Jens Friebe

Pflegeperspektiven in einer globalisierten Welt

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
Dezember 2005

Online im Internet:
URL: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2005/friebe05_02.pdf
Dokument aus dem Internetservice texte.online des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung
http://www.die-bonn.de/publikationen/online-texte/index.asp

Abstract

Jens Friebe (2005): Pflegeperspektiven in einer globalisierten Welt

Der Text gibt den Vortrag wider, den Dr. Jens Friebe am 12.09.2005 auf der Internationalen Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft in Nürnberg gehalten hat.
Globalisierung ist die weltweite Ausbreitung des westlichen Wirtschaftssystems, der Kommunikation, des Transports und der Dienstleistung. Auch der Pflege- und Gesundheitsbereich internationalisiert sich zunehmend, was an den internationalen Gesundheitskonzernen, der Mobilität der Beschäftigten und Klient/inn/en sowie an grenzüberschreitenden Konzepten gut erkennbar ist. Welche Schritte muss die Pflegewissenschaft angesichts dieser Herausforderungen gehen? Anhand der Situation des Pflegepersonals mit Migrationshintergrund und Beispielen aus der Altenpflege werden Forschungsthemen der Pflegewissenschaft aus inter- bzw. transkultureller Perspektive aufgezeigt.

Autor

Dr. Jens Friebe ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des DIE im Programm „Lehre in der Weiterbildung“.

Jens Friebe: Pflegeperspektiven in einer globalisierten Welt

Pflegeperspektiven in einer globalisierten Welt 2
1. Globalisierung der Dienstleistungen 2
2. Internationale Gesundheits- und Pflegemärkte 3
3. Weltweite Technologie und Konzepte 4
4. Migration, internationale Arbeitsmärkte 5
5. Soziokulturelle Globalisierung 7
6. Schlussfolgerungen 8
Literatur 10

Vortrag von Dr. Jens Friebe, gehalten am 12.09.05, Internationale Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft in Nürnberg

Pflegeperspektiven in einer globalisierten Welt

Ich möchte mein Thema aus deutscher Sicht betrachten und werde daher nach den Einflüssen der Globalisierung im deutschen Pflegebereich suchen. Dadurch verknüpfen sich inter- oder transkulturelle Aspekte der Pflege mit internationalen Aspekten – und dies betrachte ich als interessantes Spannungsfeld von Pflege und Kultur. Wenn dabei die Analyse von Gesundheit und Pflege in der Weltgesellschaft, insbesondere die Ungleichheit zwischen den Industrieländern des Westens und den Ländern der so genannten Dritten Welt zu kurz kommt, so verbirgt sich dahinter keine Rangskala der Wichtigkeit, sondern nur eine Konzentration auf einen Teilaspekt bei begrenzter Vortragszeit.

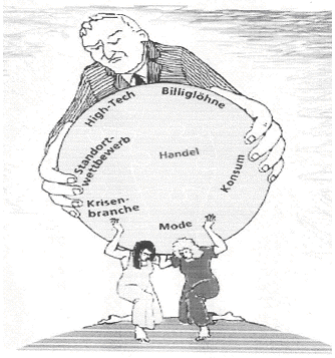
Ich werde meinen Vortrag wie folgt gliedern:
1. Globalisierung der Dienstleistungen
2. Internationale Gesundheits- und Pflegemärkte
3. Weltweite Technologie und Konzepte
4. Migration, internationale Arbeitsmärkte
5. Soziokulturelle Globalisierung
6. Schlussfolgerungen

1. Globalisierung der Dienstleistungen

Globalisierung bezeichnet die zunehmende Internationalisierung der Finanz-, Waren- und Dienstleistungsmärkte. Es handelt sich um die weltweite Ausbreitung des westlichen Wirtschaftssystems – und nicht um die Angleichung verschiedener Systeme.

Globalisierung ist die weltweite Entfaltung des westlichen Wirtschaftssystems, der Kommunikation, des Transports und der Dienstleistung

- **Ökonomie, Welthandel steigt weiter an, Unternehmen sind multinational**
- **Offene Finanzmärkte, entkoppelt von der Warenwirtschaft**
- **Technologie, Verfahren, Konzepte weltweit standardisiert, Patente,**
- **Politik und globale Gesundheitsprobleme**
- **Kulturelle Nivellierung, Angleichung der Lebensweisen**



Bundeszentrale für politische Bildung 1997

(Grafik aus Gugel/Jäger 1999, Arbeitsblatt 19)

Zahlreiche Beispiele dokumentieren den Globalisierungsprozess: Geringere Bedeutung nationaler Grenzen, die Macht multinationaler Unternehmen, minutenschnelle weltweite Geldanlagen (die z. B. Ölpreise verändern), Kommunikation mittels Internet, internationale Standards für Verfahren und politische Konzepte.

Im Gesundheitsbereich verlieren die Strategien der Weltgesundheitsorganisation WHO, wie das Leitmotiv „Gesundheit für alle“, an Einfluss, während die Liberalisierung der nationalen Dienstleistungsmärkte im Zuge des „General Agreement on Trade in Services“ (GATS) der Welthandelsorganisation immer stärkere Bedeutung bekommt. Das GATS ist zwar noch nicht endgültig verhandelt, doch haben die Beteiligten bereits eine weitere Öffnung ihrer Gesundheitssysteme zugesagt. Dies bedeutet: Grenzüberschreitenden Konsum nicht behindern, Geldtransfer (Fonds und Spekulanten) erlauben, Mobilität von Arbeitskräften (bei Anerkennung von Berufsabschlüssen) zulassen, öffentlich geförderte Bereiche für private Investoren öffnen.

2. Internationale Gesundheits- und Pflegemärkte

Unter dem Aspekt der Gesundheit und der Lebensbedingungen wird die Welt nicht homogen, sondern immer mehr ungleich! Betrachten wir nur einmal die durchschnittliche Lebenserwartung in Afrika mit ca. 50 Jahren im Vergleich zu der in Deutschland mit 77 Jahren oder Japan mit 80 Jahren.

Entwicklungen im Gesundheitsbereich werden immer globaler, denn Schadstoffe, Krankheitserreger, Drogen oder gefährliche Medikamente kennen keine Grenzen. Außerdem werden bisher öffentlich organisierte soziale Räume zunehmend privatisiert, um dann im zweiten Schritt dem internationalen Kapital Zugriff zu gewähren – insofern ist die Gründung einer GmbH als Träger einer Pflegeeinrichtung nur die Vorstufe des Engagements internationaler Gesundheitskonzerne. Von ca. 3500 deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen haben nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft inzwischen 1/3 private Träger (vgl. www.dkgev.de, unter „Zahlen und Fakten“). Laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (2005) sind bundesweit 35% der Altenheime und 41% der ambulanten Dienste inzwischen in privater Hand. Welche Beispiele internationaler Verflechtung finden sich auf den Websites der Unternehmen?

- Hospital Corporation of America (HCA) besitzt Kliniken in den USA, Kanada, Schweiz und Großbritannien (6 Kliniken in London).
- Capio AB, ein schwedischer Konzern, hat Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in Skandinavien, Großbritannien, Frankreich und Spanien.
- Asklepios (hält 49,9% der Landesbetriebe Hamburg) ist expandierend auf dem deutschen Markt, betreibt als Pacific Health Company Krankenhäuser in Kalifornien.
- Wittgensteiner Kliniken AG (eingebunden in den Fresenius Konzern) kauft zurzeit Kliniken in Tschechien auf.
- Rhön Klinikum AG (ca. 40 Kliniken, finanziell stärkste der 7 in Deutschland börsennotierten Krankenhauskonzerne) engagiert sich in hochtechnisierter Medizin bzw. Herzzentren (Klinikum Wuppertal).
- Helios GmbH hat in Deutschland und Österreich Kliniken und Helios Residenzen.
- Curanum AG ist Betreiber von ca. 45 Pflegeeinrichtungen in Deutschland und Österreich (erwirbt aber nicht die Immobilien).
- Marseille Kliniken hat Alteneinrichtungen an mehr als 40 Standorten in Deutschland. 12 Einrichtungen sind letztlich an den amerikanischen Investor von General Electric im Rahmen eines „Sale-and-leaseback-Geschäft“ verkauft worden.

Die ambulante Pflege kennt den formellen Bereich, geregelt durch das Pflege-Versicherungsgesetz und einen informellen Bereich, auf dem osteuropäische Anbieter kostengünstige Pflege leisten. Im Bereich der „24 Stunden-Versorgung“ ist es fast üblich geworden, Frauen mit Touristenvisum, z. B. aus Rumänien, Ukraine oder Weißrussland, bei Kost und Logis für 200 Euro pro Woche zu beschäftigen. Die Pflege wird hier Bestandteil der Schattenwirtschaft, die auch in Deutschland nach Schätzungen des Deutschen Instituts

für Wirtschaftsforschung mehr als eine Millionen Menschen aus dem Ausland beschäftigt (Enste/Schneider 2005).

Weitere Beispiele liefern Wellness-Angebote, Schönheitschirurgie und Zahnbehandlungen in Tschechien oder Ungarn. Auch über den Tod hinaus zeigt sich die Globalisierung, wenn sogenannte „Discount-Bestatter“ Angebote unter 1000 Euro, anstatt der üblichen 4000 Euro, machen. Die ZEIT berichtete Ende August aus Berlin, dass dort ein kostengünstiger Sarg samt Ausstattung oft aus der Ukraine käme und der Leichnam zur Einäscherung nach Tschechien transportiert würde. Die Urne bleibt anonym oder kommt kostengünstig zurück. Bei einer Erdbestattung stammt der Grabstein womöglich aus Indien, wo er vielleicht durch Kinderarbeit gewonnen wurde (vgl. Chrismon 9/2005).

Festzuhalten ist, dass diese Entwicklungen nicht Ergebnis von Naturgesetzen, sondern politischer Entscheidungen sind. Gesundheit und Pflege sind nicht länger öffentliche Güter, denn sie werden in die Verantwortung des Einzelnen übergeben. Märkte expandieren, orientiert am zahlungsfähigen Kunden – dass dies „Rosinenpickerei“ beinhaltet, verwundert nicht. Der Staat argumentiert mit Sparzwängen und sorgt nur noch für eine Grundversorgung. Der Rückzug der Nationalstaaten aus dem Gesundheitsbereich findet weltweit statt und ist in einigen Ländern extrem ausgeprägt (z. B. Chile). Viele Entwicklungsländer geben inzwischen mehr Geld für die Tilgung ihrer Schulden als für die Gesundheit aus.

3. Weltweite Technologie und Konzepte

Technologien, Therapeutische Mittel, Diagnosen und Programme werden weltweit eingesetzt

- Pharmaproduktion (25% Weltmarktanteil der EU)
- Medizintechnik (15% deutscher Weltmarktanteil)
- Medizinische und Pflegemittel (B. Braun AG, Hartmann international u.a.)
- Systeme (DRG, RAI, PLAISIR, Managed Care etc.)
- Diagnosen (ICD - WHO, NANDA, ICNP)



(Foto Friebe privat)

Die Globalisierung des Gesundheitsmarktes hat durch das Internet natürlich einen rasanten Schub erhalten. Bei der Medizintechnik und der Pharmaproduktion gehören auch deutsche Unternehmen weltweit zur Spitze der Produzenten. Bei der weiteren Ausweitung stören bisher noch nationale Apothekenmonopole, die aber zunehmend von den Gesundheitskonzernen angekratzt werden. Dass die Liberalisierung der Gesundheitsmärkte von den Konzernen zu ihren Gunsten interpretiert wird, zeigt die Debatte um Nachahmerpräparate (Generika). Die Konzerne berufen sich bei der Herstellung von AIDS-Medikamenten auf das Abkommen zum „Schutz des intellektuellen Eigentums – TRIPS“ und die Finanzierung von Forschungs- und Entwicklungskosten. Doch gleichzeitig lassen sie sich traditionelle Mittel, z. B. aus Indien oder Afrika, patentieren, ohne dafür Leistungen zu erbringen.

Auf der Ebene der Konzepte haben zurzeit die DRGs (Diagnosis Related Groups), die in den 1970er Jahren in den USA entstanden sind, besondere Bedeutung. Die Einführung des kanadischen Personalbemessungssystems PLAISIR ist zwar in Deutschland zunächst gescheitert und das US Assessment Instrument RAI noch nicht so richtig verbreitet. Vielleicht ist das aber nur eine Frage der Zeit, wann Know-how und Technik in der Altenpflege reif für derartige Konzepte sind. Im Feld der Diagnosen sind wir bereits gewöhnt, mit internationalen Schlüsseln zur arbeiten: International Classification of Diseases (ICD) der WHO Pflegediagnosen NANDA oder International Classifikation Nursing Practice (ICNP).

Nun sind diese Konzepte ja gar nicht schlecht und oft der ungesteuerten Praxis überlegen. Dennoch stecken hinter fachlichen Debatten oft gesellschaftliche Entwicklungen, denn die genannten Konzepte gehen alle von einem standardisierten Menschenbild aus. Krankheit und Pflegebedürftigkeit lässt sich danach objektiv bemessen, mit klaren Merkmalen und Maßnahmen verbinden – kurz sie ist weltweit definierbar. Bedenken, die wir gegenüber einer Übernahme der amerikanisch geprägten Pflegetheorie hatten, scheinen bei der Übertragung von Techniken und Konzepten nicht so gravierend zu sein. In der Gesundheitswissenschaft wird hingegen seit einiger Zeit die Frage diskutiert, ob die Medizin universell sein kann. Wahrscheinlich kann man davon ausgehen, dass die Übertragbarkeit von Konzepten im Bereich der Akutmedizin gegeben ist, diese aber nur einen kleineren Anteil an allen gesundheitlichen Leistungen hat. Doch die schnelle Verbreitung der Konzepte hat wohl andere Gründe. Sie erleichtern die digitale Verarbeitung der Informationen im Gesundheitsbereich, steuern die Finanzströme, obwohl die Kostenersparnis oft nicht belegt ist. Sie machen somit den unterstützungsbedürftigen Menschen zum „Fall“, was zu Lasten der Berücksichtigung der Kulturalität und Individualität gehen kann.

4. Migration, internationale Arbeitsmärkte

Es sind nicht nur Waren und Konzepte, die weltweit in Bewegung sind, sondern auch Menschen. Allein 13 Millionen Flüchtlinge gibt es laut UN (Wochenschau 2002, S. 52) die Zahl der Arbeitsmigrant/inn/en ist nicht berechenbar.

Pflegekräfte, Ärzte und Patienten bewegen sich auf internationalen Märkten

- Patienten finden im Ausland Preisvorteile
- Medizinisches Personal findet bessere Bezahlung
- Pflegende gleichen Personalmangel aus

Zuwanderung nach den Interessen der Aufnahmeländer?

Deutsche Patienten reisen zur Behandlung nach Osteuropa, Engländer nach Indien, Menschen aus den Emiraten nach Deutschland – alles, was in der Medizin planbar ist, kann günstigeren Preisen und höheren Leistungen folgen.

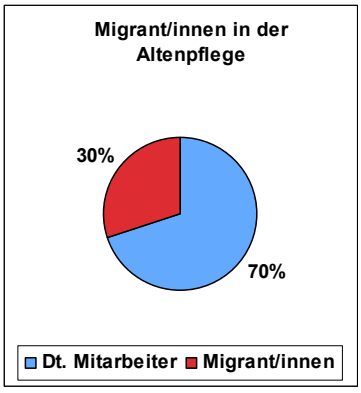
Medizinisches Personal wird mit guten Arbeitsbedingungen und Gehältern in zahlungskräftige Länder gelockt. Die britische Ärzteorganisation – so konnte man letztlich in der Westdeutschen Allgemeinen Zeitung (24.08.05) lesen – hat Großbritannien vorgeworfen, Afrika systematisch seiner Ärzte und Krankenschwestern zu berauben. So arbeiteten z. B. in Birmingham mehr Ärzte aus Malawi, als in Malawi selbst. Gut ausgebildete Leute migrieren und das heißt Verlust von Wissen. „Brain Drain“ vom Land in die Stadt, von der Peripherie ins Zentrum, vom öffentlichen zum privaten Dienst. Die westlichen Länder benötigen

offensichtlich „Entwicklungshelfer/innen“ oder Arbeitskraftreserven und suchen sich die Einwanderer immer stärker nach ihren eigenen Bedürfnissen aus. Internetanbieter (GlobalNursesonline.com) bieten internationale Vermittlung. Dabei ist die Anzahl der Pflegenden in den WHO-Regionen Ostasien, Afrika jetzt schon viel geringer als etwa in den USA oder Europa: Zum Beispiel arbeiten fast 70% der Pflegenden aus den Philippinen im Ausland, sind 50% der Stellen in Jamaika unbesetzt, da die Menschen in die USA abwandern etc. Dies bleibt nicht ohne Folgen für das Gesundheitssystem der Herkunftsländer der Migrant/inn/en.

In Deutschland liegen bisher keine exakten Zahlenangaben zum aktuellen Stand des Pflegepersonals mit Zuwanderungs- oder Migrationshintergrund vor. Die statistischen Daten zur Einwanderung sind unzureichend, denn sie dokumentieren nur Bevölkerungsgruppen mit rechtlichem Ausländerstatus. Die Kategorie Migrationshintergrund benennt aber auch eingebürgerte Ausländer/innen, die weiteren Zuwanderergenerationen sowie Spät- und Aussiedler/innen. In der Pflege und besonders in der Altenpflege ist der Beschäftigtenanteil Pflegender mit Migrationshintergrund hoch.

Das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung hat im Auftrag des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie rund 100 Altenpflegeeinrichtungen zur ihrem Pflegepersonal befragt (vgl. Friebe 2005): In den beteiligten Einrichtungen hatten ca. 1600 Mitarbeitende in der Pflege einen Migrationshintergrund. Dies entspricht einem Anteil von 30%. Der Anteil von Migrantinnen in der Altenpflege ist damit doppelt so hoch wie bei der Bevölkerung in NRW allgemein.

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung



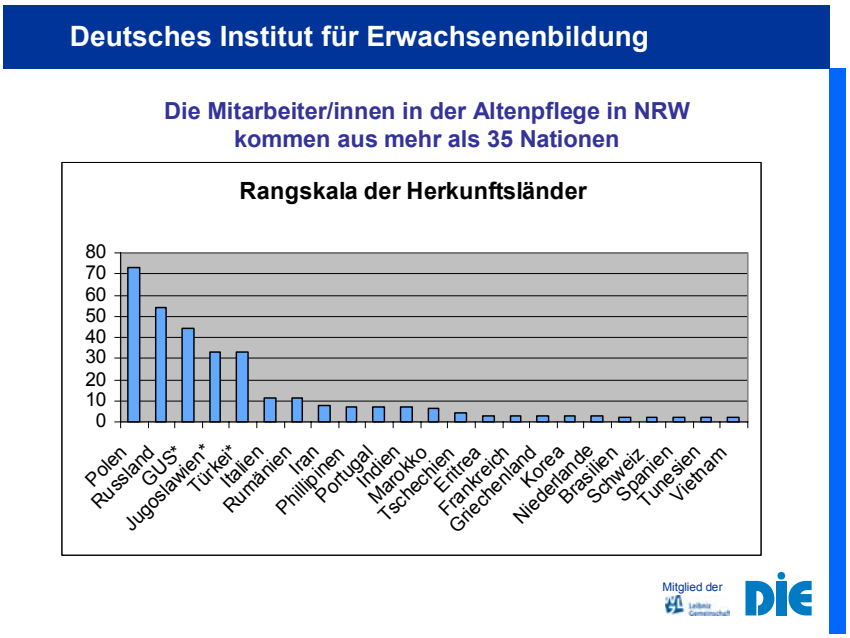
Befragung von 96 stationären Altenpflege-einrichtungen in NRW: In den beteiligten Einrichtungen waren 5.495 Pflegekräfte beschäftigt. Davon hatten 1.674 Mitarbeiter/innen einen Migrationshintergrund.

Mitglied der Leibniz Gemeinschaft DIE

Mehr als die Hälfte (58%) der Pflegenden mit Migrationshintergrund werden als Spät-/Aussiedler/innen bezeichnet. Sie sind „deutschstämmig“ oder haben deutsche Angehörige, lebten aber seit Generationen im Ausland.

Mit ca. 26% folgen Menschen der ersten Zuwanderergeneration, vor allem aus Südeuropa und der Türkei.

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



Die Pflegemitarbeiter/innen mit Migrationhintergrund kommen aus 31 verschiedenen Nationen. Die häufigsten Herkunftsländer sind Polen und die Nachfolgestaaten der UdSSR, gefolgt von den Staaten des ehemaligen Jugoslawiens und der Türkei.

Schon während 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 und auf den Philippinen, für die Krankenhäuser angeworben und sie ist noch heute in Altenpflegeeinrichtungen beschäftigt. Es findet 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 Asien, Südamerika und Afrika. Welche Bedeutung haben diese Zahlen?

5. Soziokulturelle Globalisierung

Altenpflege ist personengebundene Dienstleistung, die sich über Sprache und Kommunikation vermittelt. Sprache, Begriffe und Ausdrucksweisen sind nicht inhaltsfrei, sondern an Vorstellungen, Erfahrungen, Bewertungen gebunden. Sie beinhalten das Kultur- und Pflegeverständnis. Unsere Sozialisation, Wahrnehmungen und Weltanschauungen gehen in den Pflegeprozess ein. Manches, was als Natur erscheint, ist Kultur.

Wir sollten dem bekannten englischen Ethnologen Nigel Barley sein redundantes Modell der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ verzeihen, wenn er schreibt: „Den natürlichen Körper gibt es nicht … – Gehen, Essen, Stuhlgang – sind zutiefst von der Kultur bestimmt“ (Barley 1999, S. 67). Interessant sind seine Beobachtungen der Bewegungen, Gesten und Körperhaltungen, die in der Kommunikation von Engländern, US-Amerikanern und Franzosen zum Tragen kommen und Missverständnisse produzieren.

(Foto Friebe privat)



Ich möchte an dieser Stelle nicht weiter auf die Definition des Kulturbegriffs eingehen, denn er ist stark von den jeweiligen individuellen und gruppenspezifischen Konstruktionen abhängig. Kulturen sind dynamisch, durchmischen sich, sind hybrid, wie J. Dornheim (2003) aufzeigt, oder transkulturell. Ihr Einfluss ist aber tragfähig, auch über Generation hinweg.

Ein bedeutender Teil der Kultur wird durch die internationale Unterhaltungsindustrie geprägt und vereinheitlicht. Die starke Bedeutung der englischen Sprache ist dafür nur ein Beleg: Wie die Popmusik, erscheinen auch Patienten und Pflegesituationen homogen – jedenfalls lehren uns das die Medien nach fast 10 Jahren und 140 Folgen „Chicago Hope“ oder deutsche Nachfolger wie „Alphateam“, „Schwester Stefanie“ und andere Pflegekarikaturen und die aktuellen Serien aus der Gerichtsmedizin („CSI Miami“). So weiß schließlich jeder, wie Ärzte, Pflegende und Patienten sich zu verhalten haben.

Doch aus kulturkritischer Perspektive ist die Globalisierung widersprüchlich – sie erzeugt zwar einerseits Angleichungsdruck, doch andererseits bringt sie Menschen auf der Suche nach Identität zum Rückzug in Traditionen oder Religionen. Wir finden gleichzeitig Globalisierung und Regionalisierung. Vielleicht gibt es ja so etwas wie ein gleichzeitiges Bedürfnis nach Identität und Vielfalt, so dass Globales und Lokales in ein neues Gleichgewicht gebracht werden muss. Diesen Prozessen sollten wir stärkere Aufmerksamkeit widmen. Wenn wir die Chancen und Risiken der Globalisierung analysieren, können wir gleichzeitig die Ressourcen, die in der kulturellen Vielfalt für die Pflege liegen, stärker nutzen.

6. Schlussfolgerungen

Wir können die Globalisierung nicht verhindern oder rückgängig machen. Wir können ihr vielleicht die Menschlichkeit bewahren!

- UN - Human Development Report 1999 (BMZ 2005): Weniger Verletzung von Menschenrechten, weniger Instabilität der Gesellschaften, Umweltzerstörung, Armut und Ausbeutung.
- Medico International und ATTAC: Globale soziale Rechte - Ernährung, Wohnen, Umwelt - Patientenrechte, Gesundheit als Menschenrecht.
- ICN - International Council of Nurses: „als professionell Pflegende in einer globalisierten Welt haben wir die Chance die gerechte Verteilung der Ressourcen und den positiven Wandel der Gesundheitspflege zu beeinflussen. (Judith A. Oulton)

Die UN Organisation für Entwicklung forderte im Human Development Report 1999 (BMZ 2000) weniger Verletzung von Menschenrechten, Ungleichheit und Marginalisierung. Dies soll durch stabile Gesellschaften erreicht werden. Auch MEDICO INTERNATIONAL e. V. und ATTAC sehen im Mittelpunkt einer „humanen“ Globalisierung weltweite soziale Rechte wie das Recht auf Ernährung, Wohnen und eine intakte Umwelt. Im Gesundheitsbereich werden Patientenrechte, Gesundheit als Menschenrecht, Gesundheit für alle eingeklagt. Die Rechte der Pflegebedürftigen wären noch zu formulieren. Vertreterinnen des Weltbundes der Pflegenden ICN erklärten unlängst bei der Gründung eines INTERNATIONAL CENTRE ON NURSE MIGRATION (vgl. http://www.intlnursemigration.org/**),** dass damit ein wichtiger Beitrag für die Erlangung positiver Arbeitsbedingungen migrierender Pflegekräfte geleistet sei. All dies wird nicht ausreichen, um die Globalisierung menschlicher zu machen. Denn es geht um mehr, als um internationale Kooperation, Erfahrungsaustausch und Formulierung von Rechten. Es geht um die Realisierung globaler Ziele: Wir müssen die Überlebensfähigkeit unserer Welt bewahren, Ungleichheit überwinden und Solidarität praktizieren. Dies kann man nicht nur international, sondern auch ganz nah im Kontakt mit den Menschen aus anderen Ländern an unseren Arbeitsplätzen.

Literatur

ATTAC (2002): Gesundheit in Zeiten der Globalisierung. In: attac-Rundbrief 2/02, S. 8

Barley N. (1999): Traurige Insulaner. München

BpB – Bundeszentrale für politische Bildung (1999): Informationen zur politischen Bildung, Globalisierung. Bonn

BMZ – Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2000): Gesundheit und Entwicklungszusammenarbeit am Beginn des 21. Jahrhunderts. Online im Internet: http://www.bmz.de/de/service/infothek/fach/spezial/spezial2/spezial90.pdf

Chrismon (9/2005): Kinderarbeit, Grabsteine für Deutschland, S. 6

Deutsches Ärzteblatt (2005): Krankenhauskonzerne: Expansionsdrang. Online im Internet: http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=45125

Dornheim, J. (2003): Konzepte zu „Kultur“ und „kultureller Identität“ für die Pflegebildung. In: Friebe J./Zalucki, M.: Interkultuelle Bildung in der Pflege. Bielefeld, S. 61-82

Friebe J. (2005): Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege – Bestandsaufnahme. Online im Internet: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2005/friebe05_01.pdf

Écoute (9/2005): Débat – Choisir les Immigrés? S. 26-27

Fritz, T. (2003): Die letzte Grenze, GATS: Die Dienstleistungsverhandlungen in der WTO. Berlin

Gugel G./Jäger U. (1999): Welt...Sichten, die Vielfalt des globalen Lernens. Tübingen

Enste D./Schneider, F. Schattenwirtschaft und irreguläre Beschäftigung. Online im Internet: http://www.econ.jku.at/Schneider/Schattenwirtschaft%20und%20Irregulaere%20Beschaeftigung%20160605.pdf

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

Medico International e. V. (2005): Gesundheit und Globalisierung. Online im Internet: http://www.medico-international.de/projekte/gesundheit/

Tetzlaff, R. (Hg.) (2000): Weltkulturen unter Globalisierungsdruck. Bonn

Wochenschau II Nr. 2 (2002). Migration, Weltweite Wanderung. Schwalbach/Ts.