

Lukas Slotala, Nadja Noll,
Matthias Klemm, Heinrich Bollinger (Hrsg.)

Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland



Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland

Prof. Dr. Lukas Slotala, geb. 1978, hat Pflege an der Hochschule Fulda und Public Health an der Universität Bielefeld studiert. Er war von 2010 bis 2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Charité Berlin und von 2011 bis 2018 Fachdezernent für Pflegeberufe am Regierungspräsidium Darmstadt. Seit 2018 ist er Professor für Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Würzburg-Schweinfurt. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen internationale Pflegequalifizierung, Pflegesystementwicklung und Pflegepolitik.

Nadja Noll (M. A.), geb. 1989, hat Sozialwissenschaften mit Schwerpunkt interkulturelle Beziehungen (B. A.) an der Hochschule Fulda und Soziologie (M. A.) an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg studiert. Seit 2018 ist sie an der Hochschule Fulda als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt IntIP (Integration internationaler Pflegekräfte in regionale Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege) des Regionalen Innovationszentrums Gesundheit und Lebensqualität – RIGL Fulda tätig. Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte: Migration von Gesundheitskräften, Carearbeits- und Geschlechterforschung, qualitative Sozialforschung.

Prof. Dr. Matthias Klemm, geb. 1973, hat Soziologie, Politische Wissenschaften und Psychologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg studiert. Er hat an den Universitäten Erlangen-Nürnberg, Eichstätt, Münster und Hannover gearbeitet und ist seit 2016 Professor für Soziologie mit dem Schwerpunkt Arbeit, Organisation, Interkulturalität an der Hochschule Fulda. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen interkulturelle Verständigung in der Arbeitswelt und die Transnationalisierung von Beschäftigungssystemen.

Prof. Dr. Heinrich Bollinger, geb. 1949, Studium der Soziologie und Medizin in München, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am SFB 101 der LMU München, freiberufliche soziologische Forschung und Beratung, Professur für Organisationssoziologie an der Hochschule Fulda bis zur Pensionierung 2015. Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt „Integration internationaler Pflegekräfte in regionale Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege“ (IntIP) seit 2018, ehemaliger Gründungsdekan der Fachbereichs Pflege und Gesundheit, langjähriger Dekan des Fachbereichs Sozial- und Kulturwissenschaften und Mitglied der Erweiterten Präsidiums der Hochschule Fulda. Arbeitsgebiete: Berufs- und Professionssoziologie, Gesundheitsberufe, Gestaltungsorientierte Soziologie

Lukas Slotala/Nadja Noll/Matthias Klemm/
Heinrich Bollinger (Hrsg.)

Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland

Mabuse-Verlag
Frankfurt am Main



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren AutorInnen und zum Verlag finden Sie unter: www.mabuse-verlag.de.

Wenn Sie unseren Newsletter zu aktuellen Neuerscheinungen und anderen Neuigkeiten abonnieren möchten, schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Vermerk „Newsletter“ an: online@mabuse-verlag.de.

© 2022 Mabuse-Verlag GmbH
Kasseler Str. 1 a
60486 Frankfurt am Main
Tel.: 069 – 70 79 96-13
Fax: 069 – 70 41 52
verlag@mabuse-verlag.de
www.mabuse-verlag.de
www.facebook.com/mabuseverlag

Satz und Gestaltung: Björn Bordon/MetaLexis, Niedernhausen

eISBN: 978-3-86321-585-9
ISBN: 978-3-86321-554-5
Alle Rechte vorbehalten

Widmung

Wir möchten dieses Buch Prof. Dr. Beate Blättner widmen, die im September 2021 verstorben ist. Beate Blättner war Kollegin, akademische Lehrerin und Freundin für uns. Sie sollte eigentlich dem Herausgeberteam angehören – ihr Tod hat dies verhindert.

Beate Blättner hat sich als Pädagogin und Professorin für Gesundheitsförderung in vielen Funktionen und Forschungsgebieten wissenschaftlich und gestaltend engagiert – u. a. in den Bereichen Gewaltprävention (in der Altenpflege, in der häuslichen Pflege, in Intimbeziehungen Jugendlicher, in Partnerschaften, Schwangerschaften, in Familien), Klimawandel und Gesundheitsschutz (insbesondere der Schutz vor den gesundheitlichen Folgen von Hitzeextremen) und Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Pflege.

Zuletzt war Beate Blättner bis zu ihrem Tod Ko-Leiterin eines Umsetzungsprojekts des Regionalen Innovationszentrums für Gesundheit und Lebensqualität (RIGL) der Hochschule Fulda, das sich mit der Integration internationalen Pflegepersonals in Kliniken und Einrichtungen der stationären Pflege befasst. In diesem Zusammenhang wurden auch Instrumente zur praktischen Unterstützung von Anwerbung und Integration sowie Vorschläge zur betrieblichen Integration und zur Finanzierung entwickelt.

Beate Blättner, deren Forschung immer auf eine Verbesserung der Praxis zielte, konnte ihre fundierte Erfahrung in der betrieblichen Gesundheitsförderung hier maßgeblich einbringen.

Beates Kenntnisreichtum, ihr Engagement und ihr Humor werden fehlen.

Inhalt

Lukas Slotala, Nadja Noll, Matthias Klemm und Heinrich Bollinger
**Einleitung: Die Internationalisierung der beruflichen
Pflege in Deutschland** 9

Entwicklungspfade der Internationalisierung der beruflichen Pflege

Susanne Kreuzer
**Asiatische Pflegekräfte in der Bundesrepublik.
Historische Erfahrungen bei den Anwerbungen
aus Südkorea, Indien und den Philippinen in den
1960er/70er Jahren** 29

Lukas Slotala
**Fortschritte, Hindernisse und Reformbedarfe:
Die internationale Öffnung der
Pflegeberufszulassung in Deutschland** 47

Annette Grewe und Klaus Stegmüller †
**Die Akademisierung der Pflege in Deutschland im
Spannungsfeld von Berufsrecht und Hochschulrecht:
Ein Rückblick auf die Jahre 1990–2010** 75

Internationalisierung durch Anwerbung und Integration

Matthias Klemm
Statuskonflikte im/mit System 103

Nadja Noll und Heinrich Bollinger
**Die Integrationsarbeit der Pflegeteams –
arbeitssoziologische Anmerkungen** 119

Juliane Dieterich
**Schlüsselfragen an die Konzeption
von Anpassungsqualifizierungen
für internationale Pflegekräfte** 141

Ilka Sommer und Ilana Nussbaum Bitran
**Die Anerkennung und Anwerbung von
Pflegefachkräften aus dem Ausland:
ökonomisch notwendig oder ethisch fraglich?** 161

Interkulturalisierung von Pflegeteams

David Johannes Berchem
**Flucht und Teilhabe.
Kritische Perspektiven auf die Gelingen-
bedingungen und Konfliktlinien bei der
Integration von Geflüchteten in den Pflegesektor** 185

Maya Stagge
Teamentwicklung in multikulturellen Pflegeteams 207

Einleitung: Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland

„Seit den frühen Versuchen der Formierung der Pflege in der Moderne haftet dem Beruf in Deutschland etwas Eigentümliches an. Formal nicht ganz unähnlich der Medizin weist der Beruf einen gewissen Doppelcharakter auf. Zu den jeden Beruf kennzeichnenden fachspezifischen Qualifikationen gesellen sich anachronistisch anmutende Elemente, die mal stärker an das caritative Dienstideal der Vormoderne angelehnt sind, mal an den bürgerlichen Entwurf des weiblichen Geschlechtscharakters, mal an eine diffuse und schwer greifbare Kombination beider Facetten.“

(Bollinger und Grewe 2002: 43)

1. Der Sonderweg der deutschen Pflege

Die berufliche Pflege in Deutschland hat sich anders entwickelt als die Pflege in den meisten Staaten und sie hat sich anders entwickelt als die meisten anderen Berufe innerhalb Deutschlands. Insofern wird berechtigterweise von einem „Sonderweg“ der deutschen Pflege gesprochen.

Im internationalen Vergleich war das deutsche Pflegebildungssystem bis in die 1980er Jahre nicht anschlussfähig. Deutschland leistete sich in Sachen berufliche Pflege einen Sonderweg, der im Vergleich mit den meisten anderen Staaten durch niedrige Qualitätsanforderungen bei der Zulassung zum Beruf gekennzeichnet war. Die einzelnen Merkmale dieses Sonderwegs waren:

- die Zersplitterung der Pflege in drei eigenständige Berufe: Alten-, Kinder- und Krankenpflege,
- die vergleichsweise niedrigen schulischen Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung,
- der vergleichsweise niedrige Stundenumfang der theoretischen Ausbildung,
- eine am Interesse des Ausbildungsträgers ausgerichtete praktische Ausbildung, d. h. keine oder kaum Einsätze in Versorgungssettings außerhalb des Ausbildungsbetriebs,

- vergleichsweise niedrige Anforderungen an schulische Ausbildungsstätten, insbesondere was die Qualifikation und Anzahl von Lehrkräften anbelangt,
- die fehlende Ausbildung an Hochschulen bzw. auf akademischem Niveau.

Die Vereinheitlichung einer berufsständischen Interessensvertretung scheiterte jahrzehntelang an der heterogenen Verbandslandschaft mit zum Teil untereinander konkurrierenden wohlfahrtsverbandlichen, kirchlichen, privaten oder gewerkschaftlichen Organisationen. Konsequenterweise gelang es in Deutschland auch nicht, eine in vielen Staaten übliche einheitliche berufliche Selbstverwaltung aufzubauen, z. B. Pflegekammern (zum Stand in den Bundesländern siehe Lücke 2020). Dem Pflegeberuf in Deutschland fehlen mit der nicht entwickelten organisatorischen Autonomie und der nicht vorhandenen wissenschaftlichen Infrastruktur gleich zwei strukturelle Elemente, die als konstitutiv für eine *profession* (im angelsächsischen Sinne) gelten.

Wegen des Fehlens der akademischen Infrastruktur verfügt(e) die deutsche Pflege über keinerlei Ressourcen zur Generierung eigenen wissenschaftlich begründeten Wissens. Die pflegerische Expertise besteht aus (oft erfolgreich angewandtem, wissenschaftlich aber ungesichertem) Erfahrungswissen oder aus „importiertem“ Wissen – importiert aus anderen Staaten mit pflegewissenschaftlicher Infrastruktur oder aus anderen Fachdisziplinen, allen voran der Medizin.

Weitere Unterschiede zeigten sich in der relativen Positionierung zum Leitberuf des Gesundheitswesens, dem Arztberuf. Die Handlungsspielräume der deutschen Krankenpflege sind im Rahmen der Patientenversorgung und bezogen auf die Medizin deutlich geringer als diejenigen der Pflege in anderen Staaten; gleichzeitig fällt der Pflege eine Art „Restzuständigkeit“ zu – sie wird bezogen auf alle Aspekte der Patientenversorgung adressiert, für die kein anderer Beruf die Zuständigkeit für sich reklamiert.

Doch auch auf nationaler Ebene zeigen sich Besonderheiten des Berufs „Pflege“ im Vergleich zu anderen Berufen. Wie einige andere Berufe des Gesundheitswesens ist der Pflegeberuf bzw. sind die drei Pflegeberufe nicht in das für Deutschland eigentlich typische System der dualen Berufsbildung integriert, sondern werden unter staatlicher Aufsicht an Fachschulen ausgebildet, die bei Trägereinrichtungen der Versorgung angegliedert sind.

Diese Trägerlandschaft der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ist in Deutschland selbst wiederum sehr heterogen und – vor allem was die arbeits- und tarifrechtlichen Strukturen anbelangt – außerordentlich differenziert. Verbandliche, staatliche, private oder kirchliche Träger agieren auf der Grundlage unterschiedlicher Betriebsverfassungen, unterschiedlicher Personalvertretungsformen und einer großen Bandbreite von Tarifbindungen (fehlend bis haustariflich). Diese Heterogenität behinderte oder verhinderte den Aufbau von Strukturen und Formen beruflicher Interessens- und Standesvertretung. In der Konsequenz bedeutet das, dass die Pflegenden bei der Gestaltung des Berufs nur unzureichend beteiligt sind.

Das hat Auswirkungen auf viele Bereiche, z. B.

- die fehlende Verhandlungsmacht in Tarifaueinandersetzungen,
- erheblich erschwerte Bedingungen zur Durchsetzung allgemeinverbindlicher Tarifverträge,
- die begrenzte Beteiligung an der Gestaltung berufsrechtlicher Vorgaben,
- die mangelnde Diskussion und Entscheidung über wesentliche Elemente des Berufsbildes und des beruflichen Selbstverständnisses,
- die unzureichende Beteiligung an gesundheitspolitischen Entscheidungen mit Auswirkungen (auch) auf die Pflege.

All diese Besonderheiten im Vergleich mit anderen Staaten und im Vergleich mit anderen Berufen lassen sich nur historisch verstehen und erklären, wobei die Verbindung von Pflege und Geschlecht dabei stets mitgedacht werden muss.

Ein sicherlich bedeutsamer Kern der historisch spezifischen Gestaltung des Berufs Pflege in Deutschland dürfte im Verständnis von Pflege und im Diskurs um das Wesen der Pflege zu suchen sein.

Kreutzer (2005) schildert plastisch, wie sehr das Leitbild des „Liebedienstes“ auch und noch in der Nachkriegszeit die Pflege in Westdeutschland prägte und sowohl für die Arbeits- und Lebensbedingungen der Mutterhaus-Schwestern wie der freien Schwestern bestimmend war.

„Ebenso wie die Mutterhaus-Schwestern lebten (die freien Schwestern; Anm. d. Autor:innen) in Unterkünften der Krankenanstalten. Sie waren selbstverständlich ledig, arbeiteten nicht selten 70 bis 80 Stunden pro Woche und selbst im öffentlichen Dienst bewegten sich ihre Einkommen

am untersten Ende der Gehaltsskala. Diese herkömmliche Arbeitsorganisation ermöglichte, die Krankenpflege als „Ganzheitspflege“ durchzuführen, in der jede Schwester die persönliche Rundumbetreuung der ihr anvertrauten Patienten übernahm.“ (Kreutzer 2005: 8)

Die „Ganzheitspflege“ war das programmatische, familialistische Leitbild der Krankenpflege, gleichermaßen arbeitsinhaltliche Definition wie arbeitsorganisatorische Vorgabe. Ganzheitspflege bedeutet, dass die pflegerische Arbeit am und mit dem Patienten alle Aktivitäten des täglichen Lebens umfassten und den seelischen Beistand einschlossen (Kreutzer 2005: 255 ff.).

In diesem Pflegeverständnis bildet die sogenannte Grundpflege einen wesentlichen Teil von Pflege und Beistand, die sogenannte Behandlungspflege als medizinnahe und instrumentelle Handlung steht (noch) nicht im Zentrum des pflegerischen Handelns. Kreutzer beschreibt zwar den „Abschied von der „Ganzheitspflege“ im Deutschland der frühen 1960er Jahre, versieht diese Überschrift jedoch mit einem Fragezeichen. Wir halten dieses Fragezeichen für sehr wichtig.

Die Grundpflege scheint für die Pflegenden in Deutschland auch heute noch ein sehr wichtiger Baustein der beruflichen Identität zu sein. Zwei Beobachtungen bringen uns zu dieser auf den ersten Blick erstaunlichen Annahme:

Im Zuge der Einrichtung erster Studiengänge für Pflege bzw. Pflegewissenschaft wurden eine Reihe von empirischen Untersuchungen durchgeführt, in denen der Frage nachgegangen wurde, welche Erfahrungen die akademisierten Pflegenden in der beruflichen Praxis machten. Berichtet wurde, dass die etablierten examinierten Pflegefachkräfte den akademisierten Kolleg:innen (meist ebenfalls examiniert und berufserfahren) unterstellten, mit dem akademischen Abschluss „verlernt“ zu haben, grundpflegerische Arbeiten wie Körperpflege und Unterstützung beim Stuhlgang zu leisten. Natürlich wissen die nicht-akademischen Pflegefachkräfte, dass die nun akademisierten immer noch dazu in der Lage sind, die genannten Arbeiten auszuführen. Unterstellt wird, dass sie nicht mehr willens sind, dies zu tun, und dass sich dafür zu „fein“ seien. Dann allerdings können sie nicht mehr als „Schwestern“ gelten und werden symbolisch ausgeschlossen. Erstaunlicherweise wird die Grundpflege damit zu einem Merkmal, das über Inklusion bzw. Exklusion mitentscheidet (Gerlach 2004).

Die Figur erinnert an den Stolz hart arbeitender (blue-collar-)Männer, die sich schwitzend (und durchaus auch leidend) durch ihre Maskulinität und ihre

Körperlichkeit stilisieren: Eine eigentlich eher sekundäre und außerhalb des pflegerischen Bezugsrahmens eher weniger geschätzte Arbeit wird überhöht und zu einem Destinktionsmerkmal verklärt.

Das zweite Beispiel betrifft die internationalen Pflegefachkräfte, die für deutsche Einrichtungen der Pflege angeworben werden. Die meisten von ihnen kommen aus Staaten, in denen die Pflegeausbildung an Hochschulen stattfindet und mit einem akademischen Abschluss endet. In vielen Fällen ist die Ausbildung relativ medizinnah, oft praxisfern und vor allem sind grundpflegerische Tätigkeiten kein wesentlicher Gegenstand der Ausbildung. Im Rahmen der betrieblichen Integration dieser Fachkräfte spielt das Thema Grundpflege deshalb immer wieder eine große Rolle und hat auch ein gewisses Konfliktpotenzial, weil zugewanderte internationale Fachkräfte die mit der Grundpflege verbundene Arbeit eher als abwertend empfinden. In ihren Herkunftsländern wird die Grundpflege in der Regel von Personen übernommen, deren Status weit unterhalb des eigenen liegt oder aber von Familienangehörigen. Für die etablierten Pflegeteams aber wird die Beteiligung der internationalen Fachkräfte an der Grundpflege zu einem zentralen Element ihrer betrieblichen Integration.

Als These lässt sich formulieren, dass in der großen Bedeutung der Grundpflege für die Pflegeberufe in Deutschland deren Sonderweg im internationalen Vergleich mindestens symbolisch, in gewisser Hinsicht vielleicht sogar materiell gerinnt. Jedenfalls wird das Thema in zwei der wichtigen Felder der Internationalisierung der beruflichen Pflege ausdrücklich thematisiert – in der Debatte um die Akademisierung der Pflege (institutionelle Internationalisierung) und in der Diskussion um die betriebliche Integration von internationalen Fachkräften (personenbezogene Internationalisierung).

2. Institutionelle Internationalisierung: Die Rolle der EU

Die Annahme, dass es in Deutschland zu irgendeinem Zeitpunkt eine breite Unterstützerfront für eine Abkehr von diesem Sonderweg in Richtung höherer Ausbildungsstandards in der Pflege gab, führt in die Irre. Zwar wurde und wird der deutsche Sonderweg insbesondere vonseiten der noch jungen Pflegewissenschaft und aus den Reihen der Berufsvertretungen kritisiert. Davon jedoch sind der für die Ausbildung zuständige Bundesgesetzgeber, die Arbeitgeberseite und

die Gewerkschaften bis heute nicht wirklich überzeugt. Ihre Vorbehalte sind insbesondere hinsichtlich einer spürbaren Anhebung von Zulassungs- und Ausbildungsstandards, einer Zusammenführung der drei Pflegeberufe zu einem und vor allem gegenüber der Forderung nach einer Akademisierung der Ausbildung, immer noch sehr groß. Aus deren Sicht ist der deutsche Sonderweg im Großen und Ganzen schlechterdings richtig. Ihre Positionen variierten allenfalls bei einzelnen Themen, so z. B. bei der Ausbildungsvergütung oder hinsichtlich der Überführung der Pflegeausbildung in das duale Berufsbildungssystem.

Dennoch, in den vergangenen 40 Jahren wurden maßgebliche Reformschritte eingeleitet, um die internationale Isolierung der deutschen Pflege zumindest in einiger Hinsicht aufzulösen. Der maßgebliche Druck zu diesen grundlegenden Veränderungen bei den Mindeststandards der Ausbildung wurde vonseiten der Europäischen Institutionen ausgeübt. Es war der europäische Integrationsprozess, im Zuge dessen sich die deutsche Gesundheitspolitik mit der formalrechtlich wirkungsvollen Forderung, die Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Pflegeabschlüssen zwischen den Mitgliedsstaaten der EWG umzusetzen, konfrontiert sah und schlussendlich handeln musste. Um von der Richtlinie erfasst zu sein, mussten höhere Mindestanforderungen der Pflegeausbildungen erfüllt werden, als dies zur damaligen Zeit in Deutschland der Fall war. 1985 gab Bonn dem Druck aus Brüssel schlussendlich nach und hob mit der Inkraftsetzung des damaligen Krankenpflegegesetzes Ausbildungsstandards an. Auch bei den folgenden Ausbildungsreformen sollte der europäische Integrationsprozess eine gewichtige Rolle spielen (siehe Slotala in diesem Band).

Wir glauben, dass die internationale Perspektive in ihrer Bedeutung für jüngere Reformprozesse in der beruflichen Pflege noch zu wenig ausgeleuchtet wurde. Vieles spricht dafür, dass gerade die Internationalisierung einen erheblichen Beitrag zur Modernisierung und Niveauehebung der beruflichen Pflegeausbildung in Deutschland geleistet hat. Die wesentlichen Kennzeichen der *institutionellen Internationalisierung* seit den 1980er Jahren sind:

- Anhebung der schulischen Ausbildungszugangsvoraussetzungen,
- Anhebung der Umfänge theoretischer Ausbildungsinhalte,
- Verbreiterung der praktischen Einsatzgebiete in der Ausbildung,
- Versuche der Zusammenführung der drei Pflegeberufe zu einem generalistischen Pflegeberuf,
- partielle Öffnungsschritte für akademische Qualifikationswege.

Ein weiterer zentraler Meilenstein der Internationalisierung besteht in der systematischen Öffnung der Berufszulassung für ausländische Pflegefachkräfte, die ebenfalls erstmals im Krankenpflegegesetz von 1985 vorgenommen wurde. Von dieser Öffnung erfasst waren zum einen in Deutschland ausgebildete Krankenpflegekräfte, deren Abschlüsse seitdem in allen Mitgliedsländern der EWG automatisch anerkannt werden müssen. Zum anderen wurde das deutsche Pflegeberufsrecht um die Möglichkeiten für Pflegefachkräfte aus dem Ausland auf eine Berufszulassung in Deutschland sukzessive erweitert, zunächst für Abschlüsse aus den EWG-Staaten und später auch für Abschlüsse aus den sogenannten Drittstaaten. Im letzten Fall handelt es sich jedoch nicht um eine Art der „automatischen“ Anerkennung, als vielmehr um relativ aufwendige und hürdenreiche Verfahren, diese werden im zweiten Abschnitt des Sammelbands auf verschiedenen Ebenen beleuchtet werden.

Unsere These ist, dass das europäische Motiv zur Internationalisierung von Berufsabschlüssen im Gesundheitswesen – von der Richtlinie 2005/36/EG zur gegenseitigen Anerkennung von Berufsabschlüssen sind neben der Pflege auch (Zahn-, Tier-)Ärzt:innen, Hebammen und Entbindungspfleger sowie Apotheker:innen erfasst – einen erheblichen Beitrag zur Modernisierung der Pflege in Deutschland geleistet hat. Der europäische Integrationsprozess und die in Deutschland lauter werdende Kritik an vorberuflichen Strukturen der Pflege, die Forderungen nach einer Überwindung eines konfessionell und weiblich geprägten, diffusen Berufsbildes, einer atypischen Tarifgestaltung, unklaren Kompetenzprofilen und Aufgaben sowie einer hohen Abhängigkeit vom Arztberuf, zielten in gewisser Hinsicht in dieselbe Richtung. Die so verstandene Internationalisierung der beruflichen Pflege ist keine Randerscheinung, kein „Nebenarm“ des Modernisierungsprozesses, sondern eine Triebfeder. Der Einfluss europäischer Gesundheitspolitik auf die Nationalstaaten wird hier unserer Auffassung nach besonders deutlich. Eine in den 1980er und 1990er Jahren eher schlecht organisierte berufspolitische Vertretung der Pflege und die noch sehr junge Pflegewissenschaft in Deutschland hatten also – wenn man es so formulieren will – einen politisch mehr und mehr bedeutsamen und durchsetzungsstarken Verbündeten.

Der Prozess der Internationalisierung ist nicht abgeschlossen, die Standards sind längst nicht in jedem Bereich an das internationale Niveau angepasst. Entsprechende Entwicklungen verlaufen mühsam und werden bisweilen immer

wieder auch blockiert. Gemessen an internationalen Maßstäben hinkt Deutschland in Sachen Akademisierung der Pflege bis heute weit hinterher. Zwar wurde im Pflegeberufegesetz erstmals eine akademische Pflegeausbildung berücksichtigt. Aufgrund fehlender Finanzierungsregelungen und unklarer Berufseinsatzprofile der Pflegeakademiker:innen in der Praxis sind die Chancen auf eine Verbreitung des Modells derzeit als schwierig einzustufen. Es droht eine Fortsetzung des Nischendaseins für eine akademische Primärausbildung. Ebenfalls vertagt wurde das Ende der Zersplitterung der Pflegeberufe. Auch nach Verabschiedung des neuen Pflegeberufegesetzes werden weit in die 2020er Jahre in der Alten- und Kinderkrankenpflege Berufszulassungen erteilt, die international nicht anerkannt sind.

Das an diesen Stellen erkennbare Beharrungsvermögen der deutschen Gesundheitspolitik, trotz eines fortgeschrittenen Stadiums des europäischen Integrationsprozesses und einer seit Jahrzehnten gültigen EU-Richtlinie zur Harmonisierung am deutschen Sonderweg von Pflegeabschlüssen festzuhalten, ist bemerkenswert. Immer noch sehr wirkungsmächtig ist das Argument, dass eine Anhebung von Ausbildungsstandards die Nachwuchsprobleme des Pflegeberufs weiter verschärfen würde.

3. Personenbezogene Internationalisierung: Anwerbung internationaler Pflegefachkräfte zur Fachkraftsicherung

Während einerseits arbeitsmarktpolitische Argumente gegen eine Internationalisierung auf institutioneller Ebene vorgebracht werden, nutzen Arbeitgeber:innen und weitere Arbeitsmarktakteure andererseits die bereits erreichten Errungenschaften der internationalen Öffnung der beruflichen Pflege in Deutschland offensiv und in einem inzwischen kaum geahnten Ausmaß. Etwa 40 Prozent der Krankenhäuser und Langzeitpflegeeinrichtungen sind vor dem Hintergrund eines wachsenden Fachkräftebedarfs an der Anwerbung von Pflegefachkräften im Ausland beteiligt (Bonin et al. 2015; Schreck 2017). Das jährliche Wachstum der Zuwanderung von Pflegefachpersonal seit Beginn der statistischen Erfassung im Jahr 2013 ist bemerkenswert (vgl. u. a. Slotala sowie Sommer und Nussbaum Bitran in diesem Band) und wurde nur von der weltweit grassierenden Corona-Pandemie ein Stück weit reduziert.

In einigen Bundesländern ist das Verhältnis zwischen der Gesamtzahl der jährlich neu ausgebildeten Pflegefachkräfte einerseits und der im gleichen Jahr beantragten Berufszulassungsverfahren für ausländische Pflegefachkräften andererseits inzwischen bei 2:1. Das heißt, dass auf zwei neue Auszubildende etwa eine neue Pflegefachkraft aus dem Ausland kommt, die dem Arbeitsmarkt zusätzlich zur Verfügung stehen könnte – sofern sie eben das Anerkennungsverfahren erfolgreich absolviert und in den Berufsalltag integriert ist (Lauxen et al. 2019; Slotala 2022).

Die jährlich steigenden Antragsverfahren von ausländischen Pflegefachkräften auf eine Berufszulassung in Deutschland führen zu einem zentralen Aspekt der *personenbezogenen Internationalisierung* der beruflichen Pflege in Deutschland. Bei den angeworbenen Pflegefachkräften handelt es sich um Berufsangehörige, die internationale Berufsqualifikationen ausweisen, internationale Fachkompetenzen mitbringen und internationale Berufsfelder kennen. Sie bringen spezifische Fertigkeiten, Berufsverständnisse, Praktiken in der Arbeitsteilung und kulturelle Kompetenzen mit. Dies zu ignorieren und so zu tun, als ob sich die internationalen Pflegefachkräfte einfach an den deutschen Berufsalltag „anpassen“ würden, wäre naiv und würde auch den ersten, bislang vorliegenden Erkenntnissen aus empirischen Untersuchungen (Bollinger et al. 2020; Pütz et al. 2019; Lauxen und Blattert 2021) widersprechen.

Anzunehmen ist, dass es infolge der Internationalisierung der Pflegeteams zu einer Diversifizierung der Qualifikationen und kulturellen Hintergründe kommt. Wie sich diese genau darstellen, welche Konsequenzen hieraus für die Integration und Zusammenarbeit in den Teams und mit den Patient:innen zu ziehen sind, zählen zu den wesentlichen, bislang jedoch nicht hinreichend beforschten Fragestellungen. Die Anwerbung von im Ausland ausgebildeten Pflegefachkräften ist nicht die einzige Form der personenbezogenen Internationalisierung. Daneben gibt es andere Formen der Personalakquisition und der Personalbildung, die ebenfalls internationale Bezüge aufweisen. Mehrere Entwicklungen lassen sich hierbei unterscheiden:

- die Anwerbung internationaler Arbeitskräfte zur Ausbildung in Deutschland,
- die Ausbildung von Geflüchteten zu Pflegehilfs- oder Pflegefachkräften und
- die generelle Erhöhung des Anteils von migrantischen Arbeitskräften und Auszubildenden in der Pflege durch das Ausschöpfen des in Deutschland vorhandenen Potenzials.

Zielgruppe bei der Anwerbung zur Ausbildung im Ausland sind keine „fertig“ ausgebildeten Pflegefachkräfte, sondern Personen, die nicht zwingend über eine pflegerische Vorqualifikation verfügen. Sie werden nach Deutschland angeworben, um hier zunächst eine vollumfängliche Pflegeausbildung zu durchlaufen. Mitunter werden auch bereits vorliegende Ausbildungszeiten anerkannt, so dass die Dauer der Ausbildung in Deutschland etwas reduziert werden kann. Ziel ist es, dass die in Deutschland ausgebildeten Pflegefachkräfte längerfristig dem deutschen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen (BMWi 2014). Zur Unterstützung von Arbeitsgebern bei der Rekrutierung und Ausbildung von Personen aus Drittstaaten wurde vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie ab 2012 ein Pilotprojekt initiiert und eine Handreichung mit dem Titel „Auszubildende aus Drittstaaten für die Pflege. Ein Leitfadens für Pflegeeinrichtungen“ herausgegeben (BMWi 2020). Da kein systematisches Monitoring der Aktivitäten zur Anwerbung von Auszubildenden für Pflegeberufe erfolgt, sind Aussagen über die Anzahl, Reichweite und Erfolge der jeweiligen Programme allerdings kaum möglich. Ebenfalls weitestgehend unberücksichtigt blieb bisher die Frage, inwiefern die deutschen Ausbildungsabschlüsse bei einer Rückkehr ins Herkunftsland anerkannt werden. Die praktische Relevanz dieser Fragestellung und daraus resultierende Probleme für migrierte Pflegekräfte verdeutlicht Susanne Kreutzer in diesem Band anhand von Erfahrungen mit den Anwerbeinitiativen der 1960er und 1970er Jahre.

Speziell für die Zielgruppe der seit 2015 Geflüchteten werden im Rahmen einer Vielzahl von Initiativen Qualifizierungsmaßnahmen im Bereich der Pflege angeboten. Diese Initiativen sind in ihren Konzeptionen sehr vielfältig und in der Reichweite meistens eher begrenzt. Mitunter von Landesministerien oder Trägern von Pflegeeinrichtungen initiiert, sollten zum Zweck der Arbeitsmarktintegration, aber auch dezidiert vor dem Hintergrund des Fachkräftebedarfs in der Pflege strukturierte, speziell auf die Bedarfe der Geflüchteten orientierte Bildungsprogramme in der Pflegehilfe- und Pflegefachausbildung geschaffen werden. Laut der Bundesagentur für Arbeit waren im Juni 2020 13.000 Pflegekräfte aus einem der acht zuzugsstärksten Asylherkunftsländer in der Pflege tätig, und damit über sechs Mal mehr als vor der Flüchtlingszuwanderung im Jahr 2015 (BA 2021). Da jedoch auch in diesen Fällen zumeist keinerlei wissenschaftliche Begleitung erfolgte, sind vertiefte Erkenntnisse über diese Programme sehr selten. Eine Ausnahme stellen die Ergebnisse einer Begleitforschung von David Johannes Berchem dar, die in diesem Band vorgestellt werden.

Schließlich ist festzustellen, dass es auf dem Arbeitsmarkt Pflege in den zurückliegenden Jahren zu einer erheblichen Zunahme von migrantischen Beschäftigten gekommen ist. Zwischen 2015 und 2020 ist der Anteil der Beschäftigten mit ausländischer Staatsbürgerschaft in der Altenpflege von 8 % auf 15 % und in der Krankenpflege von 5 % auf 9 % gestiegen (BA 2021: 9 f.). Im Ausbildungsbereich deuten vorliegende Studienergebnisse auf eine ähnliche Entwicklung hin (Evers und Isfort 2017: 61), wenngleich die Datenlage insgesamt noch sehr lückenhaft ist. Die Anteile von Beschäftigten mit Migrationshintergrund an der Gesamtzahl der Beschäftigten in einzelnen Versorgungssettings sind nochmals deutlich höher. Für die ambulante Pflege hat Theobald (2018: 48) den Anteil der Beschäftigten mit Migrationshintergrund auf 77 % beziffert, für die stationäre Pflege auf einen Anteil von 40 %. Die Gründe für die steigenden Anteile migrantischer Beschäftigter sind sicherlich sehr vielfältig. Zum einen entfalten natürlich die o. g. Ansätze der personenbezogenen Internationalisierung ihre Wirkung. Andererseits ist der Anstieg sicherlich auch auf die jüngsten Ausbildungs- und Beschäftigungskampagnen zurückzuführen, die im verstärkten Maß Personen mit Migrationsgeschichte adressieren und für den Pflegeberuf gewinnen wollen (ex. Fendi et al. 2020).

Aus all diesen Prozessen der Diversifizierung der Belegschaften ergeben sich für die einzelnen Pflegeteams neuartige Herausforderungen für die Zusammenarbeit (vgl. Stage in diesem Band).

Abschließend wollen wir auf zwei weitere Formen der personenbezogenen Internationalisierung eingehen, die ebenfalls von hoher und zum Teil wachsender empirischer Relevanz gekennzeichnet sind, denen wir jedoch in diesem Band nicht weiter nachgehen können.

Zum einen ist der Blick auch auf die Patientenseite zu richten. Vor dem Hintergrund eines ansteigenden Anteils von in Deutschland lebenden Personen mit einem Migrationshintergrund steigt auch ihr Anteil unter den pflegerisch zu versorgenden Menschen. Lag der Anteil der über 60-jährigen Personen mit Migrationshintergrund im Jahr 1970 noch bei rund zwei Prozent, waren es 2011 bereits rund zehn Prozent. Zwar wird der Anteil von migrantischen Personen innerhalb der Gruppe der Pflegebedürftigen statistisch nicht erfasst. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit auch innerhalb der Gruppe der migrantischen Personen zunimmt und damit im Versorgungsgeschehen eine wachsende Bedeutung einnimmt und in Zukunft weiter

einnehmen wird (Tezcan-Güntekin und Breckenkamp 2017). Dass innerhalb der Gruppe der migrantischen Personen andere Versorgungsbedarfe existieren und dementsprechend andere Versorgungsansätze diskutiert werden müssen, gilt in der wissenschaftlichen Diskussion als Konsens. Von allen hier genannten Formen der personenbezogenen Internationalisierung wurde dieser Aspekt in der wissenschaftlichen Diskussion am weitesten aufgegriffen. Insbesondere unter dem Stichwort „kultursensible Pflege“ vereint, finden sich zahlreiche Forschungsperspektiven und Diskurse, die fallweise die Versorgungssituation einzelner Migrantengruppen, fallweise die spezifischen Herausforderungen für die pflegerische Versorgung adressieren (ex. Schenk und Habermann 2020; Tezcan-Güntekin und Razum 2017).

Ein zweiter Bereich darf nicht unerwähnt bleiben. Die Beschäftigung von ausländischen Personen in privaten Haushalten, in denen pflegebedürftige Menschen leben, zählt zu einem Versorgungsarrangement, das rechtlich zwar als hochproblematisch gilt, dennoch in vielen Haushalten anzutreffen ist. Ihre Zahl ist statistisch schwer zu erfassen. Schätzungen gehen derzeit von etwa über 250.000 deutschen Haushalten aus, in denen ausländische Betreuungskräfte ohne anerkannten Berufsabschluss vor allem aus Mittel- und Osteuropa arbeiten, um Pflegebedürftige in ihren Haushalten bei oft sittenwidriger Entlohnung und im Schattenbereich des Arbeitsrechts helfend zur Seite zu stehen (Petermann et al. 2018). Wenngleich diese Versorgungsarrangements deutlich von der beruflich organisierten Pflegeversorgung zu unterscheiden sind – in den Haushalten arbeiten allen vorliegenden Erkenntnissen zu Folge keine ausgebildeten Pflegefachkräfte mit gültiger Berufszulassung – und insofern von unserer Auseinandersetzung mit der Internationalisierung der *beruflichen* Pflege zu trennen sind, handelt es sich hierbei zweifelsohne um eine weitere Form der Internationalisierung der Pflegearbeit (ex. Aulenbacher et al. 2021).

Kommen wir abschließend zur von uns eingenommenen Perspektive auf die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland zurück und widmen uns den aus unserer Sicht zentralen Forschungsperspektiven.

Die Mehrzahl der vorliegenden Studienergebnisse, die wir dem Themenfeld der Internationalisierung der beruflichen Pflege zuordnen, widmet sich den Fragen der *Arbeitsmarktintegration* internationaler Pflegefachkräfte. Dazu zählen Aspekte der Berufsankennung und in diesem Zusammenhang stehenden Nachqualifizierungsmaßnahmen bei ausländischen Pflegefachkräften, Fragen

der betrieblichen Einarbeitung sowie die Herausforderungen einer gelingenden fachlichen Vorbereitung und Zusammenarbeit migrantischer Beschäftigter in den Teams.

Die Auseinandersetzung mit der Internationalisierung der beruflichen Pflege führt darüber hinaus zu der Frage ihrer *Bedeutung für die Arbeitssituation in der beruflichen Pflege*. Inwiefern eignet sich die Rekrutierung internationaler Pflegefachkräfte, den hohen und zukünftig weiter ansteigenden Fachkräftebedarf zu decken und zu einer Sicherstellung der Versorgung sowie zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege durch die Bewältigung des Personalmangels beizutragen? Im Unterschied zur klassischen Migrationsforschung im Kontext der Arbeitswelt, die ihren Fokus häufig auf prekäre Arbeitsverhältnisse in Tätigkeitsbereichen ohne formale Qualifikationsanforderungen legt, haben wir es bei der Internationalisierung der beruflichen Pflege immer mit einem hochregulierten Arbeitsfeld zu tun, in das vollumfänglich nur jemand eintreten kann, der über eine offizielle Berufszulassung als Pflegefachperson verfügt. Besonders im Falle der Anwerbung ausländischer Pflegefachkräfte haben wir es mit hochqualifizierten Beschäftigten zu tun, deren Abschlussdiplome in Deutschland anerkannt werden müssen. Daher stellen sich die Fragen nach der Bedeutung für die Arbeitssituation in Deutschland in vielfältiger Weise.

Ist es vorstellbar, dass die hochqualifizierten internationalen Pflegefachpersonen zu Subjekten des Wandels in der Pflege werden könnten? Oder muss konstatiert werden, dass der vermehrte Rückgriff auf ausländisches Personal den zurecht bemängelten Status quo in Sachen Arbeitsbedingungen der Pflege zementiert? Weitere Fragen adressieren die *ethische Dimension* der Internationalisierung, besonders im Falle der systematischen Rekrutierung ausländischer Pflegefachkräfte: Ist es vertretbar, ausgebildetes Pflegefachpersonal aus anderen Staaten anzuwerben und damit dem Gesundheitssystem des Herkunftslandes zu entziehen? Wie lassen sich die internationalen Fachkräfte davor schützen, durch die ethisch fragwürdige Gestaltung von Vermittlungsverträgen und/oder Arbeitsverträgen Nachteile zu erleiden?

Der Band gliedert sich in drei Teile.

Teil 1 „Entwicklungspfade der Internationalisierung der Pflege“ beinhaltet drei zentrale Überblicksartikel. Susanne Kreutzer erinnert mit ihrem Artikel daran, dass die Anwerbung internationaler Pflege(fach)kräfte ungeachtet der