlassen - Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie, URL: https://www.researchgate.net/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland/link/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/download. Zugriff 10.01.2019

Bortz & Döring (1995): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler: Springer

Botschaft der VR China in der Bundesrepublik Deutschland (2008): Neues Konzept für Gesundheitswesensreform in China. URL: <http://de.china-embassy.org/det/zt/rqwt/t396270.htm>. Zugriff 20.10.2020

BPB (2013): Einer für alle, alle für einen – Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung URL: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip> . Zugriff: 20.11.2020

Bmi.bund (2019) - Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat,

16.12.2019: Bundesinnenminister Seehofer: Fachkräfteeinwanderungsgesetz gemeinsam umsetzen URL:

<https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/kurzmeldungen/DE/2019/12/fachkraeftegiipfel.html> Zugriff: 05.01.2020

Braun, Daria (2012): Einheitlicher, transparenter, effektiver? Das Verfahren zur Bewertung von im Ausland erworbenen Qualifikationen im Wandel In: Kurzdossier Nr, 18 (2012): Focus Migration.

Brock, Gillian (2013): Is active recruitment of health workers really not guilty of enabling harm or facilitating wrongdoing? Journal of medical ethics 2013 Volume 39, Issue 10, Page(s) 612–4; discussion 618–20

btc Rostock (o.J.): Baltic Training Center – Website mit verschiedenen Dossiers rund ums Thema Auswandern und medizinisches Fachpersonal URL: <http://btc-rostock.de/home-minimal/medizinisches-fachpersonal/> Zugriff 20.11.2020

Bundesaerztekammer (o.J.): Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/qualitaetssicherung/qs-in-verschiedenen-bereichen/qualitaetssicherung-in-der-stationaeren-versorgung/> Zugriff: 20.10.2020

Bundesagentur für Arbeit (2009): Beschäftigungsverordnung (BeschV). URL: <http://azf2.de/wp-content/uploads/2009/03/da-beschv-febr-2009.pdf> Zugriff: 10.04.2019

Bundesagentur für Arbeit (2011): Arbeitsmarkt 2011: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201112/ama-heft-arbeitsmarkt/arbeitsmarkt-d-pdf.pdf?blob=publicationFile> Zugriff 12.05.2018

Bundesagentur für Arbeit (2014): Jahresbericht 2014 URL: https://www.arbeitsagentur.de/datei/sgbii-jahresbericht2014_ba014376.pdf Zugriff 12.05.2018

Bundesagentur für Arbeit (2020a): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. URL: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?blob=publicationFile&v=8> Zugriff: 30.06.2020

Bundesagentur für Arbeit (2020b): Projekt Triple Win. URL: <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/Triple-Win-Pflegekraefte> Zugriff 30.11.2020

Bundesärztekammer: Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/qualitaetssicherung/qs-in-verschiedenen-bereichen/qualitaetssicherung-in-der-stationaeren-versorgung/> Zugriff 10.08.2018

Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 34 (2018) URL: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav> Zugriff: 10.04.2019

Bundesgesundheitsministerium: Ärztliche Behandlung und Versorgungsformen. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/aerztliche-behandlung.html#c7337> Zugriff 03.05.2018

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2011): Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz - BQFG) URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/bqfg/BQFG.pdf> Zugriff: 10.10.2019

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2018): Masterplan Migration. URL: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/migration/masterplan-migration.pdf?__blob=publicationFile&v=7 Zugriff 06.08.2019

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Ratgeber Krankenversicherung. Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen müssen. URL: <https://docplayer.org/54054252-Ratgeber-krankenversicherung-gute-gesundheit-darauf-kommt-es-an.html> Zugriff: 20.10.2020

Bundesministerium für Gesundheit (2019a): Pflegedienste und Pflegesachleistungen. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegedienst-und-pflegesachleistungen.html>. Zugriff: 20.10.2020

Bundesministerium für Gesundheit (2019b): Mehr Ausbildung, mehr Personal, mehr Geld – das bringt die Konzertierte Aktion Pflege - Pressemitteilung- URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2019/2-quartal/konzertierte-aktion-pflege.html> Zugriff 20.10.2020

Bundesministerium für Gesundheit (o.J.a): Krankenhausfinanzierung. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>. Zugriff: 20.10.2020

Bundesministerium für Gesundheit (o.J.b): Online-Ratgeber
Krankenversicherung. Beiträge und Tarife. URL:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege-und-tarife.html>.
Zugriff: 20.10.2020

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) (2012): Chancen zur
Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Berlin: Bereich
Öffentlichkeitsarbeit des BMWI. URL:
https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/chancen-zur-gewinnung-von-fachkraeften-in-der-pflegewirtschaft.pdf?__blob=publicationFile&v=10 Zugriff: 20.10.2020

Bundesverband der Deutschen Industrie (2019): URL:
<https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/bdi-lobt-wirtschaftliche-entwicklung-in-ostdeutschland-a-1268230.html> Zugriff: 30.11.2020

Bundesverband Pflege (2013). Projektkurzbeschreibung URL:
<https://expydoc.com/doc/9048665/gewinnung-von-pflegeschulungsfachkraeften-aus-china>.
Zugriff: 01.04.2022

Burkhard, Wolfram (2013): Einer für alle, alle für einen – Das Solidarprinzip in der
gesetzlichen Krankenversicherung. In: bpb Bundeszentrale für Politische Bildung.
URL:
<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip>
Zugriff: 20.10.2020

**Cajas, Monika; Klaus, Philipp; Koller, Gabriela Muri; Schenk, Sabine; Schilliger,
Martina (2018):** Soziokulturelle Angebote und ihre Bedeutung für Gemeinden im
Wandel: Stiftung Zürcher Gemeinschaftszentren und ZHAW Soziale Arbeit. URL:
<https://gz-zh.ch/app/uploads/2018/11/Handbuch.pdf> Zugriff 20.10.2020

CAN (2020): URL: <https://www.can-cia.org/icc/#programcommittee> Zugriff:
20.10.2020

Care Career (2013): URL: <https://carecareer.de/nachrichten--99999165--Einsatz-auslaendischer-Pflegekraefte-ist-keine-Loesung-Der-Deutsche-Bundesverband-fuer-Pflegekraefte-DBfK-fordert-Aufwertung-des-Berufsbilds.html> Zugriff: 20.10.2020

Caritas Deutschland (2020): Roboter können den Fachkräftemangel in der
Pflege nicht beheben. URL:
<https://www.caritas.de/fuerprofis/presse/pressemeldungen/roboer-koennen-den-fachkraeftemangel-in-der-pflege-nicht-beheben-995e67e1-b2d5-4420-b7f8-8ab39670b5b8> Zugriff; 20.10.2020

- Carrington (1996):** Tapa blanda (Bunko): Mass Market Paperback; ISBN: 4102479015 [Japanese Import]
- Chang (1992):** Consumer credit search behaviour: International IJC
- Chen R, Zhao Y; Du J; Wu T; Huang Y; Guo A (2014):** Health workforce equity in urban community health service of China. PloS one; VOL: 9 (12); p. e115988 /2014/ URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4281229/#_ffn_sectitle. Zugriff: 26.5.15
- CHEN Xiuyuan (Qing-Dynastie):** „Changsha Fang Ge Kuo-Fu Yao Fa Lun“ (Das Changsha Rezeptbuch über die Verabreichung von Arzneimitteln)
- Chen, Shou 陈寿 (o.J.):** San guo zhi <<三国志·魏书·方技传>> (Die Chroniken der Drei Reiche)
- Chinese Nursing Association (2017):** “Brief introduction of Chinese Nursing Association”. URL: <http://www.cna-cast.org.cn/en/brief.asp#> Zugriff Datum
- Chinese Nursing Association (o.J.):** “Brief introduction of Chinese Nursing Association”. URL: <http://www.cna-cast.org.cn/en/brief.asp#>. Zugriff: 25.01.2017
- Chinese Nursing Management (2012):** Outline of china’s nursing development plan (2011-2015) (Vol.12, No.2 February.15)
- cimonline.de (2014):** URL: <https://www.cimonline.de/de/html/index.html> Zugriff: 20.10.2020
- Czernomoriez, Janna (2009):** Internationale Wanderung von Humankapital und wirtschaftliches Wachstum. Berlin: Dunker & Humboldt
- Darimont, Barbara (2013):** Das Gesundheitssystem der V. R. China: Zwischen Privatisierung und öffentlicher Gesundheitsversorgung. In: Onlinelibrary.wiley. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/issg.12015> Zugriff: 20.10.2020
- Darimont, Barbara (o.J.):** Antworten aus Beijing: „Die Sozialpolitik der chinesischen Regierung“ URL: <https://www.asienhaus.de/public/archiv/SozialpolitikVRChina.doc> Zugriff 20.10.2020

Darmann-Finck, I.; Görres, S.; Muths, S.; Bomball, J.; Adrian, C. (2015):

Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. URL: <https://www.public-health.uni-bremen.de/mitglieder/stefan-goerres/gutachten/?publ=7344&page=1> Zugriff: 20.11.2020

Darmann-Finck, I.; Görres, S.; Muths, S.; Bomball, J.; Adrian, C. (2015):

Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

DBfK (2013): „Hochqualifiziertes Fachpersonal aus dem Ausland ist nicht umsonst zu haben“ Einsatz ausländischer Pflegefachpersonen löst die massiven strukturellen Probleme der Pflege nicht / DBfK fordert Aufwertung des Berufsbilds URL: <https://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=19811> Zugriff: 01.02.2021

Deardorff (2006): Interkulturelle Kompetenz –Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts? Thesenpapier der Bertelsmann Stiftung auf Basis der Interkulturellen-Kompetenz-Modelle von Dr. Darla K. Deardorff. Gütersloh: Bertelsmannstiftung.

Demografischer Wandel in Deutschland: s.u. Statistisches Bundesamt Destatis (o.J.): Demografischer Wandel

Demokratiezentrum Wien (o.J.a): Push- und Pull-Faktoren für Migration. URL: http://www.demokratiezentrum.org/fileadmin/media/pdf/wissen_push_pull_faktoren.pdf Zugriff: 31.10.2020

Demokratiezentrum Wien (o.J.b): Migrationsgeschichte und Einwanderungspolitik in Österreich und im europäischen Kontext. URL: <http://www.demokratiezentrum.org/bildung/lernmodule/migration.html> Zugriff: 20.10.2020

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK (2013): Presse. URL: <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2013/Hochqualifiziertes-Personal-aus-dem-Ausland-ist-nicht-umsonst-zu-haben.php> Zugriff: 01.12.2018

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK (2014a): Vorbereitung von angeworbenen Pflegefachpersonen. URL: <https://www.dbfk.de/wLayout/wGlobal/scripts/accessDocument.php?forceDownload=0&document=%2Fmedia%2Fdocs%2Fdownload%2FAllgemein%2FVorbereitung-von-angeworbenen-Pflegefachpersonen-2014-08.pdf> Zugriff 0.01.2018

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK (2014b): Berufliche Mobilität. URL: <https://www.dbfk.de/de/themen/Berufliche-Mobilitaet.php> Zugriff: 20.10.2018

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK (2015): Informationen zum aktuellen Zustand der Pflegeberufe. In: Manifest der Pflegeberufe. URL: <https://www.dbfk.de/manifest/der-hintergrund/> Zugriff: 20.11.2020

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK-Bundesvorstand (2018): Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Anwerbung-von-Pflegefachpersonen-aus-dem-Ausland.pdf> Zugriff: 20.10.2020

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK-der Bundesvorstand (2020): Advanced Practice Nursing. URL: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-DBfK_Advanced-Practice-Nursing_2020-06.pdf Zugriff 20.10.2018

Deutscher Bundestag (2013): Abwerbung von Fachkräften aus den Ländern des Südens im Pflege- und Gesundheitsbereich URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/147/1714716.pdf>. Zugriff: 20.10.2020

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)(2014). Im Fokus: Migration ausländischer Pflegefachpersonen. URL: <https://deutscher-pflegerat.de/2014/03/11/im-fokus-migration-auslaendischer-pflegefachpersonen/> Zugriff: 20.10.2020

DGFP e.V. (2011): Vereinbarkeit Familie Beruf, Generation Y URL: https://www.erfolgsfaktor-familie.de/fileadmin/ef/data/mediathek/Generation_Y_Check.pdf. Zugriff: 20.10.2020

Diakonie Deutschland (2014): Erfahrungen mit Arbeitsmigration von koreanischen, philippinischen und indischen Krankenschwestern in den 60er und 70er Jahren. URL: <http://193.193.167.57/erfahrungen-mit-arbeitsmigration-in-den-60er-70er-jahren-15396.html> Zugriff: 20.10.2020

Dichter, M., Borchart, D., Iskenius, M., Schmidt, S.G. & Hasselhorn, H-M. (2010). Wie spontan verlassen Pflegende ihre Einrichtung? – Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie. URL:

https://www.researchgate.net/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland/link/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/download. Zugriff 10.01.2019

Döcker, Brigitte (2013): Anwerbung ausländischer Fachkräfte in der Pflege: AWO Bundesverband e.V. URL: https://www.awo-bundesakademie.org/fileadmin/user_upload/PDFs/TOP6_AWO_Positionspaper_Anwerbung_auslaendischer_Fachkraefte_September_2013.pdf Zugriff: 01.10.2018

docplayer.org: Berufsbezogene Deutschsprachfoerderung URL: <https://docplayer.org/74233519-Berufsbezogene-deutschsprachfoerderung-gem-45a-aufenthg-deufoe-kurse.htm> Zugriff: 01.12.2020

dpgg (o.J): Brain Drain durch grenzüberschreitende Abwerbung von Gesundheitsfachkräften. Deutschlands Beitrag zu einem globalen Gesundheitsskandal. URL: <http://docplayer.org/31790604-Brain-drain-durch-grenzueberschreitende-abwerbung-von-gesundheitsfachkraeften.html> Zugriff 01.02.2021

DRK Baden (o.J.): Fachkräftemangel in den Sozial- und Gesundheitsberufen URL: https://www.drk-baden.de/fileadmin/Eigene_Bilder_und_Videos/Aktuelles/Service/Brosch%C3%B4ren/Sozialarbeit/Positionspaper_Anwerbung_ausl%C3%A4ndischer_Fachkr%C3%A4fte-1.pdf Zugriff: 20.10.2020

DRK NRW, Presse (2016): Fachkräftemangel in der Altenpflege. URL: <https://www.drk-nrw.de/presse/newsletter/newsletter-juli-2016/fachkraeftemangel-in-der-altenpflege-positionen-und-projekte-des-drk/> Zugriff 30.10.2020

Duden (2018) URL: <https://www.duden.de/woerterbuch> Zugriff 30.10.2020

Dürrenmatt, Friedrich (1973) –The Visit: Vintage Publishing: Paperback: Taschenbuch

Dustmann (2003): Rückwanderung, Lohnunterschiede und die optimale Migrationsdauer: European Economic Review, vol. 47

Dywili, Sophia; Bonner, Ann; O'Brien, Louise (2013): Why do nurses migrate? - a review of recent literature. Journal of nursing management 2013 Volume 21, Issue 3, Page(s) 511–520

Ebling, Nadine / Firlus, Julia / Wiegand, Regina / Wozniok, Lukas (2015):

Integration ausländischer Pflegekräfte nachhaltig gestalten:

www.hessen.netzwerk-iq.de. URL:

<https://www.hessen.netzwerk->

[iq.de/fileadmin/user_upload/iqn/Aktuelles/News/clavis-05-2018-iq-praxistage-pflege.pdf](https://www.hessen.netzwerk-iq.de/fileadmin/user_upload/iqn/Aktuelles/News/clavis-05-2018-iq-praxistage-pflege.pdf) Zugriff 30.10.2020

Echo Online (2017): Pflegekräfte aus dem Ausland / Darmstädter Einrichtungen

berichten über ihre Erfahrungen. URL: [echo-](https://www.echo-online.de/Lokales/Darmstadt/Pflegekräfte_aus_dem_Ausland/Darmstädter_Einrichtungen_berichten_über_ihre_Erfahrungen)

[online.de/Lokales/Darmstadt/Pflegekräfte aus dem Ausland/Darmstädter](https://www.echo-online.de/Lokales/Darmstadt/Pflegekräfte_aus_dem_Ausland/Darmstädter_Einrichtungen_berichten_über_ihre_Erfahrungen)

[Einrichtungenberichten über ihre Erfahrungen.](https://www.echo-online.de/Lokales/Darmstadt/Pflegekräfte_aus_dem_Ausland/Darmstädter_Einrichtungen_berichten_über_ihre_Erfahrungen) Zugriff: 31.01.2017

ekd.de: Diakonie-Vorstand (2020): Pflegekräftemangel weiter eklatant. URL:

<https://www.ekd.de/lenke-diakonie-pflegekraeftemangel-52893.html> Zugriff

Datum 20.11.2020

El-Cherkeh, Tanja; Fischer, Michael (2010): Berufsausbildung in der Altenpflege:

Einstellungen und Potenziale bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund in

Hamburg. URL:

[http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/HWWI Policy Paper 3-17.pdf](http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/HWWI_Policy_Paper_3-17.pdf)

Zugriff: 31.10.2020

Erll, Astrid / Gzimmich, Marion (2007): Uni-Wissen Interkulturelle Kompetenzen.

Erfolgreich kommunizieren zwischen den Kulturen- Stuttgart: KlettLerntraining

bei PONS

Esser, Hartmut (1980): Aspekte der Wanderungssoziologie. Darmstadt: Verlag:

Luchterhand

Esser, Hartmut (2000a): Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 2: Die

Konstruktion der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Esser, Hartmut (2000b): Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 4: Opportunitäten

und Restriktionen. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Esser, Hartmut (2001): Integration und ethnische Schichtung. Arbeitspapiere Nr.

40. Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung.

Esser, Hartmut (2004a): Was ist denn dran am Begriff der "Leitkultur?" In: Robert

Kecskes, Michael Wagner, Christof Wolf (Eds.) (2004): Angewandte Soziologie.

Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 199-214.

Esser, Hartmut (2004b): Welche Alternativen zur "Assimilation" gibt es eigentlich?
In: Klaus J. Bade, Michael Bommers (Hrsg.): Migration – Integration – Bildung.
Grundfragen und Problembereiche. 2004. Osnabrück. S. 41-59.

Esser, Hartmut (2006): Sprache und Integration. Die sozialen Bedingungen und
Folgen des Spracherwerbs von Migranten. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

**EU-Richtlinie über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von
Drittstaatsangehörigen zur Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung
(2012)** URL: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=uriserv:OJ.L_.2009.155.01.0017.01.DEU Zugriff
30.11.2020

EU-Schwerbehinderung (2020): Coronavirus – Fachkräftemangel in der Pflege,
jetzt sollen Pflegekräfte rekrutiert werden. URL: <https://eu-schwerbehinderung.eu/index.php/33-aktuelles/2750-coronavirus-fachkraeftemangel-in-der-pflege-jetzt-sollen-pflegekraefte-rekrutiert-werden>
Zugriff 30.11.2020

Fabrizio, Silke: Interview: URL: <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/content/1533716393628> Zugriff: 30.11.2020

Fachkräfteeinwanderungsgesetz (2020): URL:
<https://fachkraefteeinwanderungsgesetz.de/> Zugriff; 30.11.2020

Fan, Ye 范晔 (o.J.): Hou han shu <<后汉书, 卷82上>> (Buch der späteren Han.
Kapitel 82)

Fassmann; Dahlvik; Sievers (01/2011): Migration und Integration –
wissenschaftliche Perspektiven aus Österreich: V&R unipress

FAZ 2015 a URL: <https://www.faz.net/aktuell/politik/bevoelkerungsentwicklung-a-h-o-v-x-1210729/bevoelkerungsentwicklung-a-1225284.html> Zugriff
20.11.2020

FAZ 2015b URL: <https://www.faz.net/aktuell/politik/bevoelkerungsentwicklung-a-h-o-v-x-1210729/bevoelkerungsentwicklung-v-1217168.html> Zugriff
20.11.2020

Fehst, Peter (2016): Bewältigungsstrategien für den Fachkräftemangel in der
Pflege. Können wir ausreichend Nachwuchs im Pflegeberuf rekrutieren und
halten? Studylab

Feithen, Rosemarie (1985): Arbeitskräftewanderung in der Europäischen
Gemeinschaft: Bestimmungsgründe u. regionalpolit. Implikationen. Institut für
Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik: Forschungsberichte des Instituts für
Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik

FHOEV (Fachhochschule der öffentlichen Verwaltung NRW) (2009): Der Arbeitsmarkt für Pflege im Spiegel demografischer Veränderungen URL: https://www.fhoev.nrw.de/uploads/tx_userfpi/2031-k100114311.pdf - nicht mehr zugreifbar

Finkenstädt, Verena (2017): Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung: Wissenschaftliches Institut der PKV. URL: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP_Zugangshuerden_in_der_Gesundheitsversorgung.pdf Zugriff: 30.11.2020

Finkenstädt, Verena und Niehaus, Frank (2013): Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen Ein internationaler Überblick. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV URL: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Rationierung_und_Versorgungsunterschiede_in_Gesundheitssystemen.pdf. Zugriff: 20.10.2020

flexikon.doccheck: Gesundheit. URL: <https://flexikon.doccheck.com/de/Gesundheitssystem> Zugriff: 20.10.2020

flexikon.doccheck: Pflegeheim. URL: <https://flexikon.doccheck.com/de/Pflegeheim>. Zugriff:

fokus (;2013): Studie: 2030 könnten eine halbe Million Pflegekräfte fehlen. URL: https://www.focus.de/politik/deutschland/pflege-studie-2030-koennten-eine-halbe-million-pflegekraefte-fehlen_aid_863156.html Zugriff: 30.11.2020

Frankfurter Allgemeine (10.07.2018): Das steht in Seehofers Masterplan Migration. URL: <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/63-massnahmen-das-steht-in-seehofers-masterplan-migration-15683854.html> Zugriff 30.11.2020

Fu, Weikang 付伟康 und Chen, Daojin 陈道金 (2001): Zhongyi huli xue lishi yu zhongyi huli xue linchuang yingyong 中医护理学历史与中医护理学临床应用 (Geschichte der TCM-Pflege und klinische Anwendung der TCM-Pflege), Shanghai: Shanghai zhongyi chubanshe

Fuchs, Oxana (2012): Entwicklung interkultureller Kompetenz in Deutsch als Fremdsprachenunterricht Entwicklung interkultureller Kompetenz in Deutsch als Fremdsprachenunterricht. Dissertation zur Erlangung des sozialwissenschaftlichen Doktorgrades der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen

Galatsch, M., Borchart, D., Schmidt, S.G. & Hasselhorn, H-M. (2010): Gründe für einen Schichtformwechsel jüngerer (<45) und älterer (>45 Jahre) Pfleger in Deutschland URL:

https://www.researchgate.net/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland Zugriff 10.01.2019

Garscha, Mingo (2012): Eine empirische Überprüfung des Esserschen Integrationsmodells am Beispiel von europäischer Binnenwanderung (Diplomarbeit): Universität Wien. URL: http://othes.univie.ac.at/19394/1/2012-03-21_0400432.pdf Zugriff: 30.11.2020

GBE-Bund (o.J.): Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logonp_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=1158 Zugriff 10.10.2017

Geist, Lilja (2009): Integrationskurse für Migranten als Unterstützung von Integrationsprozessen in der Bundesrepublik Deutschland. (Diplomarbeit Hochschule Neunbrandenburg, Studiengang Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung). URL: http://digibib.hs-nb.de/file/dbhsnb_derivate_0000000324/Diplomarbeit-Geist-2009.pdf Zugriff: 31.10.2020

GER -Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen: URL: <https://www.europaeischer-referenzrahmen.de/sprachniveau.php> Zugriff: 30.11.2020

German Trade and Invest URL: <https://www.gtai.de/gtai-en/invest/investment-guide/coming-to-germany/visa-application-process-65558.pdf> Zugriff: 30.11.2020

Gesemann, Frank, Roth, Roland (2018): Handbuch Lokale Integrationspolitik, Springer <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-13409-9> Zugriff: 30.11.2020

Gesemann, Frank; Roth, Roland (Hrsg.) (2009): Lokale Integrationspolitik in der Einwanderungsgesellschaft. Migration und Integration als Herausforderung von Kommunen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (kurz: Anerkennungsgesetz): IHK zu Rostock URL: <https://www.rostock.ihk24.de/aus-und-weiterbildung/weiterbildung/anerkennung/gesetz-zur-verbesserung-der-feststellung-und-anerkennung-im-aus-2646876> Zugriff: 30.11.2020

Gesundheit und Gesellschaft 2011: Pflege für die Pflege. Konzepte, Projekte, Perspektiven. URL: https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/mediathek/gg_spezial_111_1.pdf Zugriff: 30.11.2020

Gesundheitsberichterstattung des Bundes – gemeinsam getragen von RKI UND Destatis (1998): Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. URL: <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf> Zugriff: 30.11.2020

Gesundheitsministerium der VR China (2017): “Der 11. Fünfjahresplan“. URL: <http://www.moh.gov.cn/mohyzs/s3593/201201/53897.shtml>. Zugriff: 01.02.2017

GIZ - Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) URL1: <https://www.giz.de/de/html/index.html>; URL2: https://www.giz.de/de/mit_der_giz_arbeiten/127.html Zugriff beide: 30.11.2020

Gochberg (2002): World Literature and Thought: Taschenbuch.

Goebel, Dorothea/ Pries, Ludger (2003): Transnationale Migranten und die Inkorporation von Migranten: einige konzeptionell theoretische Überlegungen zu einem erweiterten Verständnis gegenwärtiger Inkorporationsprozesse von Migranten. In: Swiaczny, Frank/ Haug, Sonja (Hrsg.) (2003)

Goebel/ Pries (2003): Transnationalismus oder ethnische Mobilitätsfalle? Das Beispiel des „ethnischen Unternehmertums“: URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-531-90283-8_14 Zugriff: 30.11.2020

Goethe- Institut (2020): Die Prüfungen des Goethe-Instituts. Prüfungsordnungen. URL: <http://www.goethe.de/pro/relaunch/prf/de/Pruefungsordnung.pdf> Zugriff: 30.11.2020

Göpner-Reinecke, Christine (2019): Pflege-Report 2019: Wissenschaftliches Institut der AOK. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2019/wido_pfl_pm_pflege-report_2019.pdf Zugriff: 30.11.2020

Görres, S.; Stiefler, S.; Blom, S.; El Bouazzaoui, F.; Seibert, K.; Heier, L.; Bruch, D. (2015): Bewertung der gesundheitlichen Versorgungssituation älterer Menschen im Bundesland Bremen - Ergebnisse einer Delphi-Studie – Abschlussbericht, Universität Bremen - Institut für Public Health und Pflegeforschung

Grote, Maik (2011): Integration von Zuwanderern: Die Assimilationstheorie von Hartmut Esser und die Multikulturalismustheorie von Seyla Benhabib im Vergleich: Universität Bremen. URL: https://ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/2011_grote_2011_assimilationmultikulturalismus.pdf Zugriff: 30.11.2020

Grunow, Dieter/Hegner, F. (1978): Die Gewährung persönlicher und wirtschaftlicher Sozialhilfe, Untersuchungen zur Bürgernähe der kommunalen Sozialverwaltung. Bielefeld

Hajer, Tanja Abu (2018): Chancen durch personelle Vielfalt in der Pflege. Handlungsstrategien und Fördermaßnahmen zur Reduzierung des Fachkräftemangels im Krankenhaus in Anlehnung an das Diversity-Management-Konzept: GRIN Verlag

Halletz, Isabell (2019): Ausländische Pflegekräfte in Deutschland und das Fachkräfteeinwanderungsgesetz: Arbeitgeberverband Pflege. URL: https://arbeitgeberverband-pflege.de/wp-content/uploads/2019/12/Wirksam_Ausgabe04_2019_Innenseiten_RZ_30-33_Halletz.pdf Zugriff: 30.11.2020

Han, Petrus (2006): Theorien zur internationalen Migration: ausgewählte interdisziplinäre Migrationstheorien und deren zentralen Aussagen. Stuttgart: Lucius und Lucius

Han, Petrus (2010): Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven; mit 20 Tabellen und 9 Übersichten. Stuttgart: Lucius und Lucius. 3., überarb. und aktualis. Auflage

Hardillo, Mary Lou U. und Werning, Rainer (o.J.): Zum philippinischen Gesundheitswesen URL: <https://www.liportal.de/philippinen/gesellschaft/> Zugriff: 30.10.2020

Hartmann, Elis; Buschmeyer, Jos; Klestorfer, Nathalie (2017): Partizipative Entwicklung eines Einarbeitungskonzepts für ausländische Fachkräfte: GAB München. URL: https://www.gab-muenchen.de/de/downloads/2017_einarbeitungskonzept_partizipative_entwicklung.pdf Zugriff: 30.11.2020

Heimburg von, Claudia (2020): Erfolgsmodell für die Pflegebranche: BMWI. URL: https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/Monatsbericht/Monatsbericht-Themen/2020-04-erfolgsmodell-fuer-die-pflegebranche.pdf?__blob=publicationFile&v=8 Zugriff: 30.11.2020

Heintel, Martin; Husa, Karl; Spreitzhofer, Günter (2005): Migration als globales Phänomen, in: Wagner, Helmut (Hrsg.): Segmente. Wirtschafts- und sozialgeographische Themenhefte: Migration – Integration, Wien 2005, S. 2–10

Heintel/Husa/Spreitzhofer (2008): Migration – Migrationsgeschichte und Einwanderungspolitik in Österreich und im europäischen Kontext URL: http://www.demokratiezentrum.org/fileadmin/media/pdf/wissen_push_pull_faktoren.pdf Zugriff: 30.11.2020

Herlyn, Krüger (2003): Späte Mütter: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Hinte et al. (2015): Flüchtlinge in Deutschland: Herausforderung und Chancen, Wirtschaftsdienst 95(11):744-751

Hiermansperger, Petra; Greindl, Sabine (o.J.): Durchführung qualitativer Interviews und Auswertung Am Fallbeispiel: Opportunistisches Verhalten im Ein- und Verkauf von Obst und Gemüse URL: http://wbq.wbportal.ch/WBQ3/31_QualitativeInterviews%20-%20Grundlage.pdf Zugriff 30.11.2020

Hochschule für Gesellschaft und Wirtschaft Ludwigshafen (2017): Ein Drittmittelprojekt zu Handlungsfeldern der Qualitätssicherung in chinesischen und deutschen Krankenhäusern. URL: <https://www.hwg-lu.de/hochschule/organisation/hochschulkommunikation/news-pressemitteilungen/qualitaetssicherung-ein-top-thema-nicht-nur-fuer-krankhaeuser-in-deutschland>. Zugriff: 20.10.2020

Höfert, Rolf (2018): Politik hat verstanden?!: In: Deutscher Pflegeverband. URL: https://dpv-online.de/pdf/2018/Pflege_konkret_0918.pdf Zugriff 30.11.2020

Hoffmann-Nowotny (1994): Migration, soziale Ungleichheit und ethnische Konflikte. In: Gogolin, Ingrid; Nauck, Bernhard (2020): Migration, gesellschaftliche Differenzierung und Bildung. Resultate des Forschungsschwerpunktprogramms FABER., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 157-178

Hofstede, Geert; Hofstede, Gert Jan; Minkov, Michael (2010): Cultures and organizations: McGraw-Hill

Hou, Jianlin et.al.(2014): Transformation of the education of health professionals in China: progress and challenges. (Michaud, Catherine / Li, Zhihui / Dong, Zhe / Sun, Baozhi / Zhang, Junhua / Cao, Depin / Wan, Xuehong / Zeng, Cheng / Wei, Bo / Tao, Lijian / Li, Xiaosong / Wang, Weimin / Lu, Yingqing / Xia, Xiulong / Guo, Guifang / Zhang, Zhiyong / Cao, Yunfei / Guan, Yuanzhi / Meng, Qingyue / Wang, Qing / Zhao, Yuhong / Liu, Huaping / Lin, Huiqing / Ke, Yang / Chen, Lincoln) Lancet 2014 Volume 384, Issue 9945, Page(s) 819–827

Hsia, A. (1971): Die chinesische Kulturrevolution: Berlin, Deutschland: Neuwied

ICC Baden Baden (2020): 17. Th international CAN Conference postponed New date will be announced as soon as possible. URL: <https://www.can-cia.org/icc>
Zugriff: 30.11.2020

ICN (2018): Nursing shortages still a concern in Asia. URL: <https://www.icn.ch/news/nursing-shortages-still-concern-asia#:~:text=%E2%80%9CWhile%20nurses%20should%20be%20free,countries%20such%20as%20the%20Philippines.> Zugriff 30.11.2020

IHK Siegen (o.J.) Flüchtlinge lindern Fachkräftemangel "allenfalls mittelfristig" URL: <https://www.ihk-siegen.de/?id=788> Zugriff 30.11.2020

IHK Stade (o.J.): Gleichwertigkeitsprüfung ausländischer Berufsabschlüsse. URL: http://www.stade.ihk24.de/aus_und_weiterbildung/Antrag_auf_Gleichwertigkeit_spruefung_auslaendischer_Berufsabsch/1697994 Zugriff: 30.11.2020

Ingenieur.de (2020): Weltgesundheitsstag – Der Fachkräftemangel zeigt sich deutlich. URL: <https://www.ingenieur.de/technik/fachbereiche/medizin/applaus-fuer-die-pfleger-der-fachkraeftemangel-zeigt-sich-deutlich/> Zugriff 30.11.2020

International Council of Nurses (ICN) (2020): Global voice of nursing heard loud and clear at the World Health Assembly meeting in Geneva. URL: <https://www.icn.ch/news/global-voice-nursing-heard-loud-and-clear-world-health-assembly-meeting-geneva> Zugriff Datum 20.11.2020

Isphording, Ingo E.; Otten, Sebastian (2011): Linguistic Distance and the language Fluency of Immigrants, Ruhr Economic Paper No. 274

iyou.com (2020): URL: <https://www.iyou.com/analysis/2019011690173> Zugriff 30.11.2020

Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (2019): Springer Pflege-Report 2019: Springer. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/bfm%3A978-3-662-58935-9%2F1.pdf>
Zugriff 30.11.2020

Jiang, Wenhui 蒋文慧 / Li, xiaomei 李小妹 / Lu, mingying 陆明莹 (2002): Wo guo gaodeng huli jiaoyu Mianlin de wenti he duice 我国高等护理教育面临的问题和对策 (Die Probleme und Lösungen der chinesischen Pflegeausbildung) In: Zhongguo gaodeng yixue jiaoyu 中国高等医学教育 Vol.2 (2002). S.14-16.

Jonkers (2010): Corporate Social Responsibility und nachhaltige Entwicklung. Springer

Kaden, Marion (2013): Pflegekräfteschulung in China. Mit- und voneinander lernen. Pflege Zeitschrift 2013 Volume 66, Issue 10, Page(s) 627–629

Kaspers, Christian (2020): Hilfe aus dem Ausland in der Pflege. URL: https://rp-online.de/nrw/staedte/kevelaer/fachkraeftemangel-in-der-pflege-hilfe-aus-dem-ausland_aid-52421365 Zugriff 30.11.2020

Kecskes, Robert; Wagner, Michael; Wolf, Christof (Hrsg.) (2004): Angewandte Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 199-214.

Kern, Thomas (2008): Soziale Bewegungen, Springer VS

Kirnbauer, B. (2010): Die Migration philippinischer Krankenpflegerinnen nach Österreich ab den 1970er Jahren: Wien, Österreich: Universität Wien

Kiss, Antje (02/2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demografischen Wandel: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. URL: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf;jsessionid=DCAA4F4BFCC012E68086E68E1F6AE7D3.internet282?__blob=publicationFile&v=11 Zugriff 30.11.2020

Klemm, Birte (2007) Studenten in der Kulturrevolution. URL: http://www.chinaweb.de/china_politik/kulturrevolution_china/mao_studenten_kulturrevolution/kulturrevolution_mao_zedong_students.htm#4. Hinunter in ns Dorf, hinauf in die Berge (上山下乡 shangshan xiexiang)_ Zugriff: 01.02.2021

Klemm, Britta (o.J.): Fachkräftemangel in der Pflege. URL: <https://www.bfs-service.de/Fachbeitraege/Chance-in-der-Krise.html> Zugriff 30.11.2020

Klie, Thomas (2019): Pflegereport 2019: DAK- Gesundheit. URL: <https://presse.dak.de/dak/download/dak-pflegereport-2019-2160270.pdf> Zugriff 30.11.2020

Klinikverbund Südwest: Themenbereich 1: Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten. URL: <https://docplayer.org/7721729-Themenbereich-1-pflegesituationen-bei-menschen-aller-altersgruppen-erkennen-erfassen-und-bewerten.html> Zugriff 30.11.2020

Kluge, Susann (2000): Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1124/2497> Zugriff: 30.11.2020

Kneer, Georg; Schroer, Markus (2009): Handbuch Spezielle Soziologien URL: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-92027-6> Zugriff: 30.11.2020

KOFA (Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung) (2013): Praxisbeispiel: Ausländische Fachkräfte beim Ingenieursdienstleister. URL: <https://www.kofa.de/mitarbeiter-finden-und-binden/mitarbeiter-finden/praxisbeispiele/auslaendische-fachkraefte-beim-ingenieursdienstleister>. Zugriff: 20.05.2017, Seite nicht mehr abrufbar

Kohlhund, Hans Georg (2018): Fachkräftemangel in der Pflege. Wie der Pflegeberuf attraktiver gestaltet werden kann: Lernen von ausgewählten Mitgliedsstaaten der EU : ScienceFactory.

Kohrs, Jens (2019): Pflegekräfte gesucht? Schaut auf die Flüchtlinge! URL: <https://www.pflegen-online.de/pflegekraefte-gesucht-schaut-auf-die-fluechtlinge> Zugriff 30.11.2020

Köppel, Petra; Yan, Junchen; Lüdicke, Jörg (2007): Cultural Diversity Management in Deutschland hinkt hinterher. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_23804_23805_2.pdf Zugriff: 30.11.2020

Köster, Anne-Dorothee (2009): Das Gesundheitssystem der VR China. Gesundheitspolitik zwischen fragmentierten Autoritarismus, Kaderkapitalismus und Familiarismus. WIP-Diskussionspapier 1/09. URL: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Das_Gesundheitssystem_der_VR_China.pdf Zugriff 20.10.2020

Krankenpflegegesetz URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-540-75599-9_40 Zugriff 30.11.2020

Kroll, Lars E; Lampert, Thomas (2009): Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-531-91643-9_18 Zugriff: 30.11.2020

Kromrey (2000): Empirische Sozialforschung, Lucius & Lucius

Kuhlmeiy, Adelheid (2016): Pressestatement von Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy (Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité Berlin) zum Pflege-Report 2016. URL: <https://de.slideshare.net/AOK-Bundesverband/pressestatement-von-prof-dr-adelheid-kuhlmeiy-direktorin-des-instituts-fr-medizinische-soziologie-und-rehabilitationswissenschaft-an-der-charit-berlin-zum-pflegereport-2016> Zugriff 30.11.2020

Kuntze, P. (1970): Der Osten ist rot. Die Kulturrevolution in China: München, Deutschland: Bücher der Süddeutschen Zeitung

Küpper, Andreas (2020): Berufsverbleib von Auszubildenden in der Pflege: Der Einfluss von Moral Distress und arbeitsbezogenem Kohärenzgefühl (Best of Pflege): Springer

Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. 3., korrigierte Auflage, Weinheim

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch: Beitz Verlag

Landesverband Soziokultur Sachsen (o.J.): Das ist Soziokultur. URL: <https://soziokultur-sachsen.de/soziokultur/das-ist-soziokultur> Zugriff 30.11.2020

Landesverband Soziokultur Sachsen e.V. (2013): Bestandsaufnahme Soziokultureller Zentren. URL: https://soziokultur-sachsen.de/phocadownload/soziokultur_in_sachsen_2013_kriterienkatalog_bestandsaufnahme.pdf Zugriff 30.11.2020

Latal, Hinze, Roeder, Franz (2016): Aufbau des selbstverwalteten Gesundheitswesens in Deutschland. In: Krankenhausmanagement. Published: 10 August 2016. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00398-016-0101-6> Zugriff: 20.10.2020

Lauber, Annette (Hrsg) (2001): Grundlagen beruflicher Pflege. (Verstehen und Pflegen) Unter Mitarbeit von Marion Kaster Elke Kobbert Brigitte Maurer Hanna Mayer. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag. Band 1: Grundlagen beruflicher Pflege

Lexology (2020): Fachkräfteeinwanderungsgesetz ab 01.03.2020: Änderungen für Arbeitgeber. URL: <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=464e23ff-b77b-4846-ba5c-d06e365c11e3> Zugriff 30.11.2020

Liersch, Anja (2020): Bildung und Kultur : Spartenbericht Soziokultur und Kulturelle Bildung. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Kultur/Publicationen/Downloads-Kultur/spartenbericht-soziokultur-5216101209004.pdf?__blob=publicationFile Zugriff: 30.11.2020

Lin, Juying 林菊英 (2001): Zhongguo huli xueke Yiliao weisheng shiye zhong de diwei yu zuoyong 中国护理学科在医疗卫生事业中的地位与作用 (Die Funktion und Position der Pflegestudien für das Gesundheitswesen in China) In: Huli guanli zazhi 护理管理杂志. Vol.11(2001). S.5-8.

Lindquist (1993): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch: Beltz Verlag

Ludger, Julia (2014): Fortbildung "Gesundheitsmanagement" für chinesische Unternehmer an der Hochschule Osnabrück. Hochschule Osnabrück. URL: <https://idw-online.de/de/news602736>. Zugriff: 20.10.2020

Lüngen, Markus (2011): Beiträge zur 9. Kölner Ringvorlesung Gesundheitsökonomie: Geißel „Demenz“: Was gilt es zu tun?: Institut für Gesundheitsökonomie. URL: <http://gesundheitsoekonomie.uk-koeln.de/forschung/schriftenreihe-sgmg/geisel-demenz-was-gilt-es-zu-tun> Zugriff 30.11.2020

Maase, Angelika (2021): Internationale Pflegefachkräfte in der akutmedizinischen Versorgung. Kulturelle Herausforderungen und Spannungsfelder. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Madarasz, Gyorgy (2019): International Council of Nurses calls for ethical recruitment process to address critical shortage of nurses: International Council of Nurses. URL: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_52_Ethical%20International%20Recruitment%20position%20statement.pdf Zugriff 15.12.2020

Maier et. al. (2012): Das Berufsqualifizierungsfeststellungsgesetz § 2 Absatz 1 URL: <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/141842/das-berufsqualifikations-feststellungsgesetz> Zugriff: 15.12.2020

Maier, Christine (2018): Handreichung – Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland für den deutschen Arbeitsmarkt: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. URL: https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/doc/2018-07_anwerbung-pflegekraefte-2018_web.pdf Zugriff 15.12.2020

Maier, Hans (2019): Good bye: Fachkräftemangel: Praxiserprobte Strategien für mehr Bewerber: Kindle Ausgabe

ManpowerGroup (2016): Studie Fachkräftemangel 2016. URL: https://www.manpowergroup.de/fileadmin/user_upload/2016_10_17_Talent_Shortage_Infographic_A4_2.pdf Zugriff 31.10.2020

Marcus, George E (1995): Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography: Annual Review of Anthropology. Vol. 24:95-117 (Volume publication date October 1995) URL: <https://doi.org/10.1146/annurev.an.24.100195.000523> Zugriff 15.12.2020

Massey, Douglas S; Arango, Joaquin; Graeme Hugo; Kouaouci, Ali; Pellegrino, Adela and Taylor, J. Edward (1993): Theories of International Migration: A Review and Appraisal: Population Council

MaxQ: URL: <https://www.maxq.net/kurse/im-detail/weiterbildung/bochum/vorbereitung-kenntnispruefung-auslaendischer-pflegefachkraefte/> Zugriff: 15.12.2020

Mayring, Philipp (1988): zitiert nach: Halbmayer, Ernst: Einführung in die empirischen Methoden der Kultur- und Sozialanthropologie URL: <https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/ksamethoden/ksamethoden-92.html> Zugriff: 15.12.2020

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung: Beltz Verlag

Mayring, Philipp (2003): Grundriss der Psychologie: Psychologie der Emotionen: W. Kohlhammer GmbH

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

MCA - Ministerium für zivile Angelegenheiten der VR China (2005): "Statistikbericht zur Entwicklung des Sozialdienstes 2005". URL: <http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/201607/20160700001136.shtm>. Zugriff: 01.02.2017

MDR AKTUELL RADIO (2019): Fachkräfte: Heil fordert Anwerbestrategie. URL: <https://www.mdr.de/nachrichten/politik/inland/fachkraefte-einwanderung-gipfel-kanzleramt-100.html> Zugriff 10.12.2020; Seite nicht mehr abrufbar

mdr.de (2020): Diversität: Ohne Fachkräfte von aussen geht es nicht. URL: <https://www.mdr.de/wissen/diversitaet-und-fachkraeftemangel-100.html> Zugriff 15.12.2020

MeinStudium: Erziehungswissenschaftlich-Empirische Bildungsforschung (MA). URL: <https://meinstudium.fau.de/studienangebot/erziehungswissenschaftlich-empirische-bildungsforschung-ma/> Zugriff: 15.2.2020

Merda, Meiko et al. (2012): Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft: Kurzfassung. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, RWI Projektberichte, Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi), Berlin

Merda, M/Braeseke, G/KählerB (2014): Arbeitsschutzbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland: Hamburg BGW Forschung. URL: https://iequs.eu/wp-content/uploads/2017/10/Gesamt_Schlussbericht_IEGUS_Migrationshintergrund_Pflegekraft_Layout_170714.pdf Zugriff 15.12.2020

Miether, Karen (2020): Diakonie-Vorstand: Pflegekräftemangel weiter eklatant. URL: <https://www.ekd.de/lenke-diakonie-pflegekraeftemangel-52893.htm> Zugriff 15.12.2020

Miika Soini (2008): Thomas: Spielfilm, Finnland

Ministerium für zivile Angelegenheiten der VR China (2017): “Statistikbericht zur Entwicklung des Sozialdienstes 2005“. URL: <http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/201607/20160700001136.shtml>

Morgan and Symon (2004): Chapter 3: Electronic Interviews in Organizational Research. In: Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research. URL: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446280119.n3>. Zugriff 21.11.2020

Morgenpost 30.01.2021; URL: <http://interaktiv.morgenpost.de/corona-virus-karte-infektionen-deutschland-weltweit/> Zugriff:30.01.2021

Müller, Martin (2020): Corona-Krise und Fachkräftemangel bremsen das Wachstum: KfW. URL:
<https://www.kfw.de/PDF/Download-Center/Konzernthemen/Research/PDF-Dokumente-Fokus-Volkswirtschaft/Fokus-2020/Fokus-Nr.-293-Juni-2020-Corona-Krise-und-Fachkraeftemangel.pdf> Zugriff 15.12.2020

Nanninga, Janina (2014): Fachkräftemangel in der Pflege. Ist er zu bewältigen oder laufen wir in eine pflegerische Versorgungskatastrophe? Die Darstellung eines ... und Maßnahmen zur Nachwuchsrekrutierung: GRIN Verlag

National Bureau of Statistics of China (2020) URL:
http://www.gov.cn/shuju/2018-07/20/content_5307867.htm Zugriff: 15.12.2020

Neanderklinik Harzwald (o.J.): Seniorenpflege Neanderklinik. URL:
[gesundheitskongresse.de/Hamburg/2020/dokumente/Nanderklinik_broschuere .pdf](https://gesundheitskongresse.de/Hamburg/2020/dokumente/Nanderklinik_broschuere.pdf) Zugriff: 20.01.2021

Nell, Werner & Yeshurun, Stéphanie-Aline (2008): Arbeitsmarkt, Migration, Integration in Europa: ein Vergleich: Schwalbach/Ts.: Wochenschau- Verl.

nhc.gov. (o.J.) URL:
<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/202006/ebfe31f24cc145b198dd730603ec4442.shtml>. Zugriff 15.12.2020. Ins Deutsche übertragen von A.Vonhoff

North (1992): Institutionen, institutioneller Wandel und Wirtschaftsleistung (Einheit der Gesellschaftswissenschaften, Band 76): Mohr Siebeck; 1. Edition (1. September 1992)

OECD (2007): OECD Annual Report 2007
<https://www.oecd.org/newsroom/38528123.pdf> Zugriff: 15.12.2020

OECD (2013): Education at a Glance 2013
[http://www.oecd.org/education/eag2013%20\(eng\)--FINAL%2020%20June%202013.pdf](http://www.oecd.org/education/eag2013%20(eng)--FINAL%2020%20June%202013.pdf) Zugriff: 15.12.2020

OECD (2014): Schaffung von Arbeitsplätzen und lokale wirtschaftliche Entwicklung. URL:
<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/f44db81b-de/index.html?itemId=/content/component/f44db81b-de> Zugriff 30.01.2021

OECD (2019): OECD-Studie zeigt Strategien für gute Erzieherberufe und gute frühkindliche Bildung. URL:
<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/oecd-studie-zeigt-strategien-fuer-gute-erzieherberufe-und-gute-fruehkindliche-bildung-/136664> Zugriff 30.01.2021

OECD (2020a): Afrikas wirtschaftlicher Wandel braucht starke Unternehmen und engagierte Regierungen. URL: <https://www.oecd.org/berlin/presse/afrikas-wirtschaftlicher-wandel-braucht-starke-unternehmen-und-engagierte-regierungen-21022020.htm> Zugriff 15.12.2020

OECD (2020b): Befund bestätigt dringenden Handlungsbedarf. URL: <https://www.vbe.de/presse/pressedienste-2020/oecd-befund-bestaetigt-dringenden-handlungsbedarf/> Zugriff 15.12.2020

Ohoven, Mario (2019): Warum der Fachkräftemangel den Aufschwung bedroh. URL: <https://analysedeutschland.de/article/mario-ohoven-12-2019.html> Zugriff: 15.12.2020

Ostwald (2010): Erinnerung an Wilhelm Ostwald: Gesellschaft Deutscher Chemiker

Parusel, Bernd (2010): Abschottungs- und Anwerbsstrategien: EU-Institutionen und Arbeitsmigration. Mit einem Geleitw. von Klaus J. Bade, Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaft.

Pellegrino (2001): The Challenge of Knowing What Students Know: Measurement Interdisciplinary Research and Perspectives URL: <https://www.researchgate.net/journal/1536-6367-Measurement-Interdisciplinary-Research-and-Perspectives> Zugriff: 15.12.2020

Peters (2004): Erwachsenenbildungs-Professionalität. Ansprüche und Realitäten. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag

Pierenkemper, Sarah und Körbel, Markus (2017): Internationale Rekrutierungsstrategien in den Pflegeberufen zur Kompensierung des Fachkräftemangels: Bundesinstitut für Berufsbildung. URL: https://www.agbfn.de/dokumente/pdf/agbfn_20_pierenkemper_k%C3%B6rbel.pdf Zugriff 15.12.2020

Pohl, Carsten (2011): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Nordrhein-Westfalen. Modellrechnungen auf der Kreisebene bis 2030. IAB-Regional Nordrhein-Westfalen 02/2011. URL: http://doku.iab.de/regional/NRW/2011/regional_nrw_0211.pdf Zugriff: 31.10.2020

Portes/ Haller/Guarnizo (2002): Transnational Entrepreneurs: An Alternative Form of Immigrant Economic Adaptation: [American Sociological Review](#)

PricewaterhouseCooper AG (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030 URL:

<https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf> Zugriff 10.1.2021

PricewaterhouseCooper AG (2010a): PwC-Studie: Gesundheitssystem vor dem Kollaps - 2030 fehlen eine Million Fachkräfte. Studie der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PwC zusammen mit dem Darmstädter WifOR-Institut URL: <https://www.presseportal.de/pm/8664/1702220> Zugriff 10.01.2021

Pries, Ludger (2001): Migration und Integration in Zeiten der Transnationalisierung oder: Warum braucht Deutschland eine "Kulturrevolution?". In: Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit, Heft 1, S. 14-19

Pries, Ludger (2003): Soziologie der Migration: Springer Link URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-531-92027-6_27 Zugriff 10.01.2021

Pütz, Robert; Kontos, Maria; Larsen, Christa; Rand, Sigrid; Ruokonen-Engler, Minna-Kristina (2019): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Hans Böckler Stiftung. URL: https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-07115 Zugriff 10.01.2021

QIAN Xiang (Qing-Dynastie): „Si Ji Yao Yu“ (Wichtige Regelungen der Pflege)

Radloff, Sebastian (o.J.): Push-/Pull-Faktoren URL: <https://prezi.com/5wuqua8fvoom/motive-fur-migration> Zugriff: 15.01.2021

Reeves, Caroline (2008): "History of Chinese Red Cross: Part II. The China Beat. URL: <http://thechinabeat.blogspot.de/2008/05/history-of-chinese-red-cross-part-ii.html> Zugriff 10.11.2017; Seite nicht mehr abrufbar

Rehak, Siegfried (2009): Qiu Jin und der Einfluss ihres Japan Aufenthalts. GRIN Publishing

Reisach, Ulrike (2017): Das Gesundheitswesen in China. Strukturen, Akteure, Praxistipps. Berlin: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Reuters (2020): KfW-Studie - Corona-Krise und Fachkräftemangel bremsen das Wachstum. URL: <https://de.reuters.com/article/deutschland-konjunktur-fachkrftemangel-idDEKBN23M0YO> Zugriff 10.01.2021

Richter, U. (1988): Die Kulturrevolution an der Universität Beijing: Hamburg, Deutschland: Institut für Asienkunde

Richter; Hurrelmann: Gesundheitliche Ungleichheit URL:

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-91643-9> Zugriff: 10.01.2021

Richtlinie 2005/36/EG: des Europäischen Parlaments und des Rates <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:DE:PDF>

Zugriff: 10.01.2021

Ripken, Katja (2003): Die wirtschaftsgeschichtliche Entwicklung der Migration. (Hausarbeit im Rahmen des Seminars „International Trade and Factor Mobility“, Kiel) URL: <http://willmann.com/~gerald/fmsem/ripken.pdf> Zugriff: 31.10.2020

Roeder, Martina (2016): Präsentation Neanderklinik Harzwald GmbH, Pilotprojekt Ukraine URL:

<https://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2016/dokumente/Praesentationen/Roeder-Martina---Pilot-Modellprojekt-Ukraine.pdf> und Video auf Youtube: URL

<https://www.youtube.com/watch?v=dvYR86o8SA&feature=youtu.be> Zugriff:

10.01.2021

Rossocha, Volker und Egenberger, Vera (2018): Masterplan Migration: DGB

Bundesvorstand. URL: <https://www.dgb.de/downloadcenter/++co++192ef630-a08e-11e8-95a5-52540088cada> Zugriff 10.01.2021

Roth, Erwin; Holling Heinz; Heidenreich, Klaus (1999): Sozialwissenschaftliche Methoden: Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis. Oldenbourg: De Gruyter

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2019): Barmer-Pflegereport 2019: BARMER. URL:

<https://www.barmer.de/blob/215396/a68d16384f26a09f598f05c9be4ca76a/data/dl-barmer-pflegereport-2019.pdf> Zugriff 10.01.2021

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport Pflege 2030:

Bertelsmann-Stiftung. URL: [https://www.bertelsmann-](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf)

[stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf) Zugriff 10.0.2020

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer; Weiß, Christian, (2012): BARMER

GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit,

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse/17, Sankt Augustin: Asgard s. Kap.

3.1.Ausgangslage

Rüegg, W. (2004): Geschichte der Universität in Europa – Bd.3: Vom

19.Jahrhundert zum Zweiten Weltkrieg 1800 – 1945: Schweiz: C.H. Beck

Sächsisches Staatsministerium für Soziales (o.J.): Kurze Migrationsgeschichte Deutschlands bis zur Wiedervereinigung. URL: http://www.hatikva.de/bildungsmodul/pdf/n2/migrationsgeschichte_deutschlands.pdf. Zugriff: 31.10.2020

Sachverständigenrat Wirtschaft (2011): Demografischer Wandel: Herausforderung für die Wirtschaftspolitik. URL: <https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/presse/expertise-2011.html> Zugriff 10.01.2021

Sachverständigenrat Wirtschaft (2012): Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland URL: https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/ga201213/ga12_ges.pdf Zugriff 10.01.2021

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1990): Jahresgutachten 1990, Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1990, Teil B.

Schäfer, Maja Roedenbeck (2018): Wie die Anwerbung von ausländischen Fachkräften gut gelingen kann: Internationales Recruiting in Sozial und Gesundheitsunternehmen: Walhalla

Scharfenberg, Elisabeth (2018): Wer soll uns pflegen? Zur Situation der Pflegekräfte: epubli

Schmitt-Sausen, Nora (2015): China: Zukunftspfand Gesundheit. In: ÖÄZ 19 - 10.10.2015. URL: <https://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2015/oeaez-19-10102015/china-gesundheitssystem-nora-schmitt-sausen.html> Zugriff 10.01.2021

Schmitt-Sausen, Nora (2016): Chinesisches Gesundheitswesen: Patienten kontra Ärzte. In: Aerzteblatt.de 02/2016. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/182486/Chinesisches-Gesundheitswesen-Patienten-kontra-Aerzte>. Zugriff: 20.10.2020

Schnell, Rainer; Hill, Paul; Esser, Elke: (2005): Methoden der empirischen Sozialforschung, 7. Auflage, München/Oldenbourg: Wissenschaftsverlag.

Schnitzer, Johann Georg (1986): Erfolg im Sport durch naturnahe Leistungskost (unveröffentlicht)

Schreck, Corina (2017): Rekrutierung von internationalen Pflegefachkräften: Chancen und Herausforderungen für den Fachkräftemangel in Deutschland (Best of Pflege): Springer

Schulz, Erika (2012): Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. In: DIW Wochenbericht Nr. 51/52.2012 URL: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.413133.de/12-51-1.pdf Zugriff: 31.10.2020

Schulze, Katrin (2017): Maßnahmen der Mitarbeiterbindung als Antwort auf den Fachkräftemangel in der Pflege: Ein Konzept für den ambulanten Pflegedienst. Potsdam: GRIN Verlag

Schütz, Alfred (o.J.): Deutsche Biographie. URL: <https://www.deutsche-biographie.de/sfz117113.html> Zugriff 10.01.2021

Schütze (1977): Das narrative Interview. URL: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/7789/16/7_Das_narrative_Interview.pdf Zugriff 12.10.2019

Schwinger, Elke und Enzmann, Birgit (2019): Ein interdisziplinäres QPL-Projekt im Spannungsfeld von Studiengangs-Curricula und Leitbildentwicklung auf Hochschulebene: Der Coburger Weg. URL: https://www.fh-muenster.de/WWWeiterbildungen/downloads/SchwingerUndEnzmann_Coburger_Weg.pdf Zugriff 10.01.2021

Seidel, Sabine; Bretschneider, Markus; Kimmig, Thomas; Neß, Harry; Noeres, Dorothee (2008): Stand der Anerkennung non-formalen und informellen Lernens in Deutschland: Bundesministerium für Bildung und Forschung. URL: <https://www.oecd.org/germany/41679629.pdf> Zugriff 10.01.2021

Shen, Ning 沈宁 (2006): Luoshi kexue fazhan guan cujin jiaoyu jiankang fazhan 落实科学发展观促进护理教育健康发展 (Umsetzung des wissenschaftlichen Konzepts sowie die gesunde Entwicklung der Pflegeausbildung) In: Zhongguo huli guanli 中国护理管理. Vol.6(2006). S.7-9.

Sherdian, Carmel; Brock, Elisabeth (Übersetzer) (2019): Achtsamkeit und Mitgefühl in der Pflege: Praxisbuch für achtsame und selbstmitfühlende Pflegenden: Hogrefe AG

Siebert (1995): Konstruktivistische Aspekte der Erwachsenenbildung: In: Beiheft zum REPORT: Theorien und forschungsleitende Konzepte der Erwachsenenbildung. S. 50 – 54. URL: <http://www.die-bonn.de/id/1949> Zugriff 10.01.2021

Siegert (2008): Das Evangelium des Johannes in seiner ursprünglichen Gestalt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Sievers (2011): Dem "subjektiven Faktor" auf der Spur. Die Geschichte der Erwachsenenbildung im Spiegel berufsbiographischer Generativität. In: REPORT Zeitschrift für Weiterbildungsforschung 2011(1): Forschungsmethoden in der Weiterbildung. S. 61 – 73. URL: <http://www.die-bonn.de/id/9188> Zugriff 10.01.2021

Sima, Qian 司马迁(o.J.): Shiji bianque cangong liezhuan 史记扁鹊仓公列传 (Shiji- Aufzeichnungen des Chronisten)

Simon; Tackenberg; Büscher; Hasselhorn (2005): Zukunft in der Pflege gestalten. Ergebnisse der NEXT-Konferenz an der Universität Witten/Herdecke

Siyam et. al. (2013): Monitoring the implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Bull World Health Organ. 2013 Nov;91(11):816-823.
<http://europepmc.org/articles/PMC3853953?sessionid=99CCYBY3ec0qnF32OeM>
M.14. Zugriff: 26.05.2015

Sjaastad, L.A. (1962): The Costs and Returns of Human Migration. Journal of Political Economy.

Spiegel (2013): Bundesagentur für Arbeit wirbt Altenpfleger in China URL: www.spiegel.de/wirtschaft/bundesagentur-fuer-arbeit-wirbt-altenpfleger-in-china-an-a-857583-druck.html Zugriff: 03.05.2013

Spiegel (2019): Altenheime benötigen 183 Tage, um Stelle einer Pflegekraft zu besetzen. URL: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/pflege-fachkraeftemangel-in-der-altenpflege-steigt-weiter-a-1266722.html> Zugriff 10.01.2021

Spiegel (2020): Viel zu wenig neue Pflegekräfte. URL: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/altenpflege-stellenausbau-geht-schleppend-voran-a-8f5f825f-bb2e-4d04-87bd-1c7cf9e3e9e4> Zugriff 10.01.2021

Spiegel Politik (2018): Das steht in Seehofers Masterplan. URL: <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/horst-seehofer-was-steht-im-masterplan-migration-a-1217629.html> Zugriff Datum 21.11.2020

Spiegel Wirtschaft (2019): Altenheime benötigen 183 Tage, um Stelle einer Pflegekraft zu besetzen. URL: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/pflege-fachkraeftemangel-in-der-altenpflege-steigt-weiter-a-1266722.html> Zugriff Datum 21.11.2020

Spradley, James P. (1980) Participant observation: New York

Springer (2017): Aufbau des selbstverwalteten Gesundheitswesens in Deutschland. URL:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00398-016-0101-6> Zugriff: 21.11.2020

Staatsrat der VRC (2008): "Krankenschwesternverordnung". URL:

http://www.gov.cn/zwgk/2008-02/04/content_882178.htm Zugriff: 01.02.2017

Stangl, Werner (2018). Die Beobachtung. [werner stangl] s arbeitsblätter. URL:

[www.http://arbeitsblaetter.stangltaller.at/FORSCHUNGSMETHODEN/Beobachtung.g.shtml](http://www.arbeitsblaetter.stangltaller.at/FORSCHUNGSMETHODEN/Beobachtung.g.shtml). Zugriff: 31.08.2018

Statista com (2021): Verfügbare und belegte intensivmedizinische Betten in Deutschland URL:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1109137/umfrage/verfuegbare-und-belegte-intensivmedizinische-betten-in-deutschland/> Zugriff: 30.01.2021

Statistisches Bundesamt (2003): Bevölkerung Deutschland bis 2050, 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

Statistisches Bundesamt (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Ausgabe 2010. URL:

https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Publikationen/Downloads/krankenhausbehandlung-pflegebeduerftige-5871102109004.pdf?__blob=publicationFile Zugriff 10.01.2021

Statistisches Bundesamt (2015): Statistisches Jahrbuch Deutschland und Internationales. URL:

URL:https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEAusgabe_derivate_00000229/StatistischesJahrbuch2015.pdf Zugriff 10.01.2021

Statistisches Bundesamt Destatis (2010): Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. URL:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/PflegekraefteAusland_32014.pdf?__blob=publicationFile Zugriff: Seite nicht mehr abrufbar

Statistisches Bundesamt Destatis (2013): Migration hat eine lange Tradition in Deutschland. URL:

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html Zugriff 10.01.2021

Statistisches Bundesamt Destatis (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060

13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung- URL:

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/bevoelkerung-deutschland-2060-presse-5124204159004.pdf?__blob=publicationFile Zugriff: 10.01,2021

Statistisches Bundesamt Destatis (2020): URL:

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/05/PD20_164_236_11.html. Zugriff: 20.10.2020

Statistisches Bundesamt Destatis (2020a): URL:

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Wanderungen/_inhalt.html;jsessionid=BE0584320B2B33BC84BF2D7A3C5B53DE.internet8741#sprg396334 Zugriff: 10.01.2021

Statistisches Bundesamt Destatis (2020b): URL:

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html>
Zugriff 10.01.-2021

Statistisches Bundesamt Destatis (2021): Pressemitteilung Nr. 356 vom 27. Juli 2021. URL:

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_356_212.html. Letzter Zugriff; 29.08.2023

Statistisches Bundesamt Destatis (o.J.): Demografischer Wandel in Deutschland.

URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html Zugriff 10.01.2021

Statistisches Bundesamt Destatis (o.J.): Gesundheitsausgaben. URL:

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html Zugriff: 10.01.2021

Süddeutsche Zeitung (2019): Spahn will Zugang für ausländisches Personal erleichtern, URL:

<https://www.sueddeutsche.de/politik/pflege-fachkraeftemangel-pflegepersonal-1.4706507> Zugriff: 10.01.2021

sunacare.de: Pflegenotstand in Deutschland. URL:

<https://www.sunacare.de/pflegenotstand-in-deutschland/> Zugriff: 02.05-.2017

Szent-Ivanyi, Tim (2018): Mit Pragmatismus zu mehr Pflegekräften aus dem

Ausland. URL: <https://www.rnd.de/politik/mit-pragmatismus-zu-mehr->

[pflegekraefte-aus-dem-ausland-GRYJLBLZHBCJDEDFB53ZIAPURA.html](#) Zugriff: 10.01.2021

tagesschau.de (2019a): Abgehakt, aber nicht erledigt. URL: <https://blog.ard-hauptstadtstudio.de/masterplan-migration-seehofer-105/> Zugriff 08.12.2019; Seite nicht mehr abrufbar

tagesschau.de (2019b): Für Fachkräfte nur bedingt attraktiv. URL: <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/fachkraeftemangel-105.html#:~:text=Deutschland%20in%20OECD%2DStudie%20F%C3%BCr%20Fachkr%C3%A4fte%20nur%20bedingt%20attraktiv&text=Deutschland%20ben%C3%B6tigt%20dringend%20den%20Zuzug,von%20mehr%20als%2030%20Industriestaaten.> Zugriff: 08.12.2019; Seite nicht mehr abrufbar

tagesschau.de (2020a): Was fehlt: 120000 Pflegekräfte. URL: <https://www.tagesschau.de/altenpflege-gutachten-101.html> Zugriff 10.01.2021

tagesschau.de (2020b): Mit Assistenten gegen den Pflegenotstand? URL: <https://www.tagesschau.de/inland/pflegepersonal-101.html> Zugriff 10.01.2021

tagesschau.de (2020c): WHO-Bericht - Sechs Millionen Pflegekräfte fehlen. URL: <https://www.tagesschau.de/ausland/corona-pflegekraefte-101.html> Zugriff 10.01.2021

Tagesspiegel (2019): Regierung antwortet auf 55 Fragen der AfD. URL: <https://www.tagesspiegel.de/politik/masterplan-migration-regierung-antwortet-auf-55-fragen-der-afd/23961374.html> Zugriff 10.01.2021

Tan, Rhigel Alforque; Alpert, Patricia T (2013): A teaching intervention to improve the self-efficacy of internationally educated nurses. Journal of continuing education in nursing 2013 Volume 44, Issue 2, Page(s) 76–80

Telc (2020): Telc Deutsch b2. URL: <https://www.telc.net/pruefungsteilnehmende/sprachpruefungen/pruefungen/detail/telc-deutsch-b2.html#t=3> Zugriff: 10.01.2021

Thiel, Jens (2012): Deutsche Auswanderung nach Amerika im 19. Jahrhundert. Infoblatt Geschichte und Geschehen Oberstufe. Stuttgart: Klett Verlag. URL: http://www2.klett.de/sixcms/media.php/229/DO01_3-12-430001_Kap3_online_mi9s5a_Dt_Auswand.pdf. Zugriff: 31.10.2020

Thüringer Allgemeine (2018): URL: <https://www.thueringer-allgemeine.de/web/zgt/leben/detail/-/specific/Thueringen-erteilt-Berufserlaubnis-fuer-50-auslaendische-Pflegefachkraefte-658411862>
Zugriff: 10.01.2021

Ulucan, Sibel (2008): Interkulturelle Bibliotheksarbeit in Öffentlichen Bibliotheken. Plädoyer für einen Mentalitätswechsel am Beispiel Berlins: Hrsg. Zentral- Und Landesbibliothek Berlin

- Ulucan, Sibel (2011):** Interkulturelle Kompetenz Eine Schlüsselkompetenz in der Bibliothek des 21. Jahrhunderts Vortrag zum 100. Bibliothekartag am 10.06.2011 in Berlin. URL: <http://docplayer.org/10098948-Interkulturelle-kompetenz-eine-schluesselkompetenz-in-der-bibliothek-des-21-jahrhunderts.html>
Zugriff: 03.01.2021
- Varnhagen (2012):** URL: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/bundesagentur-fuer-arbeit-wirbt-altenpfleger-in-china-an-a-857583.html> Zugriff: 10.01.2021
- Varnhagen (2020):** „Arbeitsbedingungen sind besser“ (Interview bei der Deutschen Welle): URL: <https://www.dw.com/de/varnhagen-arbeitsbedingungen-sind-besser/a-16869109> Zugriff: 10.01.2021
- vbw (Vereinigung der bayrischen Wirtschaft e.V.) (2012):** Studie Pflegelandschaft 2030. München: vbw – Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e.V.: URL: https://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/121000_Prognos_vbw_Pflegelandschaft_2030.pdf Zugriff: 10.01.2021
- VDEK - Verband der Ersatzkassen (2014):** Ambulante Versorgung. URL: https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/ambulante_versorgung.html Zugriff: 20.10.2020
- VDEK - Verband der Ersatzkassen (2020):** Gesundheitspolitik – Gesetze und Positionen des vdek. URL: <https://www.vdek.com/politik.html>. Zugriff 20.11.2020
- Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände (2020):** Corona-Krise: 4-Phasen-Plan der hessischen Wirtschaft. URL: https://www.vhu.de/newsroom/meldungen/details/tx_news/corona-krise-4-phasen-plan-der-hessischen-wirtschaft.html# Zugriff 10.01.2021
- Voermans, Sabine (2019):** TK Gesundheitsreport Arbeitsunfähigkeiten2019: Techniker Krankenkasse. URL: <https://www.tk.de/resource/blob/2060908/b719879a6b6ca54c1f2ec600985fb616/gesundheitsreport-au-2019-data.pdf> Zugriff 10.01.2021
- Voss, Martin (2015):** Qualitatives Interview. URL: <http://lehre.martinvoss.de/wp-content/uploads/2020/05/Mod-2-Lamnek-Krell-2010-Qualitative-Sozialforschung.pdf> Zugriff: 01.10.2020
- Wagner, Helmut (Hrsg.) (2005):** Segmente. Wirtschafts- und sozialgeographische Themenhefte: Migration – Integration. Wien.
- Wang, Wen-Chung; Shiu-Lien Wu (2011):** The Random-Effect Generalized Rating Scale Model URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1745-3984.2011.00154.x> Zugriff: 10.01.2021

Wasner, Tina (2007): Organisationen, Verbände und Körperschaften im Gesundheitssystem. In: Thieme, via medici. URL: <https://www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-weiterbildungs-coach-allgemeine-infos-1570/a/organisationen-und-verbaende-im-gesundheitswesen-4500.htm> Zugriff 20.10.2020

Weigand, Gabriele; Hess, Remi (2007): Teilnehmende Beobachtung in interkulturellen Situationen. Frankfurt/Main: Campus (Europäische Bibliothek interkultureller Studien)

WHO (2006): WHO-Verhaltenskodex; Liste von 57 Staaten- URL: https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/aktuell/2014A25_adt_clemens_merda.pdf Zugriff: 10.01.2021

WHO (2010): Weltgesundheitsversammlung WHO-Globaler Verhaltenskodex URL: https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/2012_04_03_WHO-Verhaltenskodex_d_1.pdf Zugriff: 10.01.2021

Wikipedia. Gesundheitssystem der VR China. URL: https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitssystem_der_VR_China. Zugriff: 20.10.2020

wikiwand.com: https://www.wikiwand.com/de/Gesundheitssystem_der_VR_China Zugriff: 20.10.2020

Windzio, Michael (2003): Organisation, Strukturwandel und Arbeitsmarktmobilität: Untersuchungen zum evolutionären Wandel der Sozialstruktur / Wiesbaden: Westdt. Verl. 1. Auflage

Wirtschaftslexikon: Rehabilitationsklinik. URL: <http://www.wirtschaftslexikon.co/d/rehabilitationsklinik/rehabilitationsklinik.htm> Zugriff: 10.01.2021

Wirtschaftslexikon24.com (o.J.): URL: www.wirtschaftslexikon24.com/d/pflegenotstand/pflegenotstand.htm Zugriff 01.02.2021

You LM, Ke YY, Zheng J, Wan LH (2014): The development and issues of nursing education in China: a national data analysis. Nurse Educ Today.2015 Feb;35(2):310-4. doi: 10.1016/j.nedt.2014.10.004. Epub 2014 Oct 22.

YUAN Kaichang (Qing-Dynastie): „Yang Sheng San Yao-Bing Jia Xu Zhi“ (Drei wesentliche Punkte für die Erhaltung der Gesundheit – was der Patient wissen muss).

Zander, Britta (2017): Spannungsfeld Krankenpflege: Auf dem Weg zu größtmöglicher Patientensicherheit und zufriedenen Mitarbeitern: Technische Universität Berlin. URL: https://depositonce.tu-berlin.de/bitstream/11303/7561/4/zander_britta.pdf Zugriff: 10.01.2021

ZEIT ONLINE (2020): Altenpflegeheime brauchen 120.000 zusätzliche Fachkräfte. URL: <https://www.zeit.de/wirtschaft/2020-02/pflege-pflegekraefte-altenheim-fachkraeftemangel> Zugriff 10.01.2021

Zhong Maofang (1920)

Zuwanderungsgesetz (AufenthG) (2015). URL: http://www.auswaertigesamt.de/DE/EinreiseUndAufenthalt/Zuwanderungsrecht_node.html Zugriff 24.07.2015