Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege

Bestandsaufnahme

Zwischenbericht
des Projektes MigA

Gefördert vom
Ministerium für Gesundheit,
Soziales, Frauen und Familie des
Landes Nordrhein-Westfalen

Bestandsaufnahme
Zwischenbericht
des Projektes MigA

Autor: Dr. Jens Friebe

Projekt: Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege – Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in NRW (MigA)

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung

Bonn, September 2005

Online im Internet: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2005/friebe05_01.pdf

Das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung (DIE) ist eine Einrichtung der Leibniz-Gemeinschaft und wird von Bund und Ländern gemeinsam gefördert. Das DIE vermittelt zwischen Wissenschaft und Praxis der Erwachsenenbildung und unterstützt sie durch Serviceleistungen.

Das Projekt MigA:

Das Projekt MigA ermittelt die Beschäftigungssituation und den Bildungsbedarf von Pflegenden mit Migrationshintergrund in NRW, sichert und verbessert die Altenhilfe und Altenpflege durch Qualifizierung, gleicht mögliche Benachteiligung von Migrantinnen und Migranten aus und fördert die Vernetzung interkultureller Maßnahmen in der Altenhilfe

Information und Kontakt:

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE)
Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn
www.die-bonn.de

Wissenschaftliche Bearbeitung:

Dr. Jens Friebe
T +49 (0)228 3294-330
F +49 (0)228 3294-4330
friebe@die-bonn.de

Projektassistenz:

Christa Jost
T: +49 (0)228 3294-321
F: +49 (0)228 3294-4321
jost@die-bonn.de

Gefördert vom:

Ministerium für Gesundheit
Soziales, Frauen und Familie des
Landes Nordrhein-Westfalen

© 2005 Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE), Bonn

Online im Internet: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2005/friebe05_01.pdf

Inhaltsverzeichnis Seite

1. Einleitung 5

2. Altenpflege im demografischen Wandel 6

2.1 Aktuelle Situation und demografische Entwicklungen 6
2.2 Demografischer Wandel in Nordrhein-Westfalen 8
2.3 Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit 9
2.4 Ambulante und stationäre Pflege in NRW 10
2.5 Pflegende mit Migrationshintergrund 11

3. Zur Situation der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund in der Altenpflege Nordrhein-Westfalens 12

3.1 Methodische Anlage der Studie 12
3.2 Ergebnisse der schriftlichen Befragung stationärer Pflegeeinrichtungen 13
3.2.1. Beschäftigtenanteile 14
3.2.2 Zuwanderer- und Herkunftsgruppen 15
3.2.3 Integration und Qualifikation der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund 17
3.2.4 Deutschkenntnisse 19
3.2.5 Ressourcen und Probleme bei Migrationshintergrund 20
3.2.6 Fort- und Weiterbildung 21
3.2.7 Ambulante Pflegedienste 23

4. Kulturalität in der professionellen Altenpflege 24

Anhang: Fragebogen für stationäre Altenpflegeeinrichtungen 26

Literatur 29

1. Einleitung

Die demografische Alterung der Gesellschaft und die Integration von Zuwanderern sind Faktoren, die bildungs- und sozialpolitisch von großer Bedeutung sind. Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und NRW ist durch zunehmende Lebenserwartungen, Geburtenrückgang und zurückgehende Einwohnerzahlen gekennzeichnet. Die Zuwanderung von Menschen aus anderen Ländern hat in den letzten Jahren den Trend zur Alterung in Deutschland etwas abgeschwächt, doch kann sie ihn langfristig nicht ausgleichen.

Mit höherem Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit für die Pflegebedürftigkeit und so werden zukünftig zusätzliche Fachkräfte in der Altenpflege benötigt werden. Allerdings stehen dann am Arbeitsmarkt insgesamt weniger Personen zur Verfügung. Die Pflege alter Menschen wird in Zukunft noch mehr als heute Mitarbeiter/innen gewinnen müssen, die erst nach ergänzenden Qualifizierungen im Berufsalltag bestehen können. Hier bilden Migrantinnen und Migranten ein wichtiges Potential. Dies führt zur zentralen Fragestellung des Projekts, „welche Maßnahmen der Personalgewinnung und -qualifizierung geeignet sind, Zuwanderinnen und Zuwanderern die Integration in den Beruf zu erleichtern und sie überdies zu befähigen, Pflege und Betreuung älterer Menschen angemessen zu erbringen?“

Auf der Grundlage des steigenden Bedarfs nach qualifizierten Fachkräften in der Altenpflege, sowie der Bildungs- und Integrationspotentiale von Menschen mit Migrationshintergrund, wird das Projekt MigA geeignete Maßnahmen der Qualifizierung entwickeln und erproben. Die erstellten Konzepte richten sich an Aus- und Fortbildner/innen. Damit wird der Zugang und die Integration im Altenpflegeberuf für Migrant/inn/en geebnet, der interkulturelle Dialog verbessert und ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung geleistet werden.

Das Projekt gibt sich folgende Ziele:

- die Beschäftigungssituation und den Bildungsbedarf von Pflegenden mit Migrationshintergrund in NRW ermitteln,
- durch Qualifizierung die Altenhilfe und -pflege sichern und verbessern, mögliche Benachteiligung von Migrantinnen und Migranten ausgleichen,
- die Vernetzung interkultureller Maßnahmen in der Altenhilfe fördern.

Der vorliegende Text stellt erste Ergebnisse der Bestandsaufnahme zur Situation von Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege vor. Zunächst werden vorhandene Informationen ausgewertet und danach erste Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Altenpflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen vorgestellt. Anschließend werden einige Eckpunkte zur interkulturellen Altenpflege markiert, die für weitere Projektarbeiten, für Interviews mit Pflegenden aus ambulanten und stationären Einrichtungen sowie für die Entwicklung von Qualifizierungen relevant sind.

2. Altenpflege im demografischen Wandel

2.1 Aktuelle Situation und demografische Entwicklungen

Die demografische Alterung in Deutschland schreitet fort und dieser Trend wird in den nächsten zwei Jahrzehnten an Dynamik gewinnen (vgl. BiB 2000 und 2004). Immer mehr Menschen erreichen durch verbesserte Lebensbedingungen ein hohes Alter. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt heute bei 80,4 Jahren für Frauen und bei 73,5 Jahren für Männer (BiB 2004 S. 42). Die durchschnittliche Kinderzahl pro Familie stagniert seit Jahren auf niedrigem Niveau (Geburtenrate 1,4 – BiB 2004, S. 61). Prognosen lassen erwarten, dass im Jahr 2050 bei zurückgehender Einwohnerzahl in Deutschland mehr als ein Drittel der Menschen über 60 Jahre alt sein wird (vgl. BiB 2000, S. 11 ff.). Es wird dann voraussichtlich mehr als 9 Millionen Menschen über 80 Jahre bei uns geben.

Deutlich werden die Verschiebungen im Aufbau der deutschen Gesellschaft, wenn man die Bevölkerungsanteile der Altersgruppen junger Menschen bis 20 Jahre mit den Personen im Erwerbsalter und denjenigen im Rentenalter vergleicht. So gibt der „Altenquotient“ die Anzahl der Menschen über 65 Jahre im Verhältnis zu je 100 20- bis 64-Jährigen an und wird von 26,8 im Jahr 2000 auf 54,4 in 2050 ansteigen (BiB 2004, S.58/59).

Alten- und Unterstützungsquotienten in der Bundesrepublik Deutschland 1950 - 2050

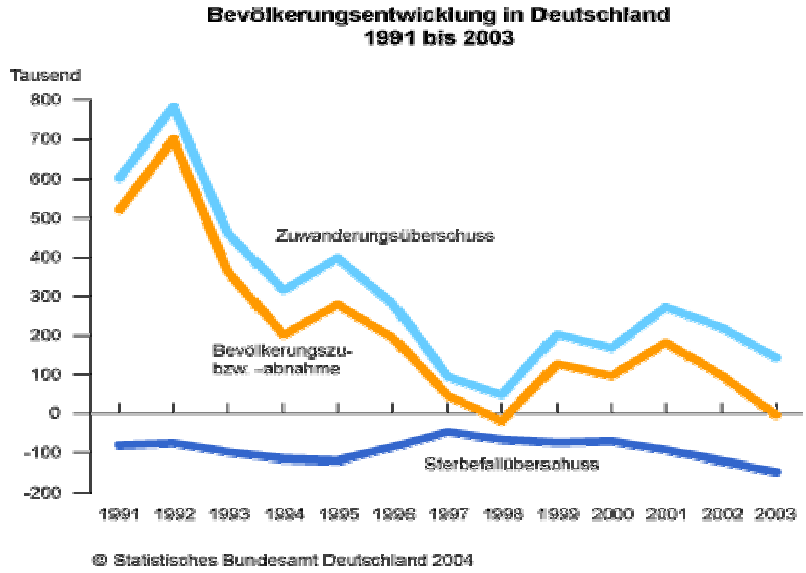
Jahr	Altenquotient	Potenzieller Unterstützungs-koeffizient	Intergenerationaler Unterstützungs-koeffizient
1950	16,2	6,2	5,7
2000	26,8	3,7	19,8
2050	54,4	1,8	60,3

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Berechnungen BiB 2004, S. 59

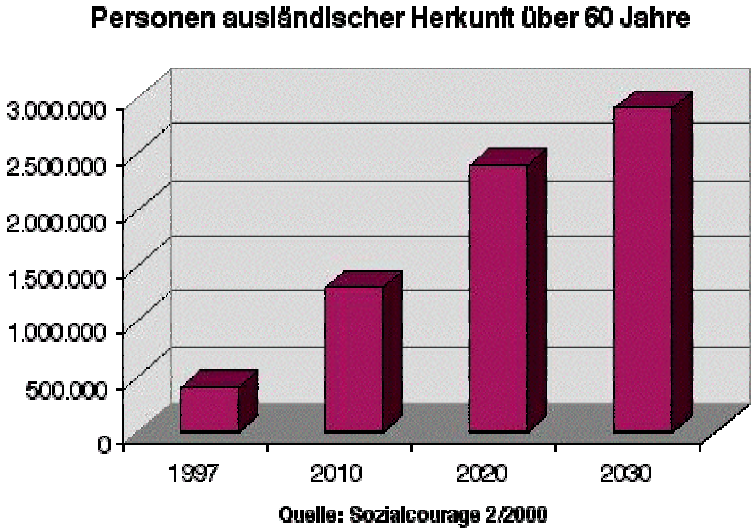
Die gesellschaftliche Alterung wird sich in den nächsten Jahren[1] beschleunigen, da ab 2015 die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre das Rentenalter erreichen, gefolgt von Altersgruppen mit Geburtenrückgang der Jahre 1965 bis 1975. Deutlicher zeigen sich die Veränderungen noch bei der Analyse des „potentiellen und intergenerationalen Unterstützungskoeffizienten“ (BiB 2004, S. 59). Im Jahr 2000 kamen auf eine Person über 65 Jahre noch 3,7 Personen zwischen 20 und 64, voraussichtlich werden es 2050 nur noch 1,8 Personen sein. Intergenerational wird die Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen mit der Gruppe der über 80-Jährigen verglichen. Auf 100 Personen der ersten Altersgruppe kamen 2000 noch 19,8 Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr. 2050 werden den 100 „jüngeren Alten“ ca. 60 Hochbetagte gegenüber stehen. Diese Relation hat große Auswirkungen für Unterstützungs- und Pflegeleistun-

[1] Die angegebenen Trends beruhen auf der „10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung“ des Statistischen Bundesamtes (BiB 2004, S. 61). Die Prognosen zeigen zukünftige Entwicklungen unter Berücksichtigung aktueller Annahmen zur Geburtenentwicklung, Mortalität, Migration.

gen zwischen den Generationen. Die sozialen Sicherungssysteme werden diesen Entwicklungen angepasst werden müssen, da für Unterstützung und Pflege zukünftig immer weniger Personen im erwerbsfähigen Alter zur Verfügung stehen werden. Prognosevarianten gehen von unterschiedlich hoher Zuwanderung aus, zeigen im Resultat aber, dass der Bevölkerungsrückgang und die Alterung in Deutschland nicht verhindert werden können.



Deutschland ist ein Einwanderungsland. Im Jahr 2002 waren 7,3 Millionen Menschen oder 8,9 Prozent der deutschen Bevölkerung Ausländer/innen (BiB 2004 S. 47). Zusätzlich sind bislang ca. 4 Millionen deutschstämmige Aussiedler/innen nach Deutschland gekommen und zahlreiche Menschen aus dem Ausland haben die deutsche Staatsbürgerschaft angenommen.



(vgl. Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2002, S. 278).

Auch die Gruppe der über 60-Jährigen Personen ausländischer Herkunft wächst schnell an und wird sich voraussichtlich von ca. 624.000 Menschen (8,6 Prozent) im Jahr 2000 auf 1,3 Millionen Menschen im Jahr 2010 mehr als verdoppeln (ebenda S. 278).

Die Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund wird sich in Zukunft in Bezug auf die Alterung angleichen (Schmidt 2003, S. 24). Daher sind auch vergleichbare Entwicklungen beim Pflege- und Unterstützungsbedarf zu erwarten.

Die Alterung der deutschen Gesellschaft lässt wirtschaftliche Verteilungsprobleme zwischen jung und alt erwarten. Lösungsansätze werden in der Verlängerung der Erwerbsphase, in mehr Zusatzbeschäftigungen im Alter oder einer Ausweitung des sozialen Ehrenamts gesucht. Dabei wird vorausgesetzt, dass mit der Verlängerung der Lebensspanne Zeit der Autonomie, Aktivität und Gesundheit gewonnen wird. Der Strukturwandel im Alter sei verbunden mit Niveauveränderungen, die zu einer verbesserten materiellen Situation, zu mehr Bildung und Gesundheit und zur größeren Auswahl unter den Verhaltensoptionen für älteren Menschen führten (vgl. Tews 1993).

2.2 Demografischer Wandel in Nordrhein-Westfalen

In NRW lebten 2004 18.075.352 Menschen (LDS NRW 2004, S. 20). Davon waren 1.926.600 Ausländerinnen und Ausländer; „damit war jede/r neunte (10,7 Prozent) Einwohner/in nicht im Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit. Die größte Nationalitätengruppe bildeten mit 627.000 nach wie vor die Türkinnen und Türken; weitere 483.200 stammten aus einem der EU-Staaten“ (ebenda S. 22). 1976 lag der Ausländeranteil noch bei 6,9 Prozent, 2015 wird er voraussichtlich auf 13 Prozent steigen (MGSFF 2002).

Deutsche und nichtdeutsche Bevölkerung in NRW 1998 - 2002

Jahr	1998	2000	2002
Insgesamt	17.975.516	18.009.865	18.076.355
Deutsche	15.934.459	16.011.711	16.096.568
Nichtdeutsche	2.041.057	1.998.154	1.979.787
in Prozent	11,4 %	11,1 %	10,9 %

Etwa 3,5 Millionen Menschen waren 2004 in NRW über 65 Jahre alt (LDS NRW 2004, S.23). Heute liegt der Anteil der über 60-Jährigen in NRW bei 24 Prozent, wird aber in den nächsten drei Jahrzehnten auf 33 Prozent anwachsen (Interministerielle Arbeitsgruppe 2005, S. 5).

Bei der ausländischen Bevölkerung waren Anfang 2002 etwa 9,3 Prozent über 60 Jahre alt (LDS, Statistischer Jahresbericht 2002). Unterstellt man, dass ältere Zuwanderinnen und Zuwanderer, wie bei der deutschen Bevölkerung, zukünftig einen Anteil von mehr als 20 Prozent erreichen, so wird klar, welche Bedeutung der Migrationsfaktor in der Altenhilfe erhält. „Für NRW wird eine Steigerung von derzeit 80.000 ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern im Alter von über 60 Jahren auf 250.000 im Jahre 2010 erwartet“ (Landtag NRW 2005, S. 94).

Zuwanderung von Spätaussiedlern nach Nordrhein-Westfalen 1993 - 1999 nach Herkunftsland

	1993 - 1999	in %
Ehemalige UdSSR	241.106	97,6
Polen	3.479	1,4
Rumänien	2.391	1,0
Sonstige	55	0,0
Gesamt	247.031	100

(Quelle: MASQT 2000, S. 20)

Der Bevölkerungsanteil der Spätaussiedler/innen lässt sich nicht präzise bestimmen, da sie in der Regel die deutsche Staatsbürgerschaft erhalten und nur während der Einreisezeit statistisch erfasst werden. Von 1989 bis 2003 kamen rund 790.000 Aussiedler nach NRW (3. Bericht der Landesregierung 2004, S. 38). Die jährliche Zuwanderung geht allerdings zurück. Im Jahr 2003 kamen noch gut 16.000 Spätaussiedler/innen nach NRW, zu mehr als 98 Prozent aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion. Ergänzend sollen noch etwa 42.000 jüdische Zuwanderer (MGSFF 2004) aufgeführt werden, die in den Jahren 1993 bis 2003 nach NRW gekommen sind und die im Vergleich zu anderen Aussiedlergruppen einen relativ hohen Altersdurchschnitt aufweisen.

2.3 Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Die Lebenserwartung hat sich im Verlauf der letzten Jahre kontinuierlich erhöht, was insbesondere zur Zunahme der Gruppe sehr alter Menschen führte. Im höheren Alter steigt das Risiko für Pflegebedürftigkeit. „Bis 2040 wird die Zahl der Pflegebedürftigen um ca. 55 Prozent (Frauen: + 45 Prozent, Männer: + 75 Prozent) oder eine Viertelmillion auf über 700 000 Menschen anwachsen, wobei knapp drei Viertel dieser Entwicklung bereits 2020 erreicht sein werden“ (LDS NRW 2004, S. 12) Damit erhöht sich in den nächsten drei Jahrzehnten der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung in NRW von heute 2,5 auf mehr als 4 Prozent (ebenda). Es erreichen auch Männer zunehmend Altersgruppen, in denen die Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit steigt.

Die ehemaligen Arbeitseinwanderer und ihre Familien altern gleichfalls in Deutschland. Sie sind damit von Hilfe und Pflegebedürftigkeit betroffen. Dieser Personenkreis wird potentiell zu Klienten des Gesundheits- bzw. Pflegesystems und der Altenhilfe. In den kommenden Jahrzehnten wird bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund mit höherer Inanspruchnahme professioneller Dienste und mit einem Rückgang der Übernahme der Pflege durch Angehörige gerechnet (vgl. Landtag NRW 2005). Der Wandel der Strukturen in Zuwandererfamilien, die oft beengten Wohnverhältnisse und verstärkter Pflegebedarf (z. B. bei Demenz) werden die familiären Unterstützungspotentiale überfordern und trotz bestehender Zugangsbarrieren zu mehr Nachfrage des Pflegeangebotes durch Migrantinnen und Migranten führen. Die pflegerische Infrastruktur wird diesem Bedarf bisher nicht gerecht (vgl. Landtag NRW 2005, S. 94).

Allerdings zeigen gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse, dass der Anstieg der relativen Lebenserwartung nicht linear zu mehr Pflegebedürftigkeit führen muss. Die gewonnen Jahre können auch von Gesundheit und Leistungsfähigkeit begleitet sein, entsprechend eines optimistischen Szenarios der „Kompression der Morbidität“ (Schwartz et. al. 2000, S. 134) in höheren Lebensphasen. Gleichzeitig verändert sich das so genannte Krankheitspanorama, da Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen statistisch weniger aufgrund akuter Erkrankung und häufiger in Folge lang andauernder und multifaktorieller Veränderungen in Anspruch genommen werden (Chronic Desease Cycle; ebenda, S. 14). Die Pflegebedürftigkeit tritt seltener schlagartig ein, sondern entwickelt sich im Zusammenspiel von körperlicher Beeinträchtigung, erlernter Hilflosigkeit und sozialer Inaktivität. Diesen Entwicklungen kann frühzeitig entgegengewirkt werden.

2.4 Ambulante und stationäre Pflege in NRW

Die beschriebenen Veränderungen sind bedeutsam für die Quantität und Qualität des Pflegepersonals. In Heimen und ambulanten Pflegeeinrichtungen Deutschlands waren 2001 rund 650.000 Personen beschäftigt (über 85 Prozent Frauen; Pfaff 2003, S. 13 ff.). Insgesamt stieg die Anzahl der Beschäftigten im Vergleich zu 1999 um fast 8 Prozent, bei den Altenpfleger/inne/n im stationären Pflegebereich sogar um 16 Prozent (ebenda S. 14).

Für NRW gibt die Pflegestatistik bei ca. 120.000 Pflegeheimplätzen 75.000 Mitarbeiter/innen im Bereich Pflege und Betreuung an (Statistisches Bundesamt 2003, S. 10). Sie verteilten sich auf 1.850 stationäre Altenpflegeeinrichtungen, von denen zwei Drittel in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege waren; 70 Prozent der Pflegebedürftigen wurden 2001 in NRW zu Hause gepflegt,[2] unterstützt durch rund 2000 ambulante Dienste. In ambulanten (Alten-) Pflegediensten arbeiteten 2001 etwa 90.000 Beschäftigte, davon ca. 40.000 in Pflege und Betreuung (Statistisches Bundesamt 2003, S. 6).

Die demografischen Entwicklungen lassen eine weiter steigende Nachfrage nach qualifiziertem Personal in der Altenhilfe und Pflege erwarten. Aber es existieren im Bereich der Berufswahl und des Berufsverbleibs Defizite, die längerfristig zu einem Mangel an Fachkräften in der Pflege führen können. Die Altenpflege gilt vielfach als wenig attraktives Arbeitsfeld mit hohen Belastungen und schlechten Vergütungen. So treten immer wieder Personalengpässe (Pflegenotstand) auf, die u. a. durch Einstellung von Mitarbeiter/inne/n aus dem Ausland abgemildert werden. Allerdings werden sich auch die Finanzierungsgrundlagen mit dem steigenden Bedarf verändern und zu einer Neugestaltung der Angebote führen.

[2] Dabei hat die Zahl der Einpersonenhaushalte zugenommen (LDS-NRW 2004).

2.5 Pflegende mit Migrationshintergrund

Exakte Zahlenangaben zum aktuellen Stand des Pflegepersonals mit Migrationshintergrund liegen bisher nicht vor. Die statistischen Daten sind unzureichend, denn sie dokumentieren einerseits nur die Bevölkerungsgruppen mit rechtlichem Ausländerstatus und erfassen andererseits nur Berufe und nicht deren Einsatzfelder.[3] Insgesamt ist die ausländische Bevölkerung weniger als die deutsche im Bereich öffentlicher und sozialer Dienstleistungen vertreten. Hier arbeitet in NRW „jeder vierte erwerbstätige Deutsche (26,1 Prozent), aber noch nicht einmal jeder zehnte türkische Zuwanderer (9 Prozent)“ (MGSFF 2004, S. 59).

Definition: **„Migration ist der auf Dauer angelegte bzw. dauerhaft werdende Wechsel in andere Gesellschaften bzw. andere Regionen von einzelnen oder mehreren Menschen“ (Treibel 1999, S. 21). Dieser Definitionsansatz integriert ein breites Spektrum von Einwanderer und Einwanderinnen, deren Motive zur Migration in der Familienzusammenführung, der Arbeitssuche, der politischen oder persönlichen Situation liegen mögen. Mit der Migration werden u. a. Sprachen, Sozialisationserfahrungen, Religion und kulturelle Faktoren transportiert, die soziales und berufliches Handeln beeinflussen.**

Es ist sinnvoll, bei der Bestandsaufnahme des Altenpflegepersonals die Kategorie „mit Migrationshintergrund“ zu gebrauchen. Damit werden Merkmale, wie erlernte Erstsprache, Geburtsort (der Eltern) oder kulturelle Faktoren berücksichtigt, die in personengebundenen Dienstleistungsbereichen häufig einflussreich sind. Die Kategorie umfasst (Spät-)Aussiedler/innen, Einwanderinnen und Einwanderer der ersten und der nachfolgenden Generationen ebenso wie Flüchtlinge oder sonstige Zuwandergruppen. Der Integrationsbedarf dieser Gruppen in der Altenpflege gilt als nahezu gleich.

[3] Vergleichzahlen des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes beziehen sich ausschließlich auf die ausländische Bevölkerung. Zudem stimmen die Berufsklassifizierungen mit dem Berufsfeld Altenpflege nicht überein. Im Berufsbereich „übrige Gesundheitsberufe“ werden Krankenpflegekräfte, Heilpraktiker, medizinische Assistenzberufe u. a. zusammengefasst. Dort arbeiten ca. 3,3 Prozent erwerbstätige Ausländer/innen (Statistisches Bundesamt 2003). Im Berufsbereich „Sozial- und Erziehungsberufe“ finden sich die Altenpfleger/innen, gemeinsam mit sozialpädagogischen, wissenschaftlichen Berufen und Lehrern. Es werden dort ca. 1,7 Prozent ausländische Erwerbstätige aufgeführt (ebenda).

3. Zur Situation der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund in der Altenpflege Nordrhein-Westfalens

Das Projekt MigA hat in seiner ersten Arbeitsphase zur Bestandsaufnahme eine Studie erstellt, die Daten über die Situation der Beschäftigten mit Migrationshintergrund und deren Weiterbildungsbedarf erhoben hat. Mit Hilfe geeigneter quantitativer Instrumente wurde der Anteil von Beschäftigten mit Migrationshintergrund in der stationären und teilweise in der ambulanten Pflege in NRW ermittelt (schriftliche Befragung mit ergänzenden Telefoninterviews). Es wurde nach der Funktion des Personenkreises innerhalb der Dienste, nach Ressourcen und Problemen in Mitarbeiterteams und den Bildungsvoraussetzungen gefragt (siehe Anlage).

3.1 Methodische Anlage der Studie

Die Studie bildet die Situation der Beschäftigten mit Migrationshintergrund in NRW ab, da bei der Auswahl der befragten Einrichtungen typische Merkmale berücksichtigt worden sind.

- **Untersuchungsgruppe**
  Etwa 100 Pflegeeinrichtungen sollten in die Untersuchung einbezogen werden. Die Heim- und/oder Pflegedienstleitungen wurden schriftlich zur Situation ihrer Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund befragt. Sie wurden gebeten, ihre Antworten durch Informationen der Wohnbereichs- bzw. Stationsleitungen oder Personalabteilungen zu ergänzen.

- **Auswahl der Stichprobe**
  Die Einrichtungen wurden nach folgenden Kriterien ausgewählt:
  Bevölkerungsverteilung in NRW nach Kreisen und kreisfreien Städten, Ausländeranteil[4] in den Orten und Trägerzugehörigkeit der Einrichtungen.

Nordrhein-Westfalen ist durch starke Bevölkerungskonzentration gekennzeichnet. Von 100 Bewohnern in NRW lebten etwa 42 in kreisfreien Städten, 58 in Kreisen.
Die ausländische Bevölkerung ist ungleich in NRW verteilt. Die großen Städte weisen höhere Ausländeranteile auf (Köln 18,8 Prozent) als einige Landkreise (Coesfeld 4,1 Prozent; vgl. MGSFF 2002). 14,5 Prozent der Einwohner kreisfreier Städte waren nichtdeutsch, während in den Kreisen nur 8,5 Prozent nichtdeutsche Bevölkerung lebte (ebenda). Allerdings haben einige Regierungsbezirke und Kreise besonders viele Aussiedler/innen aufgenommen. Innerhalb der Städte und Kreise gibt es „residentielle Ungleichverteilungen“ und Zuwandererkonzentrationen in einigen Stadtteilen. Diese demografischen Verteilungen waren bei der Auswahl der Stichprobe zu beachten.

[4] Ausländer/innen sind zwar nur ein Teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, doch liegen nur hier exakte Zahlen vor. Diese wurden als Orientierungswerte für die Auswahl der Einrichtungen genutzt.

Von den rund 2.000 stationären Einrichtungen in NRW wurden 250 um Mitarbeit gebeten. Davon waren zwei Drittel in freigemeinnütziger Trägerschaft, etwa 20 Prozent privat und 10 Prozent kommunal.[5]

Im Anschluss an die quantitative Datenerhebung werden Interviews mit Heimleitungen/Pflegedienstleitungen geführt, die Informationen zur Problemanalyse liefern sollen. Die Betroffenenperspektive soll durch weitere Interviews mit Pflegenden, die selbst Migrationshintergrund haben, integriert werden. Eine Gruppendiskussion wird die ersten Auswertungsergebnisse der schriftlichen Befragung thematisieren.

Die Untersuchung bekommt damit explorativen Charakter und wird professionelle Situationen rekonstruieren (Flick et al. 1991, S. 202, 329). Mehrere Forschungsmethoden werden zur Anwendung kommen und schaffen ein Bild der Mitarbeiterschaft in Altenhilfeorganisationen. Anhand der untersuchten Altenpflegeeinrichtungen sollen zuverlässige Aussagen für die Situation von Migrant/inn/en in der Altenpflege möglich werden (statistische Repräsentativität soll nicht erreicht werden). Eine Ableitung der Ergebnisse für die konkrete Pflegebeziehung, z. B. zwischen Pflegenden mit Migrationshintergrund und deutschen Bewohnern, ist damit noch nicht gegeben. Die Interaktionen im face to face-Kontakt sind hier durch die Organisation nur bedingt steuerbar, denn es existiert eine gewisse Handlungsautonomie (vgl. Dewe/Ferchhoff in Flick et al., S. 331 ff.). Die Freiräume verringern sich zwar durch Standardisierungen und Dokumentationspflicht, doch verbleibt ein Faktor der Unberechenbarkeit der Pflegesituationen. Außerdem darf von den Ergebnissen nicht auf die Kompetenz der Pflegenden unmittelbar geschlossen werden, da auf entsprechende Messinstrumente bisher verzichtet wurde.

3.2 Ergebnisse der schriftlichen Befragung stationärer Pflegeeinrichtungen

Ende Juli 2005 lagen 96 beantwortete Fragebogen aus stationären Altenpflegeeinrichtungen mit 10.134 Plätzen vor. 434 Bewohner/innen (4,28 Prozent) haben danach einen Migrationshintergrund. 16 Private und 8 Kommunale haben sich beteiligt, alle anderen gehörten Wohlfahrtsverbänden an.

Es haben sich Einrichtungen aus folgenden Orten und Kreisen beteiligt:
Städte: Bielefeld, Bochum, Bonn, Dortmund, Düsseldorf, Duisburg, Köln, Münster, Mülheim, Oberhausen.
Kreise: Aachen, Borken, Gütersloh, Hochsauerland, Höxter, Lippe, Mettmann, Märkischer Kreis, Minden-Lübbecke, Neuss, Olpe, Paderborn, Recklinghausen, Rhein-Sieg, Rheinisch-Bergischer Kreis, Soest, Steinfurt, Siegen-Wittgenstein, Unna, Viersen, Wesel.

Diese Städte und Kreise haben einen Ausländeranteil von ca. 10,2 Prozent. Dies entspricht annähernd dem Durchschnitt in NRW.

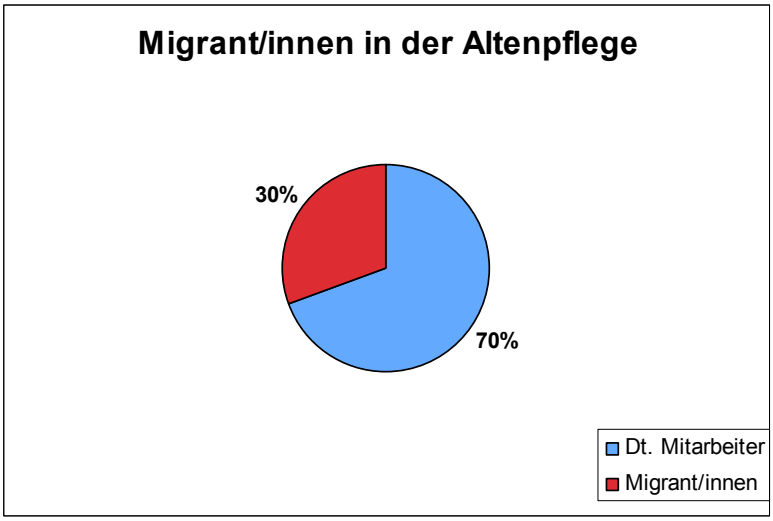
[5] Ambulante Pflegedienste haben einen leicht veränderten Fragebogen beantwortet. Die Analyse soll einen Vergleich zum stationären Bereich ermöglichen, muss aber noch vervollständigt werden.

3.2.1. Beschäftigtenanteile

In den beteiligten 96 Einrichtungen waren 5.495 Pflegekräfte beschäftigt. Davon hatten 1.674 Mitarbeiter/innen einen Migrationshintergrund. Dies entspricht einem Anteil von 30,46 Prozent.

Wie bereits oben beschrieben, umfasst die Kategorie „Migrationshintergrund" sowohl die Bevölkerung ausländischer Herkunft als auch deren in Deutschland geborene Nachkommen zweiter Generation sowie die hauptsächlich „deutschstämmigen" Aussiedler/innen. Die Landesstatistik NRW ermittelt bisher diese Kategorie nicht. Addiert man zu den Angaben über die ausländische Bevölkerung (ca. 11 Prozent der Einwohner NRWs) die Anzahl der registrierten Spät-/Aussiedler/innen (rund 800.000 seit 1989), so lässt sich der Bevölkerungsanteil in NRW mit Migrationshintergrund auf ungefähr 15 Prozent abschätzen.[6] Damit gäbe es bei dem Personal in der Altenpflege doppelt so viele Menschen mit Migrationshintergrund wie bei der Gesamtbevölkerung in NRW. Nur 4 Einrichtungen gaben an, keine Migrantinnen und/oder Migranten zu beschäftigen.

Die Ungleichverteilung der ausländischen Bevölkerung zwischen Stadt und Land zeigt sich tendenziell auch bei den Beschäftigtenanteilen in den Einrichtungen. So haben die Einrichtungen in den Ruhrgebietsstädten Dortmund, Bochum und Duisburg hohe Raten Beschäftigter mit Migrationshintergrund, während in Bielefeld, in den Kreisen Detmold oder Siegen-Wittgenstein geringere Anteile angegeben werden. Ebenso wirksam sind allerdings andere Faktoren (z. B. die Lage im Stadtteil), denn innerhalb der Großstädte Düsseldorf oder Dortmund gibt es, bei gleichem Träger, Heime mit sehr hohen und andere mit sehr geringem Migrantenanteil.



Hochgerechnet auf die 75.000 Pflegenden in den Heimen NRWs (Statistisches Bundesamt 2003) zeigt sich, dass mehr als 20.000 Beschäftigte einen Migrationshintergrund haben.

[6] Die Stadt Köln hat in ihrer Statistik die Kategorie „Einwohner mit Migrationshintergrund bzw. ausländischer Herkunft" eingeführt. Wurde 2003 die ausländische Bevölkerung mit 17,8 Prozent angegeben, so ergab die neue Zählweise einen Anteil von 25,2 Prozent Bevölkerung mit Migrationshintergrund. (MGSFF 2004, S. 28).

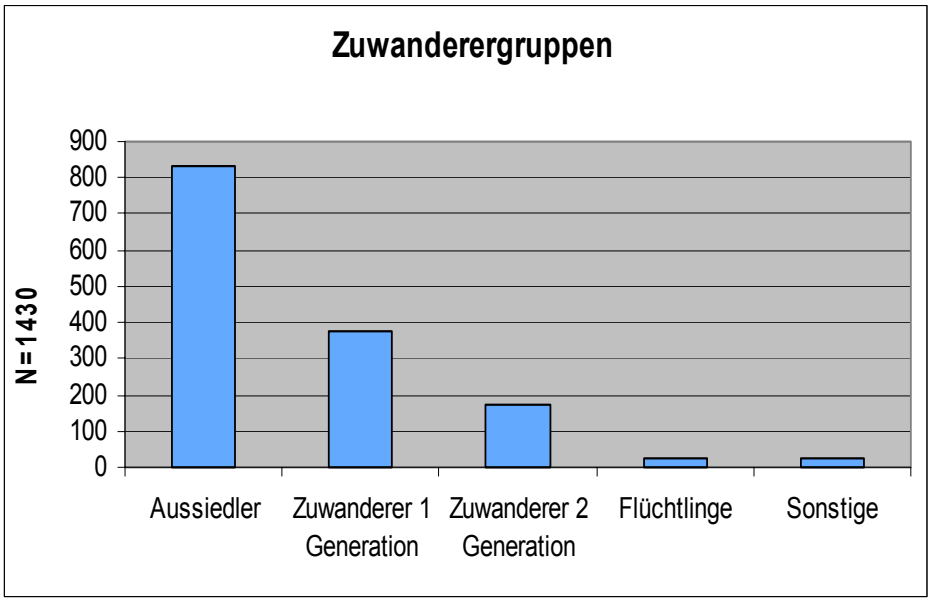
Die Altenpflege ist ein Frauenberuf. 88,5 Prozent[7] der Belegschaften in den befragten Einrichtungen sind weiblich, bei den Migrant/inn/en sogar 92 Prozent. Der hohe Anteil der Frauen in der Altenpflege mit Migrationshintergrund deutet auf „traditionelle“ Berufswahl und -rollen hin, ebenso auf die Notwendigkeit vieler Zuwanderinnen, erwerbstätig zu werden.

In den Einrichtungen befanden sich 327 Altenpflegeschüler/innen, 74 (24,5 Prozent) hatten einen Migrationshintergrund. Ausländische Jugendliche stellen knapp 10 Prozent aller Auszubildenden, (MASQT 2000, S. 56), daher ist der Anteil der Migrant/inn/en bei den Altenpflegeschülern beachtlich. Allerdings absolvieren auch viele Erwachsene eine Altenpflegeausbildung als Umschulung, die bisher noch durch die Arbeitsagentur finanziert wird.

Zusätzlich zu den Pflegemitarbeiter/inne/n sind in den Heimen noch einmal 2.666 Beschäftigte in den Bereichen Hauswirtschaft, Küche, Verwaltung und sonstige Dienste tätig. Aufgrund der recht unterschiedlichen Zusammensetzung dieser Mitarbeitergruppen bleiben Angaben zum Migrationshintergrund unklar. Dort, wo die Leistungen durch externe Anbieter erbracht werden, liegen keine Angaben zur Beschäftigtenstruktur vor.

3.2.2 Zuwanderer- und Herkunftsgruppen

Mehr als die Hälfte (58 Prozent) der Pflegenden mit Migrationshintergrund werden als Spät-/Aussiedler/innen bezeichnet. Sie sind „deutschstämmig“ oder haben deutsche Angehörige, lebten aber seit Generationen im Ausland.[8] Die übrigen Migrant/inn/en sind als Erwachsene aus dem Ausland oder als Kinder aus Zuwanderungsfamilien in den Pflegeberuf gekommen.

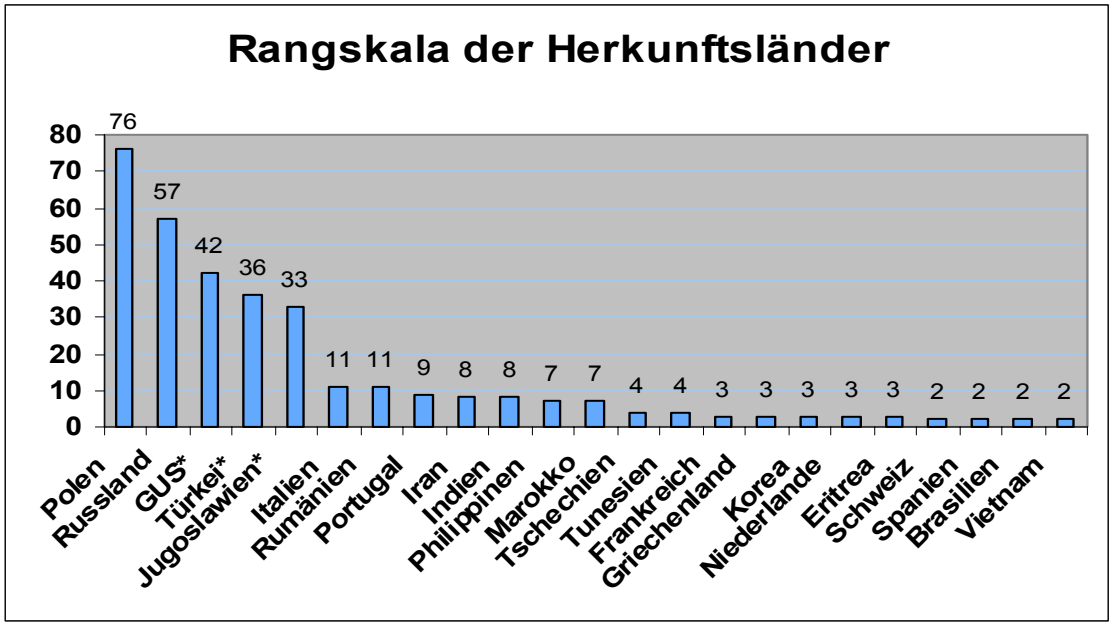


[7] Die Forschungsgesellschaft für Gerontologie ermittelte einen Frauenanteil von 81 Prozent (FFG 2004).
[8] Die Beschreibungs- und Erfassungskategorie „Spätaussiedler/innen“ liefert bisher keine hinreichenden Kriterien, um den Zuwanderungshintergrund der Betroffenen und die sich daraus für die Lebenslage ergebenen Konsequenzen zu ermitteln (vgl. MASQT 2000, S. 8).

Mit ca. 26 Prozent folgen Menschen der ersten Zuwanderergeneration aus Europa und der Türkei.

Rund 12 Prozent der Pflegenden mit Migrationshintergrund gehören der zweiten Zuwanderergeneration an, das heißt sie sind in Deutschland geboren oder als Kleinkinder zu uns gekommen, jedoch ist Deutsch nicht ihre Muttersprache.

Flüchtlinge mit Arbeitserlaubnis finden sich selten in der Altenpflege (1,7 Prozent). Bei der Gruppe der „Sonstigen“ (2,5 Prozent) gibt es zeitlich befristete Beschäftigungen, z. B. auch für „Ordensschwestern“.



*GUS		*TÜRKEI		*JUGOSLAWIEN	
Kasachstan	16	Kurdistan	3	Kroatien	11
Ukraine	9			Bosnien	3
Weißrussland	3			Mazedonien	3
Usbekistan	1			Kosovo	2
Kirgisien	1			Serbien	2

Die Pflegemitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund kommen aus 31 verschiedenen Nationen. Die häufigsten Herkunftsländer sind Polen, Russland und die Nachfolgestaaten der UdSSR. Die Türkei und die Staaten des ehemaligen Jugoslawiens stehen an vierter und fünfter Stelle.

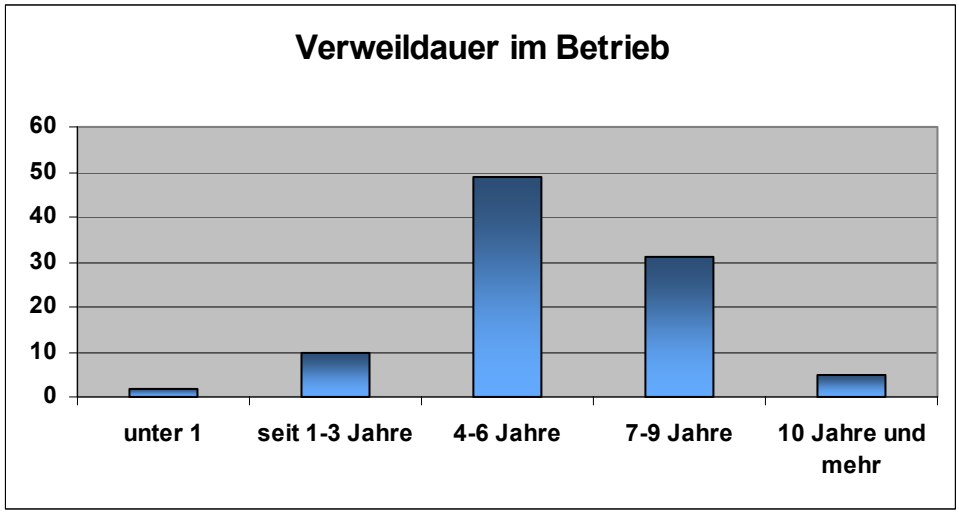
Schon mit der Einwanderungswelle der 1970er Jahre kamen Pflegekräfte aus Herkunftsländern wie Italien, Spanien oder Portugal in die Bundesrepublik. Eine zweite Gruppe Pflegender wurde seinerzeit in Asien, besonders in Korea, auf den Philippinen oder in Thailand für die Krankenhäuser angeworben. Sie sind noch heute in Altenpflegeeinrichtungen beschäftigt. Es findet weiter kontinuierlich Einwanderung nach Deutschland statt, insbesondere in Form des Nachzugs von Familienangehörigen und durch internationale Migrationsbewegungen. So finden sich in den Altenpflegeberufen nicht nur Menschen aus ganz Europa, sondern auch aus Südamerika und Afrika.

In der Altenpflege sind Pflegemitarbeiter/innen aus osteuropäischen Ländern in der Mehrheit. Im Vergleich dazu stellen Menschen türkischer Herkunft bei der Gesamtbevölkerung in NRW rund ein Drittel der ausländischen Bevölkerung, während Zuwander/innen aus der ehemaligen Sowjetunion nur etwa 5 Prozent der Ausländer/innen ausmachen (MGSFF 2002).

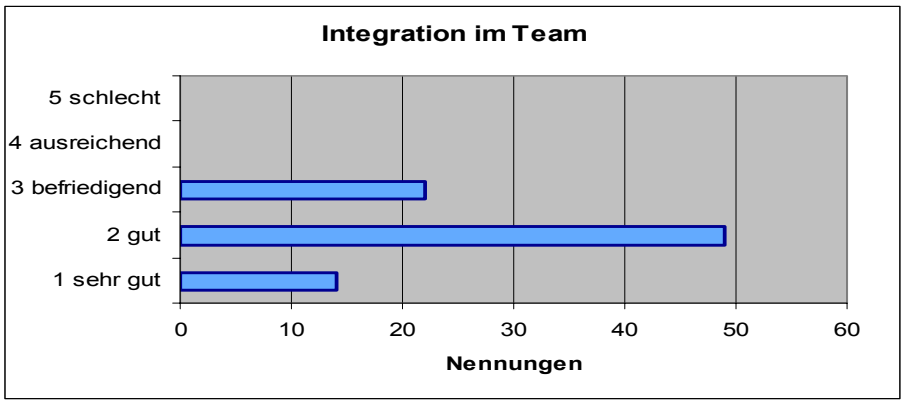
3.2.3 Integration und Qualifikation der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund

Die Mitarbeiter/innen mit Migrationhintergrund sind mehrheitlich bereits 4 bis 6 Jahre in den Betrieben beschäftigt. Viele dürften hauptsächlich während der Grenzöffnung nach 1989 aus den ehemals „sozialistischen“ Staaten Osteuropas zugewandert sein. Zeitgleich hatte die Altenpflege einen hohen Personalbedarf, der sich in den Diskussionen um den so genannten Pflegenotstand ausdrückte.

92 Prozent der Befragten gaben an, dass bei der Verweildauer im Betrieb kein Unterschied zwischen Mitarbeiter/inne/n deutscher Herkunft und denen mit Migrationshintergrund gesehen wird.



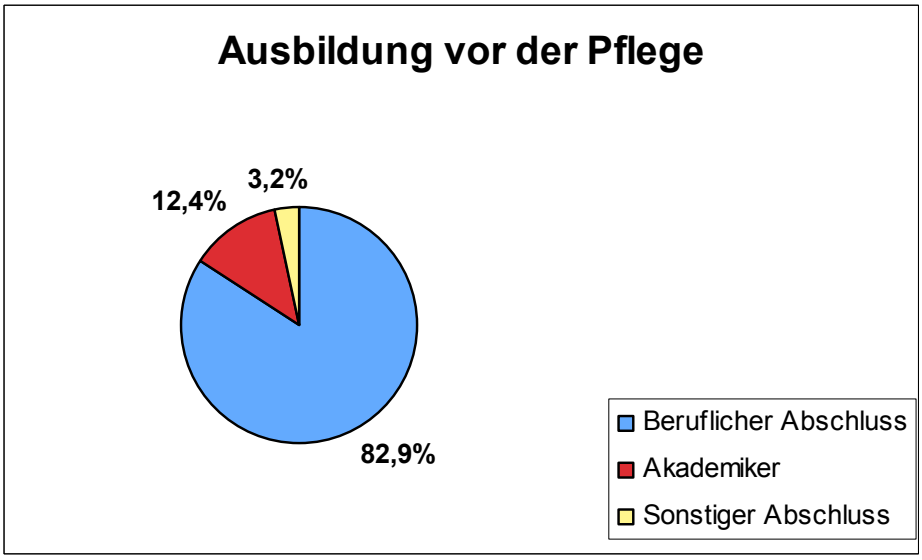
Fragt man nach der Integration dieser Menschen ins Pflegeteam, so wird mehrheitlich sehr positiv geantwortet. Wahrscheinlich verbirgt sich in der Altenpflege eine Erfolgsgeschichte gelungener Integration, sind doch die meisten Mitarbeitenden schon langjährig in den Betrieben beschäftigt und leisten dort qualifizierte Arbeit.



Die Hälfte der Pflegekräfte verfügt über eine mehrjährige Fachausbildung als Alten- oder Krankenpfleger/in. Damit entspräche die so genannte Fachkraftquote der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund der Quote für alle in Pflege und Betreuung eingesetzten Personen, die vom Statistischen Bundesamt für 2001 angegeben ist (48 Prozent; Pfaff 2003, S. 15). Die Forschungsgesellschaft für Gerontologie ermittelt allerdings die Fachkraftquote in Pflegeheimen nach Hochrechnung auf Vollzeitstellen auf gut 55 Prozent in NRW (FFG 2004, S. 33).

Die andere Hälfte der Mitarbeiter/innen wird als Alten-/Pflegehelfer/innen bezeichnet. Es kann aber nicht davon ausgegangen werden, dass alle Helfer/innen über eine einjährige Ausbildung verfügen, da bisher einheitliche Ausbildungsregeln für die Helferausbildung in der Pflege fehlen und auch das Pflegeversicherungsgesetz keine einheitlichen Standards setzt. 15% der Pflegehelfer/innen bekamen ihre Ausbildung aus dem Ausland in Deutschland anerkannt.

78 Frauen und 11 Männer mit Migrationshintergrund üben eine Leitungsfunktion aus (6,5 Prozent). Sie sind als Pflegedienstleitungen oder Wohnbereichs- bzw. Stationsleitungen eingesetzt.

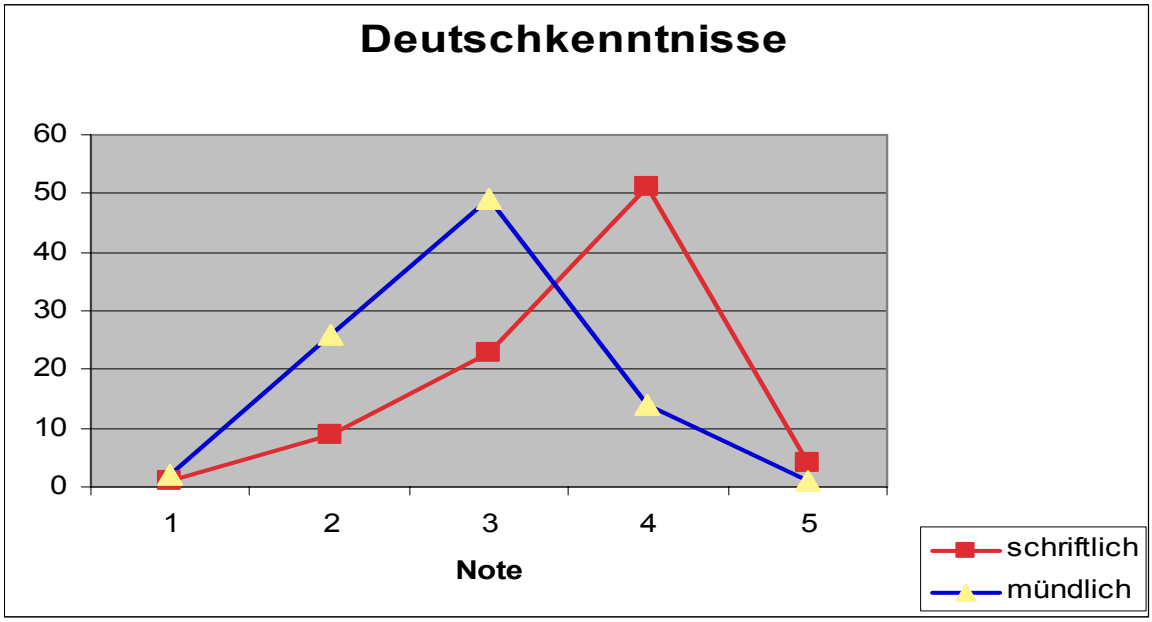


Mehr als die Hälfte der Mitarbeiter/innen hat vor der Beschäftigung in der Pflege eine berufliche oder akademische Ausbildung absolviert. Davon hatten fast 83

Prozent eine abgeschlossene Berufsausbildung und 12,4 Prozent einen akademischen Abschluss.[9]

3.2.4 Deutschkenntnisse

In der Bestandsaufnahme zeigen sich aus Sicht der Leitungen drängende Probleme auf, die sich auf die Qualität der Pflege auswirken können. Da stehen an erste Stelle die fehlenden Deutschkenntnisse der Pflegenden mit Migrationshintergrund.[10] Fähigkeiten im schriftlichen Ausdruck werden gerade einmal mit der Note ausreichend bewertet, was eine gute Dokumentation einschränkt. Mündlich werden die Kenntnisse mit befriedend eingeschätzt, was aber nicht viel ist, wenn man die zentrale Bedeutung der Kommunikation in der Altenpflege bedenkt. Die Ergebnisse gelten gleichermaßen für Spät-/Aussiedler/innen und für Ausländer/innen.[11]



Fehlende Deutschkenntnisse können eine Quelle für Missverständnisse sein. Dabei werden möglicherweise Einschätzungen in Frage gestellt, die für das Gegenüber selbstverständlich sind. Situationen werden im Kontext der Erfahrungen gedeutet und müssen daher sowohl sprachlich wie kulturell übersetzt werden. Der Spielraum für eine metakommunikative Vermittlung entstehender Konflikte ist bei fehlenden Sprachfähigkeiten häufig gering.

In der Kommunikation der Pflegeteams werden sowohl offizielle wie auch Alltagsbegriffe verwandt, deren Übersetzung vielfach nur im Kontext sinnvoll ist. Einige Begriffe sind in der Altenpflege und im Umgang mit älteren Menschen tabu.[12]

---

[9] Allerdings haben zu diesem Punkt nur die Hälfte der Einrichtungen Angaben gemacht.
[10] Vergleichszahlen für die sprachlichen Fähigkeiten deutscher Mitarbeiter/innen liegen nicht vor.
[11] „Im Laufe des letzten Jahrzehnts ist die Zahl derjenigen unter den Spätausgesiedelten drastisch angestiegen, die über nur geringe Deutschkenntnisse verfügen“ (MASQT 2000, S. 8).
[12] Menschen werden nicht gefüttert, ein älterer Mensch nicht mit Oma/Opa bezeichnet. Einige Begriffe müssen erlernt werden – was ist der Galgen, die Ente oder Egon? (MiA 2005).

Die Pflegedokumentation soll Auskunft über die Beziehung zwischen Bewohner/innen und Pflegenden sowie über die Durchführung der Pflege geben. Ihre Sprache soll knapp und präzise sein. Ihre Bedeutung steigt durch stärkere Verrechtlichung der Pflege.

3.2.5 Ressourcen und Probleme bei Migrationshintergrund

Es wurde gefragt, ob Pflegende mit Migrationshintergrund im Vergleich zum deutschen Personal besondere Stärken oder Ressourcen mitbringen. 18 Prozent der Antworten sahen keine besonderen Stärken. Die meisten Antworten bezogen sich auf Eigenschaften wie Zuverlässigkeit, Freundlichkeit und hohen Arbeitseinsatz.

Besondere Stärken (Mehrfachnennungen möglich)	**109 Nennungen**
Keine Stärken	**18**
hohe Einsatzbereitschaft	**9**
Zuverlässigkeit	**7**
sehr engagiert	**7**
sehr freundlich	**6**
sehr zugewandt	**6**
mehr Fleiß	**5**
Belastbarkeit	**5**
Flexibilität	**4**
Ausdauer	**4**
größeres Pflichtbewusstsein	**4**
Einfühlungsvermögen	**4**
hohe Lernbereitschaft	**3**
Anpassungsfähigkeit	**3**
Fremd-/Muttersprache	**3**
Geduld	**2**
Gute Fachkenntnisse	**2**
Pünktlichkeit	**1**
Natürlichkeit	**1**
Selbstbewusstsein gegenüber Ärzten	**1**
Umgang mit dem Thema Sterben	**1**
hohe soziale Kompetenz	**1**
geringer Krankenstand	**1**
Biographie/Geschichtsverständnis	**1**

Defizite werden bei den Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Pflegenden hauptsächlich im Bereich der Deutschkennt-

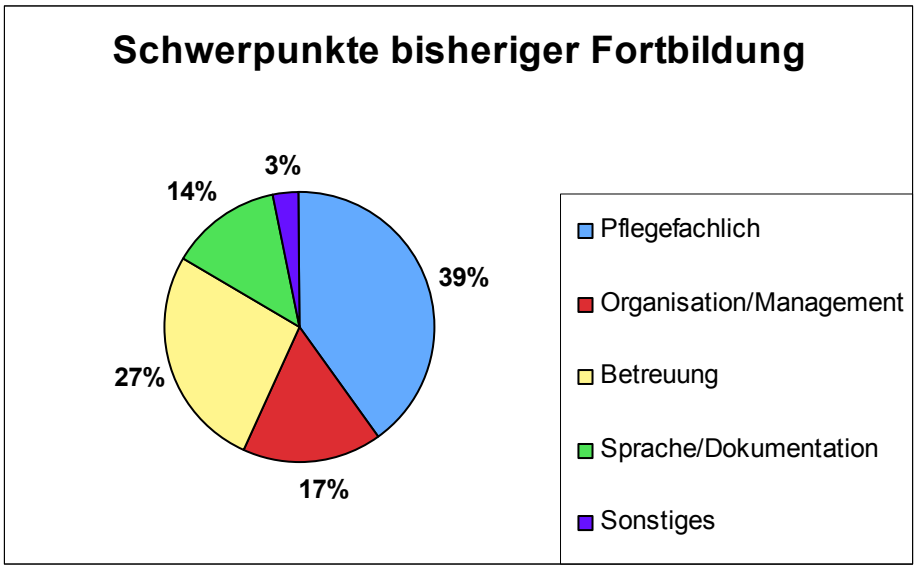
nisse, der Teamfähigkeit und dem Pflegeverständnis gesehen. Nur etwas mehr als 5 Prozent sahen keine Defizite im Vergleich zu deutschen Mitarbeiter/innen.

Besondere Defizite (Mehrfachnennungen möglich)	**117 Nennungen**
Deutsche Sprache	**38**
Sprache (schriftlicher Ausdruck)	**23**
Dokumentation	**18**
Kommunikation (mündlicher Ausdruck)	**9**
Keine Defizite	**6**
Teamfähigkeit/-integration	**5**
Kulturverständnis	**5**
Rechtschreibung	**2**
berufliches Selbstverständnis	**2**
geschlechtliche Rollenprobleme	**1**
Konflikt-/Problemlöseverhalten	**1**
Einfühlungsvermögen	**1**
Respekt vor der Selbstständigkeit der Bewohner	**1**
sprachliche Probleme mit Ärzten und Behörden	**1**
Unsicherheit bei Entscheidungen	**1**
eingeschränkte Flexibilität (durch Familie)	**1**
Nähe- und Distanzprobleme	**1**
Hohe Autoritätshörigkeit	**1**

Es stellt sich die Frage, ob die Ressourcen im Zuge der Personalentwicklung ausreichend gefördert werden können. Sprachliche Defizite mögen kulturelle Unterschiede und Verständnisprobleme kaschieren, denn die Symbolsysteme sind kulturell codiert.

3.2.6 Fort- und Weiterbildung

Die Einrichtungen wurden befragt, in welchen Bereichen ihre Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund bereits fortgebildet worden sind. In der Regel handelt es sich dabei um keine speziellen Bildungsmaßnahmen für Migrant/innen, sondern diese beteiligen sich an den üblichen Angeboten.



Spezielle Weiterbildungswünsche der Einrichtungsleitungen für ihre Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund beziehen sich vor allem auf die Bereiche Sprache, Kommunikation und schriftliche Dokumentation. Danach werden erst mit einigem Abstand die Bereiche Kulturverständnis und Betreuung alter Menschen benannt.

Weiterbildungsbedarf	Nennungen
Sprache (mündlich und schriftlich)	30
schriftlicher Ausdruck	6
Fachsprache	5
Dokumentation	5
Kommunikation	4
Kulturverständnis	4
Pflegeplanung	3
Verhalten gegenüber Heimbewohnern	3
Pflegeverständnis in Deutschland	3
Betreuung	2
Rhetorik	1
Gesundheitssystem	1
berufliche Verordnungen	1
Arbeitsorganisation	1
EDV	1
christliche Werte	1
gerontopsychiatrische Betreuung	1
deutsche Geschichte	1

Die Einrichtungsleitungen haben aber zu 66,7 Prozent Fortbildungsveranstaltungen gewünscht, die eintägig und hausintern durchgeführt werden sollen. Dieser enge Zeitrahmen ist für angemessene Maßnahmen der Sprachförderung wenig geeignet.

3.2.7 Ambulante Pflegedienste

Bisher wurden 16 Pflegedienste in die Studie einbezogen. Sie versorgten im Durchschnitt 2.500 Klient/innen. Der Anteil der Klient/inn/en mit Migrationshintergrund liegt bei 8 Prozent und ist damit höher als in der stationären Pflege.

In den 16 ambulanten Diensten sind etwa 1.500 Mitarbeiter/innen in der Pflege beschäftigt (sehr viele Teilzeitkräfte). 209 Mitarbeiter/innen (11 Prozent) haben einen Migrationshintergrund, deutlich weniger als im stationären Bereich.

Die Herkunftsgruppen sind in Pflegebereichen weitestgehend gleich. Im ambulanten Bereich haben Mitarbeiter/innen türkischer Herkunft ein stärkeres Gewicht. Die Fachkraftquote ist mit 54 Prozent in den ambulanten Diensten etwas höher als im stationären Bereich.

Diese Ergebnisse repräsentieren lediglich erste Trends, deren Aussagekräftigkeit durch weitere Untersuchungen geprüft werden muss.

16 Ambulante Pflegedienste

Klientinnen und Klienten gesamt	Mitarbeiter/innen gesamt	Mitarbeiterinnen (nur Frauen) gesamt	Fachkräfte** mit Miga*
2.535	1.948	1.839	108
Klientinnen und Klienten mit Miga*	**Mitarbeiter/innen mit Miga***	**Mitarbeiterinnen (nur Frauen) mit Miga***	**Helferinnen und Helfer mit Miga***
213	209	202	92

* Migrationshintergrund
** Frauen und Männer

4. Kulturalität in der professionellen Altenpflege

Die Pflege hat eine schon länger andauernde Zuwanderungsgeschichte. Bereits in den 1970er Jahren wurden Krankenschwestern aus Asien zu uns geholt, um Pflegenotstände zu beheben. (vgl. Beneker/Wichtmann 1994). Mit der Öffnung der Grenzen zu den Ländern des europäischen Ostens kamen nach 1990 auch Pflegende aus Polen, der ehemaligen Sowjetunion, Rumänien und dem früheren Jugoslawien etc. zu uns und im größeren Umfang auch in die Altenpflege. In einigen Städten Deutschlands, wie z. B. Frankfurt, gibt es Altenpflegeheime mit über 40 Prozent Migrantenanteil beim Personal (vgl. Ploch 2002).

Die Altenpflege in NRW wird auch in Zukunft auf Zuwanderung angewiesen sein. Die Potentiale dieser Beschäftigtengruppe dürfen nicht ungenutzt bleiben. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration empfiehlt, Wege zu suchen, um die Fähigkeiten und Kompetenzen von Menschen mit Migrationshintergrund „zu entdecken, anzuerkennen und weiter zu entwickeln“ (Die Beauftragte 2002, S. 198). Für die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten muss der Berufszugang und Verbleib in der Altenpflege durch geeignete Maßnahmen der Qualifizierung geebnet und damit ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung geleistet werden.

Der Migrationshintergrund beeinflusst das Handeln in personenbezogenen Dienstleistungen durch die persönlichen Biographien der Interaktionspartner stark. Für den Bereich der Pflege hat Leininger (1998) „kulturelle und sozio-strukturelle Dimensionen“ benannt und ihren Einfluss, Ausdrucksweisen, Muster und Methoden für die „Fürsorge“ beschrieben. Der soziokulturelle Hintergrund von Mitarbeiter/inne/n und Klient/inn/en in der Altenpflege sollte stärker reflektiert werden. Notwendig ist eine Kompetenzförderung, die mehr kulturelles Bewusstsein, Wissen und Sensibilität erreicht (vgl. Papadopoulos 2003, S. 88).

In der deutschen Altenpflege spielt die Interkulturalität bisher eine geringe Rolle und anscheinend zeigt sich hier noch kein dringender Handlungsbedarf. Erst allmählich nehmen Politik und Öffentlichkeit wahr, dass Menschen mit Migrationshintergrund das medizinische und pflegerische Angebot benötigen, und dass unser Gesundheitssystem nur unzureichend auf die Bedürfnisse dieser Klienten vorbereitet ist (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2002).

Die Integration der Menschen mit Migrationshintergrund in das Pflege- und Gesundheitssystem funktioniert nicht reibungslos, denn es zeigen sich abweichend von der deutschen Bevölkerung andere Gesundheits- und Pflegebedürfnisse. Das Altern von Migrant/inn/en weist „im Allgemeinen Unterschiede zu dem der ‚geborenen‘ Deutschen auf, die im Bedarfsfall modifizierte, womöglich auch gänzlich neue Konzepte für Politik, Verwaltungshandeln und die Angebots- und Versorgungsinfrastruktur für ältere Menschen erfordern“ (Schmidt 2003, S. 13). Die Bedürfnisse der Klienten der Altenpflege werden multikulturell. Altenhilfeangebote müssen eine größere Vielfalt aufweisen.

Im Alter spielen Gesundheit und Krankheit, die materielle Sicherheit und die Qualität des sozialen Netzes für die Erhaltung der Selbstständigkeit eine besondere Rolle. Die Bedingungen für ein autonomes und sinnerfülltes Leben

werden sich aber mit dem technischen Fortschritt und zunehmender Individualisierung ändern. Es wird mehr alte Menschen geben, doch die werden ihr Schicksal mehr in die eigenen Hände nehmen wollen, wenn auch die Belastungen durch alterstypische Verluste zunehmen. Diese Entwicklungen gleichen sich in allen Ländern der Europäischen Union und daher sind Modelle im internationalen Vergleich sehr interessant (vgl. Booij/Bergen 2003).

Die Altenpflege besteht zuallererst aus der Interaktion mit einzelnen in der Regel unterstützungsbedürftigen Menschen, in zweiter Linie aus Management oder Pädagogik. Multikulturelle Pflegeteams haben besondere Ressourcen für Pflege älterer Menschen und die Teamarbeit. Die Interaktionen innerhalb der Mitarbeitergruppen und mit den Klient/inn/en sind nicht immer spannungsfrei. Aufgeführt werden häufig Sprach- und Kommunikationsprobleme, unterschiedliches Pflegeverständnis und abweichende Arbeitshaltungen. Zahlreiche Pflegekräfte mit Migrationshintergrund haben in ihren Herkunftsländern qualifizierte Ausbildungen durchlaufen, deren schulische Voraussetzungen nicht selten höher waren als beim deutschen Personal, die aber zumeist eher medizinische Schwerpunkte hatten. Selbst die Pflegeausbildung in vielen Ländern Afrikas und Asiens ist häufig an den ehemaligen Kolonialmächten Großbritannien, Niederlande und Frankreich orientiert und damit im Niveau (Akademisierung) und in den Inhalten der deutschen Ausbildung überlegen.

Das Pflegemanagement muss die Ressourcen im Sinne der Personalentwicklung multikultureller Teams fördern. Die Mehrsprachigkeit ist eine besondere Fähigkeit von Pflegenden mit Migrationshintergrund, die grundsätzlich bei Verstehensproblemen mit älteren Menschen nützlich sein kann. Unterschiedliches Pflege- und Krankheitsverständnis kann einen hilfreichen Perspektivenwechsel erbringen, der kreative Lösungen für Pflegeprobleme erleichtert und somit Voraussetzungen für Innovationen schafft. Doch kommen diese Ressourcen nicht von allein zum Tragen, sondern sie müssen erkannt und gefördert werden (Human Resources Management – Management of diversity). Dem Pflegemanagement kommt hier eine wichtige Aufgabe zu, da auch zukünftig multikulturelle Pflegeteams unsere Realität bestimmen werden. Der interkulturelle Dialog muss entwickelt und interkulturelle Arbeit Bestandteil von Karriereplanung und Qualitätsentwicklung werden.

Anhang: Fragebogen für stationäre Altenpflegeeinrichtungen

A. Angaben zu Ihrer Einrichtung	
1. Merkmale Ihrer Einrichtung. (z.B. Ev./Kath. Alten- und Pflegeheim Bonn, AWO- Seniorenzentrum, etc.)	a. Name .... b. Ort .....
2. Welche Angebote bietet Ihre Einrichtung an? (mehrere Antworten möglich)	❒ Betreutes Wohnen für Senioren ❒ Stationäre Altenpflege ❒ Teilstationäre Altenpflege/Kurzzeitpflege ❒ Sonstiges: .....
3. Zu welchem Bereich gehört Ihr Träger?	❒ Privatwirtschaftlich ❒ Freie Wohlfahrtspflege ❒ Kommunal ❒ Sonstiges:.....
4. Wie viele Bewohner/innen versorgen Sie im Rahmen Ihrer stationären Altenpflege? Wie viele sind Migrant/innen? (Schätzwerte zulässig)	Bewohner/innen gesamt …… Bewohner/innen mit Migrationshintergrund Anzahl .....
B. Angaben zu Ihren Beschäftigten	
5. Wie viele Mitarbeiter/innen beschäftigt Ihre Einrichtung?	Insgesamt ..... davon männlich .....
6. Wie viele Ihrer Mitarbeiter/innen sind im Bereich der Pflege beschäftigt?	Insgesamt ..... davon männlich .....
7. Wie viele Ihrer Pflegekräfte haben einen Migrationshintergrund?	Insgesamt ..... davon männlich .....
8. Beschäftigen Sie Altenpflegeschüler/innen. Wie viele haben einen Migrationshintergrund?	Insgesamt ..... davon mit Migrationshintergrund .....

Bitte wenden

C. Angaben zu Ihren Pflegekräften mit Migrationshintergrund	
9. Welchen Zuwanderergruppen gehören die Pflegekräfte an?	(bitte möglichst alle Gruppen benennen)
a. (Spät-) Aussiedler/innen	insgesamt .....
b. Zugewanderte Arbeitnehmer/innen (Erste Generation Einwanderer, auch EU- Angehörige)	insgesamt ..... ohne deutschen Pass ..... mit deutschem Pass .....
c. Migrant/innen zweiter Generation (Geburt u./o. Schule in Deutschland, Deutsch nicht Muttersprache)	insgesamt ..... ohne deutschen Pass ..... mit deutschem Pass .....
d. Flüchtlinge, Asylbewerber/innen	insgesamt .....
e. sonstige nichtdeutsche Pflegekräfte (z.B. nach Beschäftigungsverordnung)	insgesamt .....
10. Benennen Sie bitte die drei häufigsten Herkunftsländer.	1 ..... 2 ..... 3 ..... Sonstige Herkunft: .....
11. Wie viele Ihrer Beschäftigten mit Migrationshintergrund sind als Fachkräfte mit staatlich anerkannter Ausbildung in der Kranken- oder Altenpflege eingestellt?	Insgesamt ..... davon männlich .....
12. Wie viele Ihrer Pflegemitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund sind Alten/Pflegehelfer/innen?	Insgesamt ..... davon männlich .....
13. Wo sind die Pflegehelfer/innen ausgebildet worden?	in Deutschland ..... im Ausland .....
14. Wie viele Ihrer Beschäftigten mit Migrationshintergrund haben in ihrer Heimat *eine andere Ausbildung* absolviert? Welche Ausbildungen?	Insgesamt ..... davon Akademiker ..... berufliche Ausbildung ..... sonstige .....
15. Wie lange sind Ihre Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Durchschnitt bereits bei Ihnen beschäftigt?	❒ unter 1 Jahr ❒ Seit 1 bis 3 Jahren ❒ Seit 4 bis 5 Jahren ❒ Seit 6 bis 10 Jahren ❒ Länger als 10 Jahre

16. Sind Ihre deutschen Pflegekräfte *ohne* Migrationshintergrund im Durchschnitt genauso lange bei Ihnen beschäftigt?	❒ Ja, da würde sich in etwa das gleiche Bild ergeben. ❒ Nein, bei Migrant/innen ist die Kontinuität größer. ❒ Nein, Migrant/innen bleiben meist nicht so lange bei uns.
17. Wie beurteilen Sie die Integration von Pflegenden mit Migrationshintergrund im Team?	bitte kreuzen Sie an: (sehr gut - schlecht integriert) ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ 1 2 3 4 5
18. Verfügen Ihre Pflegekräfte mit Migrationshintergrund über besondere Stärken? Sehen Sie wichtige Unterschiede in der Pflege?	❒ nein ❒ ja und zwar ....
19. In welchen Bereichen sehen Sie größere „Defizite“ ihrer Pflegekräfte mit Migrationshintergrund?	❒ keine Defizite (im Vergleich zu deutschen Pflegenden) ❒ Defizite im Bereich:..... .....
20. Wie schätzen Sie die Deutschkenntnisse Ihrer Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ein?	bitte kreuzen Sie an: (sehr gut - mangelhaft) schriftlich: ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ 1 2 3 4 5 mündlich: ❒ ❒ ❒ ❒ ❒
21. Wie viele Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund haben Leitungsaufgaben inne? (Heim- und Pflegedienstleitung, Wohnbereichs/Stationsleitung)	Insgesamt ..... davon männlich .....
D. Fortbildungsbedarf	
22. In welchen Bereichen ist Ihr Pflegepersonal mit Migrationshintergrund weitergebildet? (mehrere Antworten möglich)	❒ Pflegefachlich ❒ Organisation und Management ❒ Betreuung der Bewohner/innen ❒ Sprache ❒ Sonstiges .....
23. Wie sollten Fortbildungen angeboten werden? (bitte kreuzen Sie 2x an)	❒ hausintern ❒ extern ❒ eintägig ❒ mehrtägig
24. Sehen Sie einen speziellen (Nach-) Qualifizierungsbedarf für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund?	❒ nein ❒ ja und zwar ....

Vielen Dank!
Ihr Projektteam MigA

Literatur

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Köln

Benecker, H./Wichtmann, E. (1994): Grenzüberschreitende Dienstpläne. Frankfurt/Main

BiB, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2000 und 2004): Bevölkerung, Fakten – Trends – Ursachen – Erwartungen. Wiesbaden

Booij, J./ Bergen, C. von den (2003): Erneuerung der Altenpflege in den Niederlanden und Europa. In: Friebe/Zalucki (2003): a. a. O., S. 100 - 115

Dewe, B./Ferchhoff, W. (1991): Zum Interaktionsprozess zwischen „Experten“ und „Klienten“ im Rahmen sozialer Dienstleistungen, in: Flick, U. et al.: Handbuch Qualitative Sozialforschung, S. 330 - 331.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002): Bericht 2002. Berlin

Flick, U. et al. (1991): Handbuch Qualitative Sozialforschung. München

Friebe, J./Zalucki, M. (2003): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld

FFG – Forschungsgesellschaft für Gerontologie (2004): Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Dortmund

Interministerielle Arbeitsgruppe ‚Demografischer Wandel’(2005): Den demographischen Wandel in Nordrhein-Westfalen gestalten. Herausforderungen annehmen – Chancen nutzen. Düsseldorf

Landtag Nordrhein-Westfalen(2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW – Bericht der Enquete Kommission. Düsseldorf

LDS-NRW, Landesinstitut für Statistik: Statistischer Jahresbericht 2002, Statistischer Jahresbericht 2004. Düsseldorf

Leininger, M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg

MASQT, Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW (2000): Zuwanderung und Integration in NRW – Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe ‚Zuwanderung’ der Landesregierung. Düsseldorf

MGSFF, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (2002): Zuwanderungsstatistik Nordrhein-Westfalen – Zahlenspiegel. Düsseldorf

MGSFF, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (2004): Zuwanderung und Integration in Nordrhein-Westfalen – 3. Bericht der Landesregierung. Düsseldorf

MiA – Migrantinnen in die Arbeitswelt (2005): Pflegerelevante Fachbegriffe – Deutsch-Deutsch erklärt. Berlin

Papadopoulos, I. (2003): Das Lehren transkultureller Pflege an einer britischen Universität. In: Friebe/Zalucki (2003): a. a. O., S. 85 - 99

Pfaff, H. (2003): Personalsituation in der Pflege im Spiegel der Pflegestatistik vom 15.12.2001. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe: Dokumentation der KDA Fachtagung. Köln, S. 15

Ploch, B. (2002): Beschäftigung von Migrant/innen in der Altenpflege – Frankfurt am Main als Beispiel, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, www.die-bonn.de. Bonn

Schmidt, W. (2003) Alter – Migration – Qualifizierung, in: Friebe/Zalucki S.13 - 28

Schwartz, F. W. et al. (2000): Das Public Health Buch. München

Statistisches Bundesamt (2004): Mikrozensus. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2003): 4. Bericht, Pflegestatistik 2001. Bonn

Statistisches Bundesamt (2005): 4. Bericht, Pflegestatistik 2003. Bonn

Tews, H. P. (1993): Neue und alte Aspekte eines Strukturwandels des Alters, in: Naegele, G./Tews, H. P. Lebenslagen im Strukturwandel des Alters, S. 15 - 42. Opladen

Treibel, Annette (1999): Migration in modernen Gesellschaften. Weinheim