

Marc Breuer, Christoph Frohn

Herkunftsspezifische Pflegeerwartungen? Leitbilder der Altenpflege bei eingewanderten Personen und kulturelle Zuschreibungen

Are care expectations determined by ethnicity? Principles of elderly care for immigrants and cultural attributions

In mass media, political and scientific texts, an otherness of expectations on care and care practice of migrants is frequently emphasized, which cannot be empirically substantiated. Taking Turkish immigrants as an example, we ask how immigrants interpret the heterogeneity of care expectations themselves. This study is based on ten qualitative interviews, which are analyzed using the Grounded Theory-Methodology. Two opposing care models can be identified. These express collective ideas about how care should be provided. Our interviewees talk about traditions of care that would be specific for their ethnic identity. According to these traditions, care should be provided at home and by family members. Ethnic stereotypes are even used by interviewees, who do not support expectations on family care themselves. Overall, the paper indicates how ethnic specificities on care expectations are produced within an immigrant population and how resulting expectations are handled in familial context.

Keywords

Cultural sensitivity; elderly care; migration; ethnicity; othering; expectations on care

In massenmedialen, politischen und auch wissenschaftlichen Texten wird häufig pauschal eine Alterität der Pflegeerwartungen und -praktiken von Migrant_innen betont, die sich empirisch nicht belegen lässt. Die Untersuchung fragt am Beispiel türkeistämmiger Migrant_innen, wie diese selbst die Heterogenität von Pflegeerwartungen deuten. Mithilfe der Grounded Theory-Methodologie werden zehn qualitative Leitfadeninterviews ausgewertet. Im Material lassen sich zwei konträre Pflegeleitbilder erkennen. Diese bringen kollektive Vorstellungen darüber zum Ausdruck, wie Pflege geleistet werden soll. In allen Fällen werden Präferenzen für familiäre und häusliche Pflege mit ethnischen Traditionen begründet. Ethnische Stereotype werden selbst von solchen Befragten reproduziert, die solche Positionen nicht vertreten. Insgesamt zeigt sich, wie eine ethnische Spezifität von Pflegeerwartungen in Selbstbeschreibungen einer eingewanderten Bevölkerungsgruppe hergestellt und wie mit den daraus resultierenden Erwartungen im familialen Kontext umgegangen wird.

Schlüsselwörter

Kultursensibilität; Altenpflege; Migration; Ethnizität; Othering; Pflegeerwartungen

eingereicht 06.07.2021
akzeptiert 15.11.2021

1. Einleitung

Konzepte kultursensibler Pflege sind zwar grundsätzlich nicht auf bestimmte Herkunftsländer begrenzt. Vielfach werden jedoch vorrangig Menschen türkischer Herkunft und/oder muslimischer Religionszugehörigkeit adressiert. Öffentliche Darstellungen erwecken nicht selten den Eindruck, es handele sich dabei um eine homogene Gruppe. Indem z. B. Kopftücher als Symbol für eine nichtdeutsche Herkunft verwendet werden, erscheint die Religionszugehörigkeit als Differenzkriterium, aus dem sich vermeintlich abweichende Anforderungen an die Pflege ergeben. Solche Zuschreibungen lassen Prozesse des Otherings und Elemente eines Kulturessentialismus erkennen, mit denen Pflegeerwartungen und -praktiken mancher Herkunftsgruppen dichotom von der nicht-migrantischen Bevölkerung unterschieden werden. Unberücksichtigt bleibt, dass sich Erwartungen an Altenpflege unter Einwanderer_innen und deren Nachkommen vermutlich nur graduell von der Gesamtbevölkerung unterscheiden, heterogen ausfallen und sich im Zeitverlauf ändern.

Im vorliegenden Beitrag fragen wir, wie eingewanderte Personen und ihre Nachkommen selbst die verschiedenartigen Erwartungen an Altenpflege deuten. Inwiefern werden Pflegeerwartungen mit der ethnischen Herkunft verknüpft? Wie gehen Befragte im familialen Kontext mit darauf bezogenen Zuschreibungen um? Weil es um (behauptete) Zusammenhänge von ethnischer Herkunft und Pflegeerwartungen geht, erscheint es sinnvoll, die Untersuchung auf spezifische Herkunftsgruppen einzugrenzen. Angesichts der häufigen Thematisierung von Personen mit türkischem Migrationshintergrund (in der angewandten Pflege, den Medien wie auch in der Forschung) konzentrieren wir uns auf diese Teilgruppe.

Nach Erläuterungen zur Fragestellung und zum Forschungsstand gehen wir der Thematik mithilfe von qualitativen Leitfadeninterviews nach. Die Analyse legt verschiedene Pflegeleitbilder offen: Es handelt sich um kollektive Vorstellungen, wie die Pflege älterer Menschen geleistet werden solle. Charakteristisch für unser Material ist, dass solche Leitbilder in bestimmten Formen mit Selbstbeschreibungen der ethnischen Herkunftsgruppe verknüpft werden.

2. Unterstützung und Pflege im Alter in migrantischen Bevölkerungsgruppen

Gibt es herkunftsspezifische Erwartungen an Altenpflege? Sozialwissenschaftliche Analysen, politische und mediale Debatten liefern dazu nur bruchstückhafte Aussagen. Quantitative Erhebungen weisen darauf hin, dass häusliche Pflege durch Familienangehörige in migrantischen Bevölkerungsgruppen häufiger erwartet und praktiziert wird als unter Einheimischen (Teczan-Güntekin/Breckenkamp/Razum 2015). Insgesamt wird Altenpflege hierzulande zwar in 70% aller Fälle in häuslichen Settings geleistet (BMFSFJ 2016: 212). Allerdings wurden unter türkeistämmigen Migrant_innen einer älteren Untersuchung zufolge 98% der Pflegebedürftigen zuhause und durch Angehörige gepflegt (Okken et al. 2008). Da bei der Erfassung von Leis-

tungsempfänger_innen in der Pflegestatistik nicht zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund differenziert wird (Olbermann 2020: 148), sind quantitative Einschätzungen zu Pflegebedarfen und deren Bewältigung in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (und noch mehr in spezifischen Teilgruppen) allerdings mit großer Unsicherheit behaftet.

Die grundsätzliche Offenheit gegenüber professioneller Pflege unter türkeistämmigen Menschen scheint sich nicht grundsätzlich von der einheimischen Bevölkerung zu unterscheiden. Für die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme professioneller Pflegedienste und -einrichtungen durch türkeistämmige Ältere sind offenbar verschiedene Ursachen maßgeblich: Dazu zählen ein unzureichender Informationsstand bezüglich der professionellen Pflege, eine verbreitet geringe Beschäftigung mit dem Älterwerden im Einwanderungsland und eine Tabuisierung des Alters sowie die Erwartung einer Pflege in der Muttersprache (Krobisch/Sonntag/Schenk 2020). Als Zugangsbarrieren werden zudem eine höhere intergenerationale Solidarität, soziale Benachteiligungen sowie kulturelle Merkmale diskutiert (Kohls 2012: 35ff.; Volkert/Risch 2017; Baykara-Krumme/Vogel 2020: 21ff.; Tezcan-Güntekin et al. 2015: 23ff.). Offenbar stimmen türkeistämmige Migrant_innen eher zu, die Pflege älterer Familienmitglieder zu übernehmen als Personen ohne Migrationshintergrund (Carnein/Baykara-Krumme 2013).

Obwohl stationäre Pflegeeinrichtungen auch in der einheimischen Bevölkerung ein schlechtes Ansehen haben (Boggatz 2019: 128), werden in einigen journalistischen, politischen und auch in manchen wissenschaftlichen Darstellungen Erwartungen an Pflege in türkeistämmigen Bevölkerungsgruppen pauschal als ‚andersartig‘ dargestellt. Darin kommen Prozesse eines Othering zum Ausdruck (Strumpfen 2018: 63ff.). Ein Beispiel dafür sind journalistische Darstellungen zur Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund, die mit Symbolbildern kopftuchtragender Frauen illustriert werden (z. B. Stuttgarter Zeitung 2015; Deutschlandfunk 2017). Obwohl nur ein Teil pflegebedürftiger Älterer mit Zuwanderungsgeschichte weiblich und zugleich muslimisch ist und nur eine Minderheit der Musliminnen Kopftuch trägt (Pfündel 2021: 117ff.), steht dieses Kleidungsstück symbolisch für eine vermeintliche pflegebezogene Alterität migrantischer Pflegebedürftiger. Während die Varianten christlicher Religiosität pflegebezogen kaum thematisiert werden, finden sich Menschen muslimischer Religionszugehörigkeit pauschal als „Muslime“ adressiert. Es geht dann nicht mehr um heterogene Pflegeerwartungen. Vielmehr erscheint die Religionszugehörigkeit als Ursache für bestimmte Anforderungen an die Pflege¹.

Während empirische Studien nur begrenzte Aussagen über pflegerische Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund und einzelnen Herkunftsgruppen zulassen, sind generalisierende bzw. stereotypisierende Darstellungen auch in den Sozialwissenschaften und fachbezogenen Darstellungen der Altenhilfe und Pflege verbreitet (Tezcan-Güntekin/ Razum 2017: 75f.). Die Fokussierung auf einzelne Herkunftsgruppen

1 „Ganz wichtig ist, dass eine muslimische Frau nur von einer Frau gewaschen wird, und ein muslimischer Mann nur von einem Mann“, wird z. B. eine Expertin für islamische Bestattungskultur einleitend in einem Informationstext zur „kultursensiblen Pflege“ (Veit-Engelmann 2019) zitiert.

und Religionsgemeinschaften trägt dazu bei, diese als einheitliche Kollektive zu konstruieren. Zugleich werden sowohl deren innere Heterogenität als auch die Vielfalt kultureller Orientierung ausgeblendet (Tezcan-Güntekin 2021: 58). Obwohl inzwischen zahlreiche ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen Unterstützung für migrantische Klient_innen bieten (Schneekloth et al. 2017), resümiert z. B. der Siebte Altenbericht pauschal: „*Professionelle Hilfen werden weder bei den pflegebedürftigen türkischen Migranten noch von den Russlanddeutschen im nennenswerten [sic] Umfang in Anspruch genommen*“ (BMFSFJ 2016: 196). Gelegentlich wird insinuiert, dass aus kulturellen und religiösen Prägungen mehr oder weniger eindeutige Präferenzen bezogen auf eine familiäre Pflege bzw. eine ablehnende Haltung gegenüber professioneller Unterstützung resultierten (z. B. Aşkın 2018: 684f.; Weintritt 2012: 252; 267f.).

Zwar sind zahlreiche Darstellungen zur Pflegeethik bemüht, ein Othing zu vermeiden (z. B. Schiff/Dallmann 2021: 155ff.). Konzepte der „Kultursensibilität“ verfolgen im Gegenteil das Ziel „kulturellen Festschreibungen“ (Sonntag et al. 2020: 72, s. a. Zanier 2020) zu entgehen und neben kollektiven Prägungen individuelle Bedürfnisse angemessen zu berücksichtigen. Dennoch setzen sich, um Relevanzen zu bündeln und zu pointieren immer wieder Engführungen durch. Viele Thematisierungen von Pflegeerwartungen in der migrantischen Bevölkerung bedienen einen Kulturessenzialismus (Reckwitz 2017: 84ff.), der herkunftsspezifische Merkmale überzeichnet und interethnische Gemeinsamkeiten ebenso ausblendet wie die Unterschiede innerhalb der autochthonen Bevölkerung.

Deutlich ist also, dass man zwar nicht sicher sagen kann, ob und welche herkunftsspezifischen Pflegeerwartungen es gibt. Empirische Befunde liefern Hinweise dafür, dass sich heterogene Erwartungen quer zu den Herkunftsgruppen verteilen. Jedoch wird eine Herkunftsspezifität von Pflegeerwartungen in kulturalisierenden Fremdbeschreibungen regelmäßig behauptet. Daher stellt sich die Frage, wie sich Angehörige einer Herkunftsgruppe selbst positionieren. Wie sprechen Menschen mit Migrationshintergrund über Zusammenhänge zwischen ihrer Herkunft und Erwartungen an Altenpflege? Dieser Zusammenhang wird nachfolgend mithilfe qualitativer Leitfadenterviews untersucht. Vorrangig geht es darum, ob und wie vermeintliche Besonderheiten der ethnischen Herkunft von den Befragten selbst thematisiert und mit Fragen der Altenpflege verknüpft werden. Zu zeigen ist weiterhin, welche Strategien die Befragten beschreiben, mit denen sie auf mögliche Widersprüche und Spannungen zwischen heterogenen Pflegeerwartungen reagieren. Die Konzentration auf eine Herkunftsgruppe liegt nahe, weil die erwähnten Kulturessenzialismen einen strikten Zusammenhang zwischen Herkunft und Pflegeerwartungen behaupten. Wie stellen sich solche behaupteten Zusammenhänge aus der Sicht der Betroffenen dar? Wir grenzen die Untersuchung auf Menschen türkischer Herkunft und muslimischer Religiosität ein, weil ihre ethnische und religiöse Identität besonders im Fokus der öffentlichen (medialen, politischen, wissenschaftlichen) Aufmerksamkeit steht, während z. B. der Einfluss von italienisch-katholischer Herkunft auf Pflegeerwartungen weitaus weniger Beachtung findet. Vergleiche über verschiedene Herkunftsgruppen hinweg wären zweifellos sinnvoll und nötig, überschreiten jedoch den Rahmen der vorliegenden Untersuchung.

3. Datenerhebung und -analyse

Am Beginn der Untersuchung stand die explorative Frage nach subjektiven Sichtweisen zur Altenpflege unter eingewanderten Personen und ihren Nachkommen. Wir entschieden uns, diese Frage mithilfe der Grounded Theory-Methodologie (GTM; Strauss/Corbin 1996) zu bearbeiten und das Ziel der Untersuchung zunächst offen zu halten. Als Erhebungsmethode wurden qualitative Leitfadeninterviews gewählt. Um die migrationsbezogenen und sonstigen biographischen Voraussetzungen der Befragten vergleichbar zu halten, begrenzten wir die Erhebung auf türkeistämmige Befragte. Der Feldzugang erfolgte über Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, in denen zum Erhebungszeitpunkt vermehrt Kontakte zu älteren Migrant_innen und ihren Angehörigen bestanden. 2017/18 führte einer der Verfasser zunächst sechs qualitative Leitfadeninterviews mit Angehörigen hochaltriger, zumeist pflegebedürftiger und/oder demenzerkrankter Personen, die einen türkischen Migrationshintergrund haben. Alle Befragten wurden über den ausschließlich forschungsbezogenen Erhebungszweck informiert. Die Teilnahme war freiwillig und eine Ablehnung mit keinerlei Nachteilen verbunden. Die Bestimmungen des Datenschutzes und das Prinzip der informierten Einwilligung waren maßgeblich.

Diese Interviews werden nachfolgend mit A1 bis A6 benannt. Bei den Befragten handelt es sich um erwachsene Kinder dementiell erkrankter pflegebedürftiger Personen (A1, A2, A4) oder um die jeweilige Ehepartnerin (A3, A5). Bei A6 handelt es sich um einen Mann, dessen Eltern hochaltrig, aber nicht pflegebedürftig sind. Beim Interview A4 war zusätzlich ein Geschwisterteil der befragten Person anwesend, woraus sich eigenständige Gesprächsbeiträge ergaben (bezeichnet als A4b). Im Interview A5 fungierte der Sohn der Befragten als Übersetzer und brachte teilweise eigene Sichtweisen in das Interview ein (A5b). Drei der Befragten befanden sich in der Altersspanne von 50 bis 60 Jahren, zwei zwischen 40 und 50 und eine Person ist ca. 35 Jahre alt. Männer und Frauen sind gleichermaßen beteiligt. Die Interviews wurden in deutscher Sprache geführt und vollständig transkribiert. Gesprächsorte waren zumeist jene Einrichtungen, über welche wir auch die Befragten rekrutiert hatten.

Die Befragten waren gebeten, über ihre Vorstellungen von einer „guten Pflege“, über Erwartungen an und Erfahrungen mit Pflege, generationale Unterschiede und die Rolle von privaten Netzwerken bei der Pflege zu sprechen. Nachfragen wurden nur zur Aufrechterhaltung der Interviews und zur immanenten Vertiefung von Themen gestellt, welche die Befragten selbst eingebracht hatten. Aufgrund des Feldzugangs über professionelle Einrichtungen trafen wir auf Befragte, die sich grundsätzlich abgeschlossen zeigten, bei einem Pflegebedarf nötigenfalls auf professionelle Unterstützung zurückzugreifen.

Die Analyse orientierte sich ebenfalls an der GTM. Zunächst wurde das Datenmaterial offen kodiert. Das axiale Kodieren erfolgte zuerst fallspezifisch, dann fallübergreifend bezogen auf identifizierte Phänomene. Ergebnisse und Diskussionen zur Datenanalyse im Forschungsteam sowie Überlegungen zur Erhebung und Fragestellung wurden in Memos festgehalten. Im Sinne des Theoretical Sampling wurden weitere

Interviews berücksichtigt, die 2019/20 im Rahmen eines Forschungsprojektes zu sozialen Dienstleistungen für ältere Migrant_innen in religiösen Gemeinschaften geführt worden waren (Breuer/Herrlein 2020). Dazu zählen zunächst drei Interviews mit Vorstandsmitgliedern türkisch geprägter Moscheevereine (B1 bis B3)². Für weitere Vergleiche wurde ein 2016 geführtes Interview mit einer türkeistämmigen Frau herangezogen (B4). Die Befragte war beruflich in Gesundheits- und Pflegeberufen tätig. Diesen vier Fällen ist gemeinsam, dass die Befragten einer mittleren Altersgruppe angehören und in ihrem familiären Umfeld keinen Pflegebedarf haben. Sie waren ebenfalls gebeten, über ihre Wahrnehmung älterer türkeistämmiger Menschen sowie über ihre Erfahrungen mit und Erwartungen an Pflege im Alter zu sprechen. Auf diese Weise konnten auch Sichtweisen einbezogen werden, die nicht durch manifeste Pflegebedarfe im unmittelbaren familialen Umfeld geprägt waren. Eine theoretische Sättigung wurde nicht erzielt. Dies lag neben den zeitlich begrenzten Ressourcen insbesondere daran, dass die Interviews zumeist durch die Vermittlung professioneller Einrichtungen zustanden gekommen waren. Dagegen konnten wir keine Interviews mit Personen führen, die professioneller Pflege sehr kritisch gegenüberstehen. Dazu fehlten sowohl geeignete Gatekeeper_innen als auch Interviewer_innen, die Erhebungen in türkischer Sprache durchführen können.

Auf der Basis des axialen Kodierens und der paradigmatischen Modellen zu Pflegevorstellungen arbeiteten wir abschließend Leitbilder der Pflege heraus. Lück und Diabaté (2015) verstehen unter Leitbildern normative Vorstellungen, welche die Aufmerksamkeit auf bestimmte Zusammenhänge richten und darauf bezogene Handlungsorientierungen in einem spezifischen Lebensbereich vermitteln. Solche Leitbilder finden sich auf individueller Ebene, sind aber auch charakteristisch für bestimmte Kollektive auf Meso- und Makroebene, wie z. B. Generationen, Regionen oder soziale Milieus. Es handelt sich um „Bündel aus kollektiv geteilten bildhaften Vorstellungen des ‚Normalen‘, das heißt von etwas Erstrebenswertem, sozial Erwünschtem und/oder mutmaßlich weit Verbreitetem, also Selbstverständlichem“ (ebd., 19). Die Analyse knüpft an diese Definition von Leitbildern an. Bezogen auf die Thematik der Pflege älterer Menschen beruhen solche Leitbilder auf Vorstellungen darüber, was in pflegerischer Hinsicht als ‚normal‘ gilt oder wie Pflege ‚richtigerweise‘ zu gestalten sei (Breuer 2017).

4. Ergebnisse

4.1 Zwei Pflegeleitbilder

Über die Interviews hinweg sind verschiedene Leitbilder zur Pflege älterer Menschen erkennbar. Die nachfolgende Darstellung fokussiert sich auf zwei Pflegeleitbilder, die im Material besonders deutlich ausgeprägt sind. Eines davon ist in jedem analysierten

2 „Es handelt sich um Teilergebnisse des Forschungsprojektes „Religiöse Migrantengemeinden als Kooperationspartner von Altenhilfe und Seniorenarbeit in Nordrhein-Westfalen/ReMigAS NRW“ (10/2018-12/2020). Das Projekt wurde gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) und unterstützt durch die Katholische Hochschule NRW.

Interview nachweisbar. Ein zweites wird nur von einer Teilgruppe der Befragten wiedergegeben, und zwar als Kontrast zu dem ersten Leitbild.

Das erste Leitbild bezeichnen wir als ethnisiert-normativ: Es geht von der Erwartung aus, dass die Altenpflege von Familienangehörigen, insbesondere von den Kindern der Gepflegten sowie von Ehepartner_innen, nötigenfalls auch von weiteren Verwandten zu übernehmen sei. Dadurch wird eine familiäre Sorgeerwartung reproduziert, die natürlich nicht nur unter Migrant_innen, sondern auch in der Gesamtbevölkerung häufig anzutreffen ist. Charakteristisch für unser Material ist allerdings, dass diese Erwartung ethnisiert begründet wird, indem die Befragten sie als spezifisch für türkeistämmige Bevölkerungsgruppen beschreiben. Dieses Muster findet sich in allen berücksichtigten Interviews. Manche Befragte machen es zur Grundlage ihrer eigenen Positionierung, indem sie familiäre Pflege einfordern. Bei anderen wird das genannte Pflegeleitbild relativiert oder sie positionieren sich direkt dagegen. Alle Befragte gehen jedoch von der doppelten Annahme aus, dass für die Erwartung familiärer Pflege charakteristisch für türkische Einwanderer_innen, und dass sie sich dahingehend von der einheimischen Bevölkerung unterscheiden.

Das zweite Pflegeleitbild nennen wir assimilativ-pragmatisch: Es verzichtet auf ethnisierende Bezüge und geht stattdessen von Kriterien aus, die von den Befragten als gültig für die Gesamtbevölkerung verstanden werden. Familiäre und religiöse Relevanzen werden zwar thematisiert, aber nicht so, dass sich daraus unmittelbar verbindliche Anforderungen an die Pflege ergeben würden. Vielmehr stehen ‚pragmatische‘ Argumente im Vordergrund: Die Befragten sind der Ansicht, dass situations- und ressourcenabhängig entweder familiäre oder professionelle Formen der Pflege und Betreuung vorrangig seien. Dieses zweite Muster findet sich in solchen Interviews, in denen das ethnisiert-normative Leitbild abgelehnt oder zumindest relativiert wird.

Die beiden Pflegeleitbilder lassen sich jeweils mithilfe von sechs Kategorien charakterisieren, von denen die Präferenz für Pflegeformen abhängig gemacht wird. Diese Kategorien mit ihren Ausprägungen werden im Folgenden vorgestellt. Eine Übersicht findet sich in Tabelle 1.

4.2 Ethnisiert-normatives Pflegeleitbild

(1) Die Befragten thematisieren ein Pflegeleitbild welches sie als ‚spezifisch türkisch‘ verstehen: *„in unserer Kultur ist es so: [...] meine Kinder müssen auf mich aufpassen eigentlich, oder [mich] pflegen“* (A5b)³. Unabhängig davon, ob sie dieses Leitbild auch selbst vertreten, nehmen sie eine Selbstethnisierung vor: Sie sehen sich als Teil eines ethnischen Kollektivs, für welches dieses Leitbild insgesamt charakteristisch sei. Um diese Verknüpfung zwischen spezifischen Erwartungen an Pflege mit der Herkunftskultur zu begründen, wird auf Erfahrungen und Normen aus dem Herkunftsland verwiesen.

³ Grammatische Fehler wurden bereinigt und mhm/ähs sowie Wortwiederholungen gestrichen.

Kategorien	Pflegeleitbild	
	1 Ethnisierend-normativ	2 Assimilativ-pragmatisch
(1) Kollektive Identität	Pflegeerwartungen resultieren aus ethnischer Herkunft	herkunftsunabhängige Pflegeerwartungen
(2) Private Lebensformen	Großfamilie als idealisierte Verantwortungsgemeinschaft	(Un-)Vereinbarkeit von familiären und beruflichen Anforderungen
(3) Religion	religiös begründete Pflegenormen	religionsunabhängige Pflegenormen
(4) Bewertung professioneller Pflege		
4a: stationär	4a: strikte Ablehnung	4a/b: Abwägung von Vor-/Nachteilen
4b: ambulant	4b: zulässig, sofern herkunftsspezifische Erwartungen berücksichtigt werden	
(5) Folgen der Inanspruchnahme professioneller Pflege	Bestrafung	Hilfe, Unterstützung
5a: für Pflegebedürftige	5a: Stress, vorzeitiger Tod	
5b: für Angehörige	5b: Ehrverlust, jenseitige Strafen	
(6) Generationaler Wandel	abnehmende Relevanz des Leitbildes	Generationskonflikt

Tab. 1: Gegenüberstellung der Pflegeleitbilder. Eigene Darstellung.

(2) Die Befragten beschreiben in idealisierender Form Erfahrungen mit Pflege in ihrer (Herkunfts-)Familie und leiten daraus Regeln für die Gestaltung von Pflege ab. Sie berichten, wie es bei Eltern, Großeltern oder weiteren Verwandten üblich gewesen sei: „*Meine Mutter hat bis zum Tod ihre Mutter gepflegt. [...] Das wird ja bei uns auch noch nicht anders sein*“ (A6).

(3) Sehr viel seltener als ethnische und familiäre Traditionen werden religiöse Anforderungen an Pflege thematisiert. Gelegentlich werden jedoch Verbindungen zwischen religiöser Identität und dem Pflegeleitbild hergestellt. Zum Beispiel verlange der Koran, dass man die Eltern „*bis zum Lebensende pflegen muss, oder um [sie] sich kümmern muss*“ (A6). Sofern man bei der Pflege professionelle Hilfe in Anspruch nimmt, müssten diese mit den religiösen Normen vereinbar sein.

(4) Professionelle Pflegedienste und -einrichtungen erscheinen als ungeeignet für türkische Einwanderer_innen. Dabei wird „Pflege“ zumeist mit stationären Pflegeheimen gleichgesetzt. Allenfalls, wenn sich in der Familie z. B. aus gesundheitlichen Gründen niemand um die älteren Menschen kümmern könne, „*DANN kommen sie halt in so ein Pflegeheim. Aber das ist wirklich eine Rarität im Ausnahmezustand*“ (B4). Zwar gelten Pflegeheime den Befragten aus ähnlichen Gründen als problematisch, die auch in der Gesamtgesellschaft häufig genannt werden: Ältere Menschen würden aus „ihrer gewohnten Umgebung raus[ge]holt“; man „gibt“ sie in ein Pflegeheim, mache sie also zum fremdbestimmten Objekt. Charakteristisch ist aber, dass die Befragten diese Pflegeheimkritik als spezifisch für ihre Herkunftsgruppe sehen: „*es ist so'n Abgeben für uns*

dann, wenn wir halt so unsere Älteren dann irgendwo in Pflegeheim bringen“ (B4). Dass man Pflegeheime als Orte sehe, an die ältere Menschen abgeschoben werden, sei „gerade in UNSERER Kultur ganz schlimm“ (A3). Wenn überhaupt professionelle Unterstützung in Betracht gezogen wird, dann kann man sich Unterstützung durch ambulante Pflegedienste vorstellen.

(5) Die Befragten sprechen vielfach über Befürchtungen, die sich realisieren würden, sofern gegen das ethnisiert-normative Leitbild verstoßen wird. Die in einem Pflegeheim erwartete Isolation habe zur Folge, dass „der Patient [...] mehr Stress kriegen [wird], und je stressiger der wird umso schlimmer wird es dann für ihn“ (A5b). Aufgrund der gegenüber der Mehrheitsgesellschaft abweichenden „Mentalität“ und der Sprachunterschiede werden Pflegeheime als Orte des Todes und der Einsamkeit markiert. Sofern Angehörige gegen das Tabu der Heimpflege verstoßen, hätten diese innerhalb der türkischen Herkunftsgruppe mit Verachtung zu rechnen: „Wenn ein Familienangehöriger in ein HEIM kommen, das ist dann eine Ehrensache, und dann denken viele: Ah, der kümmert sich um seine Mutter nicht, oder um seinen Vater nicht [...]. Du würdest als schlechter Mensch angesehen“ (A2).

(6) Das ethnisiert-normative Leitbild wird von allen Befragten als instabil und gefährdet beschrieben. Es erscheint, sowohl in den Darstellungen seiner Befürworter_innen, als auch aus Sicht der Kritiker_innen als überkommener Normenkomplex, der ‚gerade noch‘ aufrecht erhalten werden könne. Über die Interviews hinweg zeigt sich, dass ein generationaler Wandel sowie Anpassungen an das Einwanderungsland als Ursache dafür verstanden werden, dass das traditionelle Pflegeleitbild an Unterstützung verliert: „Von Generation zu Generation lässt das ein bisschen nach“ (A6).

4.3 Assimilativ-pragmatisches Pflegeleitbild

(1) Die Befragten gehen davon aus, dass ihre Erwartungen an Pflege identisch mit jenen Erwartungen sind, die ihrer Auffassung nach in der Mehrheitsgesellschaft dominieren. So wird angenommen, dass ethnische oder herkunftslandbezogene Differenzen für Erwartungen und Praktiken der Pflege bedeutungslos seien: „Egal, in welche Kultur man geht, also man kümmert sich auf jeden Fall um die kranke Person“ (A1). Andere Befragte unterscheiden zwar zwischen ‚traditionell-türkischen‘ Erwartungen (im Sinne des ersten Leitbildes) und solchen der Mehrheitsgesellschaft, allerdings seien diese Unterschiede für die eigene Stellungnahme bedeutungslos. Gewandelte Rahmenbedingungen führten dazu, dass sich ‚frühere‘ Praktiken und Regeln aus der Türkei nicht auf das ‚heutige‘ Leben in Deutschland übertragen lassen.

(2) Die Befragten gehen zwar von der Norm aus, nahe Verwandte zu unterstützen. Pflegerische Aufgaben müssten jedoch mit anderen Verpflichtungen, insbesondere Kindererziehung, Beruf und Haushaltsführung vereinbart werden. Der Sorgeverantwortung könne man nötigenfalls gerecht werden, indem man sich um die Bereitstellung und Finanzierung professioneller Unterstützung kümmert. Anders als im vorangehenden Pflegeleitbild, welches generell an die Verantwortung der nächsten Angehö-

rigen appelliert, wird eine Schwelle angenommen, ab der eine pflegerische Unterstützung der eigenen Eltern nicht mehr möglich sei: „*Es kommt darauf an*“ (A1), wie stark der Pflegebedarf sei, ob man der Sorge ‚noch‘ innerhalb der Familie nachkommen könne oder ob professionelle Hilfe nötig sei.

(3) Sofern sich die Befragten als religiös beschreiben, leiten sie aus ihrer Religionszugehörigkeit nicht ab, dass die Pflege innerhalb der Familie zu leisten sei. Grundsätzlich werden keine Widersprüche zwischen Religion und professioneller – ambulanter wie stationärer – Pflege gesehen. Auch unter den Vorsitzenden von Moscheevereinen waren mehrere Befragte, die zwar von verbreiteten, auch religiös begründeten Vorbehalten gegenüber professioneller Pflege in ihren Gemeinden sprechen, diese jedoch selbst nicht teilen.

(4) Während das erste Pflegeleitbild vorrangig mit zeitlich und räumlich entfernten Erfahrungen der Pflege im Herkunftsland begründet wird, greift das zweite Leitbild auf Erfahrungen mit manifesten Pflegebedarfen in Deutschland zurück, wobei sowohl solche mit häuslicher, als auch mit stationärer Pflege thematisiert werden. Ambulante Pflegedienste ebenso wie Pflegeheime werden zwar durchaus kritisch betrachtet. Pflegekräfte hätten z. B. häufig zu wenig Zeit, um auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen einzugehen. „*Das hat aber mit kulturellem [Hintergrund] nichts zu tun*“ (A2).

(5) Die Befragten erwarten keine Sanktionen, die auf die Nutzung professioneller Unterstützung folgen würden. Vielmehr wird die Inanspruchnahme professioneller Dienste und Einrichtungen als überwiegend hilfreich beschrieben.

(6) Kritiker_innen des ersten Leitbildes sind noch stärker als dessen Befürworter_innen der Ansicht, überkommene Erwartungen an Pflege seien nicht mehr aufrecht zu erhalten („*die Zeiten sind vorbei*“, B2). Während viele Jüngere sich durch ihre Berufstätigkeit und familiäre Pflichten gebunden sehen, seien „*viele jetzige Rentner, erste Generation, nicht so wie wir*“ und forderten: „*so, meine Kinder müssen mich pflegen*“ (B2). Die generationale Differenz wird aus Sicht dieser Befragten zur Quelle eines Generationskonfliktes.

4.4 Strategien

Wie gehen die Befragten mit den beiden Pflegeleitbildern um, d. h. welche handlungsbezogenen oder argumentativen Strategien im Blick auf die Bewältigung eines möglichen oder manifesten Pflegebedarfs leiten sie daraus ab? Bezogen auf das erste Leitbild lassen sich Strategien einem Spektrum zwischen Bestätigung und Ablehnung zuordnen. Das zweite Leitbild wird ausschließlich affirmativ thematisiert, d. h. Belege finden sich nur bei solchen Befragten, die das traditionelle Leitbild ablehnen. Eine Übersicht der Strategien in Relation zu den Pflegeleitbildern ist in Abbildung 1 dargestellt. Im Folgenden werden die Strategien im Einzelnen erläutert.

Familiäre Pflege einfordern bzw. leisten: Befragte, die das ethnisiert-normative Pflegeleitbild vertreten, halten es für selbstverständlich, dass türkeistämmige Personen

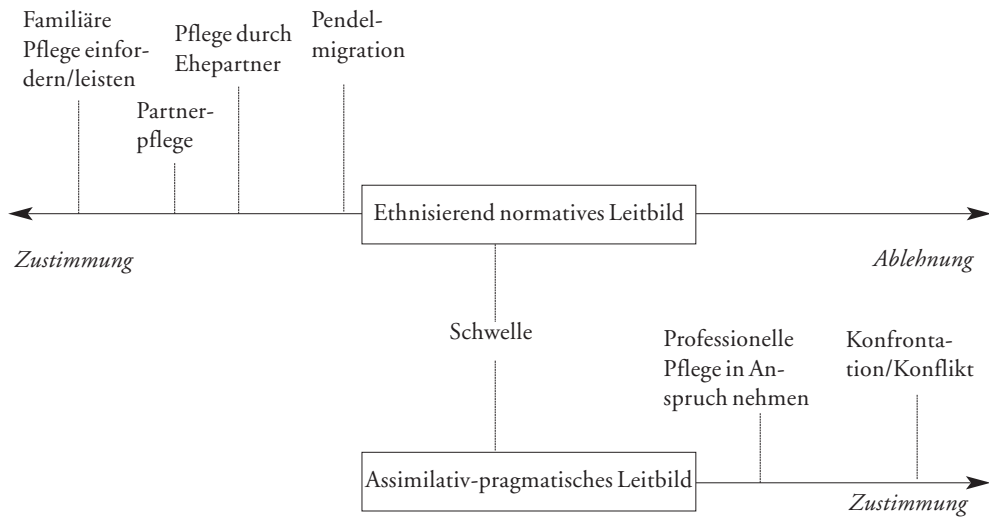


Abb. 1: Gegenüberstellung der leitbildspezifischen Strategien. Eigene Darstellung.

ihre nächsten Verwandten im häuslichen Umfeld selbst pflegen. Da im Idealfall die Töchter bzw. Schwiegertöchter zuständig seien, wird Partnerpflege als nachrangige Strategie (als ‚Ersatzlösung‘) beschrieben, falls eine Pflege durch die Kinder nicht erfolgt. Sofern im Inland keine Verwandten leben, die dazu in der Lage sind, könnten möglicherweise Verwandte aus dem Herkunftsland zum Zweck der Pflege nach Deutschland kommen (Pendelmigration).

Professionelle Pflege in Anspruch nehmen: Befragte, die sich durch Beruf und Familie, ehrenamtliche Engagements oder Freizeitaktivitäten an der Übernahme von Pflegeleistungen gehindert sehen, halten den Rückgriff auf professionelle Unterstützung für naheliegend. Diese Position wird mithilfe von Erzählungen über gute Erfahrungen mit professioneller Pflege bei pflegebedürftigen Eltern oder Freunden legitimiert. Man müsse für eine verbesserte Akzeptanz von professioneller, und insbesondere auch stationärer Pflege werben.

Abgestufte Geltung der beiden Pflegeleitbilder: Manche Befragte lehnen professionelle Pflege zwar grundsätzlich ab, können sich einen Rückgriff darauf aber dennoch vorstellen, sofern keine anderen Möglichkeiten bereitstehen. Sie sehen für das ethnisierend-normative Pflegeleitbild keine absolute Geltung vor, sondern gehen von einer Schwelle aus, ab der auch andere Pflegeformen infrage kommen. Die Überschreitung dieser Schwelle erscheint als legitim, sofern die zur Pflege nötigen Ressourcen nicht verfügbar sind. Professionelle Pflege müsse jedoch ethnisch, kulturell oder religiös legitimierte Normen berücksichtigen.

Konfrontation/Konflikt: Mehrere Befragte, die das assimilativ-pragmatische Leitbild vertreten, sehen sich in einem Zwiespalt. Einerseits schreiben sie ihren Verwandten Erwartungen nach familiärer Pflege zu. Andererseits sehen sie sich nicht in der Lage, im Bedarfsfall Pflege zu übernehmen. Innerhalb der Familie trafen unvereinbare

Positionen aufeinander. Ein Sohn einer Pflegebedürftigen beschreibt wie er gegenüber seinem ca. 85-jährigen Vater offensiv für eine stationäre Pflege seiner erkrankten Mutter eingetreten sei, da die Pflege zuhause nicht adäquat zu leisten gewesen sei. Dagegen habe der Vater professionelle Pflege vehement abgelehnt. Er übernahm die Pflege selbst, bis er beim Anheben seiner Frau einen Leistenbruch erlitt: „*er konnte meine Mutter nicht mehr pflegen. Dann (2s) hab ich meine Mutter nach hier [in ein Pflegeheim, MB/CF] verlegt*“ (A2). Daraus hätten wiederum Konflikte mit weiteren Verwandten resultiert, von denen er sich als „böser Mensch“ bezeichnet sah. Die Konfrontation der beiden Leitbilder wird als leidvoller Prozess geschildert.

5. Diskussion und Fazit

Die Analyse zeigt, dass nicht spezifische Erwartungen an Pflege charakteristisch für die ethnische Herkunftsgruppe sind, sondern dass die ethnische Spezifität von Pflegeerwartungen diskursiv, über Selbst- und Fremdbeschreibungen hergestellt wird. Im zweiten Abschnitt hatten wir ethnisierende und kulturalisierende Fremdbeschreibungen von Pflegeerwartungen in der türkeistämmigen Bevölkerung aufgezeigt. Die Analyse der Interviews zeigt nun Selbstbeschreibungen in der türkeistämmigen Bevölkerung, denen zufolge Präferenzen für familiäre und häusliche Pflege aus ethnischen Traditionen zu erklären seien. Es kann von Selbstethnisierungen gesprochen werden, da solche Beschreibungen unabhängig davon sind, ob derartige Präferenzen tatsächlich durch eine türkische Kultur geprägt sind. Unabhängig davon führen andere (hier nicht untersuchte) Herkunftsgruppen ähnliche Präferenzen für familiäre Pflege, wie sie auch in der Gesamtbevölkerung weit verbreitet sind, auf ihre jeweiligen ethnischen und religiösen Traditionen zurück (Ibrahim/Bayen 2019). Insgesamt zeigt sich daher eine Dialektik von Selbst- und Fremdbeschreibungen. Dadurch wird die Konstruktion aufrecht erhalten, es gebe herkunftsspezifische Pflegeerwartungen, obwohl die damit bezeichneten Erwartungen herkunftsunabhängig anzutreffen sind.

Die herausgearbeiteten Pflegeleitbilder tragen offenkundig als Identitätsgeneratoren zu den Selbstbildern der Befragten bei. Dieser Befund korrespondiert mit der Auffassung von Brubaker (2007: 21ff.), wonach es sich bei ethnischen Identitäten gleichermaßen um kognitive Schemata wie um praktische Kategorien handelt, die sich in Diskursen formieren und reproduzieren. Das ethnisierend-normative Pflegeleitbild, von dem alle (!) Befragten annehmen, dass es für die türkische Herkunftsgruppe spezifisch sei, stärkt, indem es thematisiert wird, vermutlich die Kohäsion der ethnischen Gruppe. Auch diejenigen, die dieses Leitbild ablehnen, identifizieren sich in der Thematisierung ihrer Ablehnung co-ethnisch („wir“, „bei uns“). Die Reproduktion beider Pflegeleitbilder trägt zur Aufrechterhaltung einer „imagined community“ türkeistämmiger Einwanderer_innen bei. Für die Unterstützung älterer Menschen resultieren daraus ambivalente Effekte (Karl 2012): Einerseits erscheint die Familie als Unterstützungsgemeinschaft, an die sich auch diejenigen gebunden sehen, die das traditionelle Leitbild ablehnen. Andererseits wird eine frühzeitige Auseinandersetzung mit profes-

sionellen Unterstützungsmöglichkeiten erschwert, indem die Illusion aufrecht erhalten bleibt, dass mit der pflegerischen Unterstützung durch Angehörige zu rechnen sei.

Widersprüche und Spannungen der Pflegeleitbilder zeigen sich in erster Linie für Angehörige Pflegebedürftiger. Erkennbar war, dass die Befragten ihre Positionierungen zwischen den beiden Leitbildern teilweise verändert hatten, nachdem es zu manifesten Pflegebedarfen kam. Solche Dynamiken verdienen nähere Aufmerksamkeit. Sie erschweren die angemessene Versorgung derjenigen, die Unterstützung benötigen. Zu untersuchen wäre die Relevanz physischer, materieller und zeitlicher Limitationen für die Positionierung zwischen den beiden Leitbildern sowie die Rolle innerfamiliärer Kräfte- und Machtverhältnisse. Konflikte ergeben sich charakteristischerweise zwischen jenen Teilgruppen, die von den Befragten als „Generationen“ thematisiert werden. Die Interviews zeigen, dass die Familien, ausgelöst durch den Pflegebedarf, zu Arenen intergenerationeller Konflikte um die angemessene Form der Pflege werden. In der Auseinandersetzung um Leitbilder der Pflege, das wurde durch die identifizierten Strategien deutlich, werden zugleich generationelle Differenzen um die Verortung zwischen Herkunfts- und Einwanderungsland ausgetragen.

Die Analyse ist nicht ohne Limitationen: Die geringe Zahl der Befragten ermöglichte keine Differenzierung der Ergebnisse nach sozialstrukturellen Merkmalen. In weiterführenden Untersuchungen wäre es hilfreich, Teilgruppen der türkeistämmigen Bevölkerung sowie andere migrantische Gruppen zu berücksichtigen. Von uns wurden vorrangig deutsch sprechende türkische Einwanderer_innen befragt, die offen für professionelle und präventive Hilfestellungen im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems sind. Über die beiden herausgearbeiteten Muster hinaus deuten sich in einzelnen Interviews weitere Leitbilder an, denen mit weiterentwickelten Leitfäden und einem erweiterten Sample nachgegangen werden sollte. Nennenswert ist ein Leitbild, welches auf dem (in Abschnitt 4.4 genannten) Konzept der Schwelle basiert. Demnach wird bei spezifischen Unterstützungsbedarfen eine Verknüpfung von Pflegerwartungen mit der ethnischen Herkunft abgelehnt. Auch ein Leitbild, welches Herkunftskultur und religiöse Identität als vollständig unabhängig von der Pflege thematik sieht und sich dabei auch nicht auf das ethnisiert-normative Leitbild bezieht, ist zumindest theoretisch denkbar. In einer Öffentlichkeit jedoch, in der beständig eine Wahlverwandtschaft von türkischer Herkunft, muslimischer Religiosität und familiärer Pflege behauptet wird, hätte dieses hypothetische Leitbild kaum Plausibilitätschancen. Unsere Befragten dagegen orientieren sich mit ihren Leitbildern offensichtlich an jenen kulturessentialistischen Diskursen, die für unsere Gegenwart prägend sind.

Literatur

- Aşkın, B. (2018): Kultursensible Altenhilfe und Pflege in der Migrationsgesellschaft. In: Blank, B./Gögercin, S./Sauer, K./Schrambowski, B. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Wiesbaden: Springer VS, 681–691
- Baykara-Krumme H./Vogel C. (2020): Altern im Migrationskontext. In: Schroeter K./Vogel C./Künemund H. (Hrsg.): Handbuch Soziologie des Alter(n)s. Wiesbaden: Springer VS, 1–32

- Boggatz, T. (2019): *Betreutes Wohnen. Perspektiven zur Lebensgestaltung bei Bewohnern und Betreuungspersonen*. Berlin/Heidelberg: Springer
- Breuer, M. (2017): *Leitbilder der Pflege in religiösen Migrantengemeinden. Eine Untersuchung am Beispiel von Moscheevereinen*. In: Schirra-Weirich, L./Wiegelmann, H. (Hrsg.): *Alter(n) und Teilhabe. Herausforderungen für Individuum und Gesellschaft*. Opladen: Barbara Budrich, 61–73
- Breuer, M./Herrlein, J. (2020): *Unterstützung von älteren Menschen in Moscheegemeinden: Anschlussstellen für die professionelle Altenhilfe? Migration und Soziale Arbeit* 4, 359–365
- Brubaker, R. (2007): *Ethnizität ohne Gruppen*. Hamburg: Hamburger Ed.
- BMFSFJ/ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): *Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin
- Carnein, M./Baykara-Krumme, H. (2013): *Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: Eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen*. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 25(1), 29–53
- Deutschlandfunk (2017): *Migration und Pflegebedürftigkeit – Durchs Netz gefallen*, 01.04.2017, online: <https://www.deutschlandfunk.de/migration-und-pflegebeduerftigkeit-durchs-netz-gefallen.724.de.html?dram:article_id=382845> [Stand: 2021-06-30]
- Ibrahim, C. M./Bayen, U. J. (2019): *Attitudes toward aging and older adults in Arab culture. A literature review*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52(3), 180–187
- Karl, U. (2012): *Imagined communities und imagined families in der sozialen Unterstützungsforschung am Schnittpunkt von Migrations- und Altersforschung*. *Soziale Passagen*, 4, S. 203–216
- Kohls, M. (2012): *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel*. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
- Krobisch, V./Sonntag, P.-T./Schenk, L. (2020): *Was braucht eine gute Pflege? Spezifika der Versorgung am Beispiel älterer Migrantinnen und Migranten aus der Türkei*. In: Schenk, L./Habermann, M. (Hrsg.): *Migration und Alter*. Berlin: De Gruyter, 57–70
- Lück, D./Diabaté, S. (2015): *Familienleitbilder: Ein theoretisches Konzept*. In: Schneider, N.F./Diabaté, S./Ruckdeschel, K. (Hrsg.): *Familienleitbilder in Deutschland. Kulturelle Vorstellungen zu Partnerschaft, Elternschaft und Familienleben*. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich, 19–28
- Okken, P.K./Spallek, J./Razum, O. (2008): *Pflege türkischer Migranten*. In: Bauer, U./Bücher, A. (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 396–422
- Olbermann, E. (2020): *Pflegebedürftige ältere Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörige*. In: Woopen, C./Janhsen, A./Mertz, M./Genske, A. (Hrsg.): *Alternde Gesellschaft im Wandel. Zur Gestaltung einer Gesellschaft des langen Lebens*. Berlin: Springer, 143–160
- Pfündel, K./Stichs, A./Tanis, K. (2021): *Muslimisches Leben in Deutschland 2020. Studie im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
- Reckwitz, A. (2017): *Die Gesellschaft der Singularitäten. Zum Strukturwandel der Moderne*. Berlin: Suhrkamp
- Schiff, A./Dallmann, H. U. (2021): *Ethik in der Pflege*. München: Reinhardt/ UTB
- Schneekloth, U./Geiss, S./Pupeter, M. (2017): *Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)*. München
- Sonntag, P.T./Krobisch, V./Schenk, L. (2020): *Wie migrationssensibel ist die ambulante Pflege? In: Schenk, L./Habermann, M. (Hrsg.): Migration und Alter*. Berlin/Boston: De Gruyter, 71–80.
- Strauss, A.L./Corbin, J. (1996): *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union. [Orig. 1990]
- Strumpfen, S. (2018): *Ältere Pendelmigranten aus der Türkei. Alters- und Versorgungserwartungen im Kontext von Migration, Kultur und Religion*. Bielefeld: transcript Verlag
- Stuttgarter Zeitung (2015): *Altenpflege in Stuttgart Nachholbedarf bei der Pflege von Migranten*, 23.09.2015, online: <<https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.altenpflege-in-stuttgart-nachholbedarf-bei-der-pflege-von-migranten.aed32ad6-ece9-4205-9650-492e5992ee8c.html>> [Stand 2021-11-03]

- Tezcan-Güntekin, H./Breckenkamp, J./Razum, O (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Berlin: Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration.
- Tezcan-Güntekin H./Razum O. (2017): Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund. In: Jacobs K./Kuhlmeier A./Greß S./Schwinger A./Klauber J. (Hrsg.): Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Pflegebedürftigen und ihre Versorgung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 73–82
- Tezcan-Güntekin, H. (2021): Kulturelle Diversität in der Pflege - Bedeutung einer diversitätssensiblen Pflege für die Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen. In: Bonacker, M./Geiger (Hrsg.): Migration in der Pflege. Berlin: Springer, 51–78
- Veit-Engelmann, M. (2019): Kultursensible Pflege: Abweisungen muss man aushalten können, 28.05.2019, online: <https://www.evangelische-konfoederation.de/nachrichten/nachrichten2019/kultursensible_altenpflege> [Stand 2021-11-03]
- Volkert, M./Risch, R. (2017): Altenpflege für Muslime. Informationsverhalten und Akzeptanz von Pflegeangeboten. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
- Weintritt, O. (2012): Altersbilder im Islam und unter Muslimen in Deutschland und Körperbilder im Islam. In: Berner, F./Rossow, J./Schwitzer, K.P. (Hrsg.): Individuelle und kulturelle Altersbilder. Expertisen zum sechsten Altenbericht der Bundesregierung, Band 1. Wiesbaden: Springer VS, 231–288
- Zanier, G. (2020): Darstellung und Reflexion interkultureller Öffnungsprozesse in der stationären Altenhilfe. In: Schilder, M./Brandenburg, H. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 159–185.

Prof. Dr. phil. Marc Breuer

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Sozialwesen
Leostr. 19, 33098 Paderborn, m.breuer@katho-nrw.de (Korrespondenzadresse)

Christoph Frohn, MA

Universität Duisburg-Essen, Institut für Soziologie, Lotharstraße 65, 47057 Duisburg
christoph.frohn@uni-due.de

Helen Kohlen, Sabine Könninger, Nils Fischer

Die Bedürfnisse der Anderen und Sorgekompetenz von Pflegenden im Krankenhaus

The needs of others and caring competence in the hospital

Dealing with patients' needs is part of the everyday work of nursing and medicine. Particular care is required when the needs of others are unknown and not easily understood, for example because of language barriers or because they cannot be categorized in familiar ways of thinking and acting. If reflection and questioning of the usual classification is not successful, there is a danger of culturalization, i.e. the identified culture, for example "Turkish", is used to justify the actions of "the Turkish patient". A critical examination of approaches to intercultural nursing from recent years (Leininger 1978, Domenig 2007, Agbih 2014) leads to questioning the concept of "culture" altogether. This is because a focus on "the culture" can prevent perceiving structural, economic, and other inequalities and grasping them as problems independent of culture. In dealing with patients who are perceived as foreign, misinterpretations can occur in addition to solidifications and reproductions of cultural attributions (Tezcan-Güntekin 2019). In order to do justice to the complexity of diversity and the needs of others, an intersectional approach and diversity-friendliness is necessary. The theoretical approaches of Joan Tronto and Seyla Benhabib fulfil this requirement. While Tronto offers a care-ethical approach that links care competence with attentiveness, responsibility and resonance, Benhabib focuses on the needs of the "Concrete Other". They provide the analytical framework for two examples from an empirical research project in which a lack of care competence towards the needs of patients becomes apparent.

Keywords

Care competence, cultural competence, intersectionality, hospital, concrete other, care-ethics

Mit Bedürfnissen von Patienten_innen umzugehen gehört zum Berufsalltag von Pflege und Medizin. Besondere Achtsamkeit ist gefordert, wenn die Bedürfnisse der Anderen unbekannt und nicht leicht verstehbar sind, etwa aufgrund von Sprachbarrieren oder weil sie sich nicht in gewohnte Denk- und Handlungsschemata einordnen lassen. Gelingt eine Reflexion und in Fragestellung der gewohnten Einordnung nicht, besteht die Gefahr der Kulturalisierung, d. h. die identifizierte Kultur, beispielsweise „türkisch“, wird zur Begründung für das Handeln „der türkischen Patientin“ angeführt. Eine kritische Auseinandersetzung mit Ansätzen einer interkulturellen Pflege aus den vergangenen Jahren (Leininger 1978; Domenig 2007; Agbih 2014) führt dazu, den Begriff der „Kultur“ gänzlich in Frage zu stellen. Denn eine Fokussierung auf „die Kultur“ kann verhindern, strukturelle, ökonomische und andere Ungleichheiten wahrzunehmen und sie als kulturunabhängige Probleme zu erfassen. Im Umgang mit den als fremd wahrgenommenen Pa-

eingereicht 29.01.2022

akzeptiert 16.05.2022

tient_innen kann es neben Verfestigungen und Reproduktionen von kulturellen Zuschreibungen zu Fehlinterpretationen kommen (Tezcan-Güntekin 2019). Um einer Vielschichtigkeit von Diversität und den Bedürfnissen der Anderen gerecht zu werden, ist eine intersektionale Betrachtung und Diversitätsfreundlichkeit erforderlich. Diesen Anspruch erfüllen die theoretischen Ansätze von Seyla Benhabib und Joan Tronto. Während Tronto einen care-ethischen Ansatz anbietet, der Sorgekompetenz mit Achtsamkeit, Verantwortung und Resonanz verknüpft, rückt Benhabib die Bedürfnisse der oder des „konkreten Anderen“ in den Mittelpunkt. Sie bieten den Analyserahmen für zwei Beispiele aus einem empirischen Forschungsprojekt in denen sich ein Mangel an Sorgekompetenz gegenüber den Bedürfnissen von Patient_innen zeigt.

Schlüsselwörter

Sorgekompetenz, Interkulturelle Kompetenz, Intersektionalität, Krankenhaus, Care-Ethik, Konkrete Andere

1. Einleitung

Deutschland ist eine Einwanderungsland. Unter Berücksichtigung des demographischen Wandels werden die Begegnungen sowie auch Behandlungssituationen mit Menschen mit Migrationsgeschichte zunehmen. Sie können von Unsicherheit auf beiden Seiten geprägt sein, d. h. die Pflegefachperson wie auch die Patient_innen werden mit Fremdheit konfrontiert. Sie können nicht unbedingt auf ihr gewohntes Repertoire an Verhaltensweisen zurückgreifen, wie beispielsweise ein freundlicher Satz in einer gemeinsamen Sprache, der im Erstkontakt zu einer Entspannung beitragen kann. Neben rein sprachlichen Grenzen besteht auch die Gefahr, dass Bedürfnisse von Patient_innen nicht wahrgenommen werden und keine Reflexion über Handlungsmöglichkeiten stattfindet.

Interkulturelle Begegnungs- und Behandlungssituationen werden in Deutschland aktuell in der Ausbildung von Pflegefachkräften wenig und in der Ausbildung von Ärzt_innen so gut wie gar nicht thematisiert. Das ist erstaunlich, denn sie sind seit den 1990er Jahren immer häufiger geworden und seit den 1980er Jahren sind sie Gegenstand in der Pflegewissenschaft. Interkulturelle Kompetenz bzw. Achtsamkeit gegenüber den Bedürfnissen Anderer kann letztlich entscheidend für den Behandlungserfolg sein. In diesem Beitrag setzten wir uns zuerst kritisch mit Ansätzen interkultureller Kompetenz in der Pflege auseinander (Leininger 1978; Domening 2007; Agbih 2014) und erweitern diese um eine intersektionale Perspektive (Tezcan-Güntekin 2019). Im zweiten Teil stellen wir zwei theoretische Ansätze vor, die Intersektionalität und Diversitätsfreundlichkeit zusammenbringen, indem sie Ungleichheiten und Asymmetrien thematisieren. Es handelt sich um den care-ethischen Ansatz von Joan Tronto (1993) und den Ansatz von Seyla Benhabib (1995), die für die Wahrnehmung der Anderen als „konkrete Andere“ plädiert. Im dritten Teil geht es um die pflegerische Sorgekompetenz im Umgang mit Bedürfnissen von Patientinnen als „konkrete Andere“. Die Beispiele, die wir dazu vorstellen, sind aus dem Datenmaterial eines empirischen Projektes zur kulturellen Vielfalt im deutschen Gesundheitswesen entnommen (TONGUE).¹

¹ Die Studie mit dem Namen TONGUE war von 01.04.2018-31.10.2021 am Lehrstuhl Care Policy und Ethik an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (jetzt: Vinzenz Pallotti University) angesiedelt.

2. Interkulturelle Kompetenz

Interkulturelle Kompetenz kann inzwischen als eine Schlüsselkompetenz verstanden werden, d. h. je nach Disziplin und professionellen Handlungsfeldern gilt sie als ein Bündel zentraler Fähigkeiten und Fertigkeiten (Bertelsmann Stiftung 2008). Eine engagierte und recht weite Definition interkultureller Kompetenz, nicht nur für den Bereich Pflege und Medizin, lässt sich in der Sozialpsychologie bei Alexander Thomas finden: *„Interkulturelle Kompetenz zeigt sich in der Fähigkeit, kulturelle Bedingungen und Einflussfaktoren im Wahrnehmen, Urteilen, Empfinden und Handeln bei sich selbst und bei anderen Personen zu erfassen, zu respektieren, zu würdigen und produktiv zu nutzen im Sinne einer wechselseitigen Anpassung, von Toleranz gegenüber Inkompatibilitäten und einer Entwicklung hin zu synergieträchtigen Formen der Zusammenarbeit, des Zusammenlebens und handlungswirksamer Orientierungsmuster in Bezug auf Weltinterpretation und Weltgestaltung“* (Thomas 2003: 143, zitiert nach Hatzer/Layes 2005: 145-146). Was heißt das für die Disziplinen der Medizin und Pflege?

Gemäß des Medizinethikers Ilhan Ilkic beinhaltet interkulturelle Kompetenz *„interkulturelle Kommunikation, Kulturwissen, die Vermeidung von Stereotypisierung und kritische Toleranz“* (2017: 24). Mit der pflegeethischen Dimension interkultureller Kompetenz setzt sich Silvia Agbih (2014) auseinander und fragt, ob mögliche transkulturelle pflegeethischer Prinzipien den partikularen Situationen gerecht werden können und plädiert in Anlehnung an Marianne Rabe (2009) für eine Deutungshoheit von ethischen Prinzipien im interkulturell geprägten Einzelfall (2014: 51). Dies lässt sich so verstehen, dass beispielsweise ein priorisiertes Prinzip, wie das der Autonomie, auf den „interkulturell geprägten Einzelfall“ bezogen wird und im Rahmen dieses „Falles“ interpretiert wird. Ungeklärt bleibt u. E. bei Agbih, ob die Hoheit einer Deutung von Prinzipien, wenn auch auf die Situation bezogen, ein unumstößlicher Startpunkt zur Reflexion sein sollte.

Interkulturelle Kompetenz in der Pflege wird häufig mit einer kultursensiblen Pflegepraxis gleichgesetzt bzw. verbunden, d. h. die Kompetenz zeichnet sich dadurch aus, das Fremde sensibel wahrzunehmen und damit zu interagieren. Ein Blick in die Literatur zum Thema „kultursensible Pflege“ verweist insbesondere auf die Autorin Dagmar Domenig (2007). Ihr ist eine erste breit angelegte Auseinandersetzung im deutschsprachigen Raum zu verdanken. Sie hat die kulturbezogene Theorie der US-amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Madeleine Leininger (Leininger 1978) aufgegriffen und im Kontext der transkulturellen Pflege weiterentwickelt. Leininger – als Pionierin der transkulturellen Pflege – wiederum geht von einer kulturspezifisch ausgerichteten Pflege aus, d. h. Pflege solle und könne den spezifischen Bedürfnissen von Menschen aus unterschiedlichen Ländern gerecht werden. Aus ihrem sogenannten Sunrise-Modell, das auf die angemessene Versorgung von Patient_innen aus verschiedenen Kulturen und mit ihren Besonderheiten abzielt, spricht ein eher geschlossenes Kulturverständnis. Es kommt einem essentialistischen Verständnis von Kultur gleich. Denn trotz des Anspruchs durch „transkulturellen Pflege“, über Kulturen hinaus zu gehen,

bleibt es bei einem kulturdominierten Blick auf Patient_innen. Unterminiert wird der Blick, der auf individuelle Versorgungsbedarfe schaut und Bedürfnisse erkennt.

Deshalb kritisieren Hürrem Tezcan-Güntekin und Alex Stern (2020) zu Recht, dass sich der Begriff „Kultur“ im Kontext der Pflege als wenig hilfreich erwiesen hat und die Falle der „Kulturalisierung“ von Patient_innen in sich berge. Der Begriff Kulturalisierung bezeichnet ein starkes Hervorheben der „Kultur“ eines Individuums als Begründung für dessen Handeln. „Kulturalisierung“ führe, so die Autor_innen, in der Pflege zu negativen Konsequenzen, da der Ursprung von Problemen in der Praxis auf die Zugehörigkeit zu einer „fremden Kultur“ zurückgeführt werde (Tezcan-Güntekin et al. 2020: 149). Diese Fokussierung auf „die Kultur“ könne verhindern, strukturelle, soziale, ökonomische oder andere Ungleichheiten wahrzunehmen (Tezcan-Güntekin 2019). Die fehlende Wahrnehmung von Ungleichheiten und ihre Differenzierungen führt dazu, sie nicht als eigenständige, kulturunabhängige Probleme zu identifizieren. In Folge kann es im Umgang mit den als fremd wahrgenommenen Patient_innen neben Verfestigungen und Reproduktionen von kulturellen Zuschreibungen zu Fehlinterpretationen (Tezcan-Güntekin 2019) und einer Verkennung vielschichtiger Ungleichheiten kommen.

Schließlich plädieren Tezcan-Güntekin und Stern (2020) dafür, Kultursensibilität weitgehend als eine Form von Diversitätssensibilität zu verstehen und aktiv zu gestalten, um kulturellen Essentialismen vorzubeugen sowie die professionelle und wissenschaftliche Selbstreflexion anzuregen und zu unterstützen. Auf diese Weise könnten unterschiedliche kultur-, wie auch geschlechts- und biografiegeprägte Merkmale neben allen anderen vielfältigen Bedürfnissen von pflegebedürftigen Menschen intersektional berücksichtigt werden. Denn Migrationshintergrund, Geschlechtsidentität oder religiöse Ausrichtung sind nur drei von zahlreichen Diversitätsmerkmalen (Tezcan-Güntekin et al. 2020: 158). Domening hat zwischenzeitlich ebenfalls eine intersektionale Perspektive verfolgt (2021).

Grundsätzlich schließen wir uns einem offenen und dynamischen Kulturverständnis an. Demnach ist „Kultur“ in Bewegung, heterogen, prozessual und in politische, soziale, ökonomische und historische Kontexte eingebettet. Menschen haben sehr verschiedene soziale, religiöse und ökonomische Hintergründe, Lebensstile sowie (Über-) Lebensstrategien, die allesamt ihre „Kultur“ prägen (Peintinger 2011: 27). Sie wird von jedem Individuum auf eine eigene Art und Weise gelebt. Deshalb ist nicht gerechtfertigt, stereotyp etwa von „der chinesischen“, „der spanischen“ oder „der islamischen“ Patientin oder Pflegenden zu sprechen, da dies eine Homogenität suggeriert, die es in realen Lebensverhältnissen nicht gibt.

Aus einer intersektionalen Perspektive spielen im Prozess der Verständigung und des Verstehens von dem mir fremd erscheinenden, auch Alter und Geschlecht eine erhebliche Rolle wie wir an unseren Beispielen aus der empirischen Untersuchung zeigen werden.

In der Konsequenz kann es auch für die pflegerische Praxis keine einfachen kultur-basierten „Rezepte“ für den Umgang mit Menschen geben, die den eigenen (histori-

schen, sozialen etc.) Hintergrund nicht teilen. Es geht vielmehr um eine Haltung und Praxis, die Diversität anerkennt und Diskriminierungen entgegenwirkt. Ein achtsamer und interessierter Umgang gegenüber den Bedürfnissen von Patient_innen ist dabei ein erster Schritt für eine Anerkennung von Diversität und Vermeidung von Diskriminierung, den wir mit dem Begriff Diversitätsfreundlichkeit fassen. Schließlich plädieren wir für einen diversitätsfreundlichen und intersektionalen Ansatz, der bei einer Ethik der Achtsamkeit (Care-Ethik) ansetzt und die Wahrnehmung von Bedürfnissen einer oder eines konkreten Anderen als grundlegend ansieht.

3. Care-Ethik als Praxis und die konkreten Anderen

Joan Tronto (1993) hat ein praxisorientiertes Modell der engagierten Sorge entwickelt. Auch wenn die folgenden Phasen und ethischen Dimensionen in der Praxis miteinander verwoben sind, so ist die Differenzierung theoretisch hilfreich, Care als einen gehaltvoll und umfassenden Prozess zu verstehen. Zunächst geht es darum, dass Menschen bedürftig sein können und zu bemerken, wenn eine Bedürftigkeit existiert (Phase 1: caring about), die nach einer entsprechenden Aktivität verlangt. Sie bemerkt: „*It involves noting the existence of a need and making an assessment that this need should be met*“ (Tronto 1993: 106).

Dies bedeutet, die Perspektive einer Patientin oder eines Patienten einzunehmen und für die identifizierten Bedürfnisse Verantwortung zu übernehmen sowie nachzudenken, d. h. sich als Pflegefachperson sorgekompetent zu zeigen, wie eine Unterstützung für die konkrete Person aussehen kann. Für die nächste Phase (2) ist die Wahrnehmung der eigenen Handlungsmächtigkeit erforderlich (caring for). Im Anschluss vollzieht sich das eigentliche Versorgen, d. h. die Umsetzung pflegerischer Aktivitäten (care giving) (Phase 3). Dies beinhaltet körperliche Aktivitäten und das In-Kontakt-Treten mit dem bedürftigen und zu pflegenden Menschen. Schließlich folgt eine Reaktion auf die Aktivitäten (care receiving) (Phase 4). Patient_innen zeigen, ob und wenn ja, inwiefern die Aktivitäten für sie als die oder der „konkrete Andere“ gelungen sind.

Durch Achtsamkeit wird erkannt, dass ein Bedürfnis vorliegt, das Aufmerksamkeit verlangt und Ignoranz als moralisches Übel nicht zulässt. Verantwortlichkeit als zweite ethische Dimension unterscheidet sich bei Tronto von einer Erfüllung von Pflichten. Es gelte, die Hintergründe und die Entstehung von Konflikten (und Verletzungen) bei einer Verantwortungsübernahme zu klären. Auch gehört zu den Verantwortlichkeiten eine Kritik an hierarchischen Vorstellungen von Klasse, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit (Tronto 1993). Auch Fragen der Kompetenz erhalten im Rahmen dieses care-ethischen Ansatzes eine ethische Dimension. Stehen zur Versorgung fachliche Ressourcen nicht zur Verfügung, oder besteht eine eigene Unzulänglichkeit, so sei dafür zu sorgen, dass eine andere fachkundige Person die Versorgung bzw. Pflege übernimmt. Resonanz hat für Tronto eine ethische Dimension, weil Care eine Praxis ist, die immer auf Resonanz im Sinne von Reaktionen der beteiligten Personen angewiesen ist.

In den Praxisfeldern des Gesundheitswesens gehört die asymmetrische Machtbezie-

hung zwischen Care-Gebenden und Care-Empfangenden zur Alltagsrealität. Zwischen denjenigen, die Hilfe anbieten und denjenigen, die auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind bzw. diese empfangen, besteht in der Regel ein grundsätzliches am Gesundheitsstatus und an Fachkompetenz gebundenes Ungleichgewicht. Denn Care-Gebende und Care-Empfangende treffen sich als Ungleiche in Bezug auf ihre Gesundheit bzw. Krankheit und Fachkompetenz. Pflegefachpersonen verfügen in der Regel über mehr professionelle Kompetenz als die Care-Empfangenden, z.B. Patient_innen im Krankenhaus, die in der Regel von kompetenten Tätigkeiten, einschließlich Kommunikation und technischen Handhabungen, abhängig sind. Es entsteht ein Ungleichgewicht an Kompetenz bzw. Wissen und Macht. Neben der beschriebenen grundsätzlichen Ungleichheit, die wesentlich zu einem Machtungleichgewicht in der Praxis von Pflege und Medizin beiträgt, kommen weitere Ungleichheiten zum Tragen. Diese weiteren, diversen Ungleichheiten basieren insbesondere auf unterschiedliche Biographien und soziale Hintergründe, Alter, Geschlecht, Ethnizität wie auch Hautfarbe. Die ethische Reflexion zur Vermeidung von Machtmissbrauch ist grundlegend im Verständnis einer Care-Ethik als Praxis.

Ungleichheit und asymmetrische Beziehungen stellen vor allem für universalistische Moraltheorien, die Gleichheit postulieren, bisher nicht oder kaum lösbare Probleme dar. Feministische Theoretikerinnen kritisierten dies als eine Leerstelle. Beispielsweise wirft Seyla Benhabib universalistischen Ansätzen vor, dass sie nicht nur von unabhängigen und bindungslosen, sondern gar von entkörpernten Moralsubjekten ausgingen. Während sie zwar die Würde und den Wert des Menschen als moralisches Subjekt betonten, würden sie dabei den Menschen als ein „konkretes körperhaftes Wesen mit Bedürfnissen und Verletzlichkeiten, Gefühlen und Wünschen“ (Benhabib 1995: 207) übersehen. Sie beschreibt zwei Auffassungen der Beziehung zwischen dem Selbst und dem Anderen, die in der zeitgenössischen Moraltheorie als unvereinbar gelten würden. Den ersten nennt sie den „verallgemeinerten Anderen“. Vom Standpunkt des „verallgemeinerten Anderen“ aus kämen jedem Menschen die gleichen Rechte und Pflichten zu. Der Standpunkt des „konkreten Anderen“ berechtigt dazu, von anderen Verhaltensweisen zu erwarten, durch die andere sich als konkrete, individuelle Wesen mit bestimmten Bedürfnissen, Talenten und Fähigkeiten erkannt und bestätigt fühlen (Benhabib 1995: 16ff.). Vom Standpunkt des „konkreten Anderen“ schließt sie emotionale Verbundenheit ein. Ihr Ausgangspunkt von einem „konkreten Anderen“ als ein leibliches, bedürftiges und verletzliches Wesen bietet ein erstes Denkangebot mit möglichen praktischen Folgen für Sorgekompetenz in der Pflege, die Diversitätsfreundlichkeit und eine intersektionale Perspektive einschließt.

4. Die Bedürfnisse der Anderen und Sorgekompetenz im Krankenhaus

Die Beispiele auf die wir uns beziehen, stammen aus einer qualitativen empirischen Studie zum Thema kulturelle Vielfalt und Konflikte in Gesundheitseinrichtungen (TONGUE).

4.1 Zur Methode

Die Studie TONGUE zielte darauf, Konfliktsituationen, ihre Anlässe, Ursachen und Bewältigungsstrategien sowie die Grenzen im Umgang mit interkulturellen Herausforderungen in drei Krankenhäusern in Deutschland zu explorieren und zu analysieren. Die kooperierenden Kliniken waren in Größe und Ausstattung vergleichbar. Untersucht wurde jeweils das Management, die Klinischen Ethikkomitees sowie die medizinisch-pflegerische Praxis in ausgewählten Stationen. Die Erhebung setzte sich aus Expert_inneninterviews, Gruppendiskussionen, Teilnehmenden Beobachtungen und begleitenden Gesprächen, die bei den Beobachtungen durchgeführt wurden, zusammen. Das im Folgenden verwendete Datenmaterial besteht aus Passagen aus Teilnehmenden Beobachtungen. Sie wurden auf verschiedenen Stationen in den kooperierenden Krankenhäusern, wie Zentrale Notaufnahme, Geburtsstation und Intensivstation jeweils durch zwei Forscher_innen nach vorherigen Absprachen durchgeführt.

Die Auswertung der Transkripte der Teilnehmenden Beobachtungen folgte der Thematic Analysis (TA) Die TA ist nicht auf eine bestimmte theoretische oder epistemologische Grundposition festgelegt und zeichnet sich durch Flexibilität aus. Damit handelt es sich um ein anpassungsfähiges und an den Gegenstand orientiertes Werkzeug. Die Passagen für diesen Beitrag wurden mit dem Fokus auf konkrete Praxissituationen ausgewählt, in denen (Pflege-)Konflikte mit als migrantisch identifizierbaren Patient_innen hervortraten. In den Forschungsprozess und somit auch in die Auswertung haben wir eine intersektionale Perspektive einbezogen. Sie ermöglicht soziale Ungleichheiten, Herrschafts- und Machtverhältnisse sowie ihre Verwobenheiten zu berücksichtigen und sichtbar zu machen (Goel 2020). Wesentlich für diesen Beitrag ist die Berücksichtigung asymmetrischer Beziehungen, das Ungleichgewicht an Macht zwischen Care-Gebenden und -Nehmenden, wie auch diverser Differenzen aus Biographien, sozialen Hintergründen, Alter, Geschlecht, Ethnizität oder Hautfarbe. Im Sinne der Selbst-Reflexion ist zu benennen, dass das Forschungsteam aus nicht migrierten, nicht disabled, weißen Wissenschaftler_innen mittleren Alters bestand. Wir haben zwei Passagen aus Teilnehmenden Beobachtungen und begleitenden Gesprächen ausgewählt:

In der ersten geht es um Sorgekompetenz im Hinblick auf ein Grundbedürfnis in der zweiten im Hinblick auf ein Bedürfnis nach einer bestimmten Bekleidung.

4.2 Toilette: (K)ein Grundbedürfnis?

Eine Patientin, die für den Beobachter als person of colour wahrgenommen wird, bewegt sich mit einem Rollstuhl über den Flur der Zentralen Notaufnahme eines Krankenhauses. Die Frau hat nur ein Bein. Sie bewegt sich auf eine Pflegefachkraft zu. Sie duckt ihren Kopf leicht und lächelt. Ihr Lächeln wirkt auf den Beobachter etwas verschämt. Sie fragt die deutschsprachige Pflegefachkraft nach einer Toilette. Um sich verständlich zu machen, benutzt sie lediglich das Wort Toilette. Die Pflegefachkraft erwidert, dass jetzt eine Untersuchung bei ihr gemacht werden müsse, begleitet die Frau

zum Behandlungsraum und verlässt diesen wieder. In den nächsten Minuten passieren einige weibliche Krankenhausangestellte den Behandlungsraum. Die Patientin fragt jede der Angestellten, die einen Blick durch die Tür des Behandlungsraums werfen, nach der Toilette. Dabei lächelt sie. Es wirkt auf den Beobachter verlegen mit einem Ausdruck der Entschuldigung.

Einige Minuten später kommt eine andere Pflegefachkraft zu ihr und informiert sie, dass ihr jetzt Blut abgenommen werden soll. Die Patientin schaut die Pflegende an und fragt lächelnd: „Toilette?“ Die Pflegekraft fragt, ob sie bis nach der Blutabnahme warten könne. Die Frau versteht sie nicht. Daraufhin fragt die Pflegefachkraft: „Jetzt oder später?“ Die Frau erwidert: „Toilette?“ Ihr Gesichtsausdruck wirkt äußerst verschämt. Die Pflegefachkraft sagt, dass sie sie zur Toilette bringe und dass das Blut anschließend abgenommen werde. Die Frau wirkt erleichtert, fast glücklich.

Diese exzerpierte Beobachtungssequenz veranschaulicht die Herausforderung, den Bedürfnissen Anderer achtsam zu begegnen, d. h. wahrzunehmen (caring about), dass ein offensichtliches Bedürfnis besteht und zu erkennen, welches Bedürfnis vorliegt, um schließlich zu beurteilen, wie eine verantwortliche Reaktion aussehen kann und wer ggf. zuständig ist und die Kompetenz hat (caring for). In diesem Falle dauert es eine ganze Weile bis eine Pflegekraft auf das Bedürfnis „Toilette“ mit der klärenden Frage „Jetzt oder später?“ reagiert und entsprechend die geplanten Handlungsabläufe zugunsten einer Begleitung zur Toilette hintenanstellt.

Eine mangelnde Reaktion auf die Bedürfnisartikulation der Frau kann etwa mit einer grundsätzlichen Beobachtungsschwäche verbunden sein sowie mit der Situation in Verbindung stehen. Eine flüchtige Wahrnehmung oder Ignoranz unter den gegebenen Umständen kann auch zugunsten geplanter und zeitlich getakteter Handlungsabläufe erfolgt sein. Eine flüchtige Wahrnehmung oder Ignoranz kann aus einer Werte- und Anerkennungshierarchie resultieren, in der eine spontane Wahrnehmung von Bedürfnissen und eine Reaktion darauf im Vergleich zur Umsetzung geplanter Handlungsabläufe nicht geschätzt werden. Auch mag es sich um das Ergebnis eines Verlustes einer einst verfügbaren Beobachtungskompetenz handeln. Auch wenn es plausible Gründe für das Fehlen der Wahrnehmung geben mag, handelt es sich letztlich um die Tatsache einer fehlenden Praxis von Sorgekompetenz.

4.3 Kopftuch: ein kulturelles Bedürfnis?

Eine Patientin auf der Intensivstation liegt in einem Bett in einem Zimmer dessen Tür offen steht. Sie bewegt sich hin und her, wie die Beobachterin vom Flur sehen kann. Sichtbar ist zudem ihr kurzes, graues Haar. Sie wirkt betagt. Aus Gesprächsfragmenten mit einer Pflegefachkraft, die auf dem Flur hörbar sind, wird deutlich, dass die Pflegefachkraft deutsch und die Patientin türkisch spricht. Die Patientin möchte ein Kopftuch tragen. Es wird ihr mit der Begründung verwehrt, dass es auf der Station nicht möglich sei.

Im Einzelgespräch zwischen Beobachterin und Pflegefachkraft meint diese, dass das Tragen des Kopftuchs für sie selbst kein Problem sei, zumal es der Patientin sehr wichtig sei und sie darunter leide, es nicht anzuziehen. Aus Hygiene Gründen sei es ihr aber nicht erlaubt. Deshalb sei es für sie schwierig, auf die „kulturellen Bedürfnisse“ der Patientin Rücksicht zu nehmen.

Kurz darauf trägt die Patientin ein Kopftuch. Es handelt sich um ein weißes Tuch, dessen Enden lose um ihr Kinn geknotet sind. Dann, ebenfalls wenig später, trägt die Patientin kein Kopftuch mehr.

In einem weiteren Gespräch mit einer anderen Pflegefachkraft meint diese, dass das Tragen von Kopftüchern für sie selbstverständlich sei. Sie erzählt von einer vollständig gelähmten Patientin, der es sehr wichtig gewesen sei, ihr Kopftuch zu tragen. Sie habe immer darauf geachtet, dass nicht nur sie einen Blick darauf hat, sondern auch alle im Team. Sie ergänzt, dass „interkulturelle Patientenversorgung“ kein Problem für sie sei. Eine andere Pflegefachkraft wiederum meint in einem Gespräch, dass sie das Tragen von Kopftüchern schwierig findet. Es sei zu warm für die Patientin, sie würde unter dem Stoff schwitzen. Sie habe es in ihrer Berufspraxis bisher nicht gesehen, dass Kopftücher auf der Station getragen werden. Aber die Versorgung z. B. einer türkischen Patientin finde sie gar nicht problematisch, sondern normal.

Die Motive der Patientin, ein Kopftuch tragen zu wollen, bleiben offen. Es mögen etwa die familiäre Tradition oder religiöse Ursachen in Frage kommen. Darüber hinaus mag es ihr zu kalt sein oder einfach besser gefallen. Interessant ist, dass zwei Pflegefachkräfte jedoch davon ausgehen, dass es um ein „kulturelles Bedürfnis“ bzw. um „interkulturelle Patientenversorgung“ geht. Das Tragen eines Kopftuchs einer Frau, die türkisch spricht, wird demnach als kulturelles Phänomen wahrgenommen. Diese Wahrnehmung bestätigt sich darin, dass in den Gesprächen mit den Forscher_innen von den Pflegefachkräften etwa nicht berichtet wird, die Patientin gefragt zu haben oder ihre konkrete Motivation benannt wird. Im Sinne von Tezcan-Güntekin können sich mit der Fokussierung auf Kultur, Ungleichheiten reproduzieren und verfestigen (Tezcan-Güntekin 2019). Mit der kulturellen Interpretation der Pflegekräfte werden die individuellen Bedürfnisse der Patientin nicht zur Option. Im Sinne Seyla Benhabibs wird sie nicht als konkrete Andere wahrgenommen, sondern vielmehr als kollektive Andere („andere Kultur“). Aus einer care-ethischen Perspektive im Sinne Trontos fehlt es an Achtsamkeit gegenüber ihren Bedürfnissen. Wäre ihr etwa kalt gewesen, hätte sie ihr eine weitere Decke gegeben werden können. Indem am Unterschied festgehalten wird, kann ein verantwortliches und kompetentes Handeln nicht entstehen.

Für die Pflegefachperson, die das Wärmeempfinden von Patientinnen anführt, ist die Versorgung einer türkischen Patientin unproblematisch und normal. Allein daran, dass sie die Herkunft anführt, zeigt sich allerdings, dass es nicht selbstverständlich und ‚normal‘ ist, sonst müsste sie diese nicht thematisieren. Es bleibt zudem offen, was die Pflegefachkraft überhaupt mit einer türkischen Herkunft verbindet und was genau für sie unproblematisch ist. Ist es für sie unproblematisch eine türkische Patientin zu versorgen, die in der zweiten oder dritten Generation in Deutschland lebt und Politikerin

ist? Oder hat sie eine türkische Patientin aus der ersten Generation vor Augen, die Muslimin ist? Kurzum, sie differenziert nicht. Weitere Diversitätsmerkmale werden von den Pflegekräften nicht benannt (vgl. Tezcan-Güntekin und Stern 2020: 158). Mit anderen Worten formuliert: Es wird eine ‚türkische Homogenität‘ suggeriert, die in der Realität nicht existiert.

In der Beobachtungssequenz offenbart sich, dass das Pflorgeteam das Thema Kopftuch nicht gemeinsam reflektiert und einen Umgang gefunden hat. Für die einen ist es selbstverständlich, für die anderen gibt es Regelungen wonach sie handeln und für die nächsten spielt das angenommene Wärmeempfinden eine Rolle. Für die Patient_innen, die ein Bedürfnis haben, ein Kopftuch zu tragen, bedeutet dies, dass sie mit unterschiedlichen Begründungen und auch mit unterschiedlichem Handeln bzw. Nicht-Handeln konfrontiert sind, was letztlich ausgesprochen verunsichernd und belastend wirken kann – umso mehr, wenn Sprachbarrieren vorliegen. Die asymmetrische Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patient_innen kann verstärkt werden.

Diese fehlende Problemwahrnehmung des unterschiedlichen Umgangs und dessen Bedeutung für die Patientin, die verschiedenen Rechtfertigungen und die kulturelle Rahmung verstellen den Blick auf eine professionelle Selbstreflexion, die Diversitätsmerkmale und individuelle Bedürfnisse der Patientinnen berücksichtigt (vgl. Tezcan-Güntekin und Stern 2020: 158).

5. Limitationen der Studie und Implikationen für die Praxis

Der theoretische Beitrag wurde in seiner Aussagekraft durch zwei Beispiele aus einer empirischen Studie gestützt. Sie lassen keine Generalisierbarkeit oder Übertragbarkeit auf andere Krankenhäuser zu. Dennoch tragen sie zu einem besseren Verständnis der konkreten pflegerischen Verantwortlichkeiten und strukturellen Herausforderungen in der klinischen Praxis bei.

6. Resumée

Es ist fraglich, ob die Begriffe „Kultur“ und „interkulturellen Pflege“ tauglich für die Pflege sind, denn sie vermögen zu einer Kulturalisierung beisteuern und eine intersektionale Perspektive verhindern, d. h. eine Sicht zu ermöglichen, die eine Vielfalt an Diversitäten, wie etwa in Bezug auf Geschlecht, Alter und Sozialstatus in den Fokus rückt. Eine achtsame und bedürfnisorientierte Pflege, die konkrete Andere in den Mittelpunkt rücken, kann sich einer Kulturalisierung entziehen. Seyla Benhabib und Joan Tronto bieten entsprechende theoretische Ansätze. Die Toilette-Sequenz erhellt die Bedeutung der Wahrnehmung von Bedürfnissen. Anhand der Kopftuch-Sequenz zeigt sich insbesondere wie eine professionelle Selbstreflexion, die Diversitätsmerkmale und individuelle Bedürfnisse der Patientin berücksichtigt, verunmöglicht wird. Dies geschieht durch eine fehlende oder unterschiedliche, auch angenommene Wahrneh-

mung des Bedürfnisses der Patientin. Gerade das kulturell interpretierte Bedürfnis kann zu einer Kulturalisierung führen. Im Sinne von Benhabib wird von keiner der Pflegefachkräfte die Perspektive der Patientin als konkret Andere eingenommen und im Sinne von Tronto, das konkrete Bedürfnis und die nötige Unterstützung identifiziert und dafür Verantwortung zu übernehmen. Es fehlt die Sorgekompetenz.

Danksagung

Die Autor_innen danken allen Teilnehmer_innen an der empirischen Studie für ihre Zeit und Interesse an dem Forschungsprojekt. Sie danken Prof. Dr. Vera Caine für ihre engagierte Unterstützung bei der Interpretation der Daten.

Literatur

- Agbi, S. (2014): Interkulturalität als Thema Pflegeethik. In: Coors, M./Grützmann, T./Peters, T. (Hrsg.): Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege. Göttingen: Ruprecht, 37-51
- Benhabib, S. (1995): Selbst im Kontext. Gender Studies. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Benhabib, S. (1989): Der verallgemeinerte und der konkrete Andere. Ansätze zu einer feministischen Moraltheorie. In: List, E./Studer, H. (Hrsg.): Denkverhältnisse. Feminismus und Kritik. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 454-487
- Bertelsmann Stiftung, Fondazione Cariplo (2006): Interkulturelle Kompetenz. Die Schlüsselkompetenz im 21. Jahrhundert? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Braun, V./Clarke, V. (2012): Thematic analysis. In: Cooper, Harris M. (Hrsg.): APA handbook of research methods in psychology, Bd. 2. 1st ed. 3 Bde. Washington, DC: American Psychological Association (APA handbooks in psychology), 57-71
- Conradi, E. (2001): Take care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt/Main: Campus-Verlag
- Dierckx de Casterlé, B./Gastmans, C./Bryon, E./Denier, Y. (2012): QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. In: International journal of nursing studies 49 (3), 360-371
- Domening, D. (2021): Transkategoriale Kompetenz in der Klinik – eine Zukunftsperspektive. In: Frewer, A., Franzó, K.; Langmann, E. (Hrsg.): Die Zukunft der Medizin im Gesundheitswesen. Prognosen, Visionen, Utopien. Würzburg: Königshausen & Neumann, 143-153.
- Domenig, D. (Hrsg.) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Aufl. Bern: Huber
- Hatzer, B./Layes, G. (2005): Interkulturelle Handlungskompetenz. In: Thomas, A./Kinast, E.-U./Schroll-Machl, S. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Bd. 1: Grundlagen und Praxisfelder. 2., überarbeitete Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 138-149
- Ilkic, I. (2017): Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation. In: Gesundheit Gesellschaft Wissenschaft 17, 2, 24-30
- Kohlen, H. (2020): Hospital ethics committees and dismissal of nursing ethical concerns: A feminist perspective. In: Kohlen, H./ McCarthy, J. (Hrsg.): Nursing Ethics. Feminist Perspectives. Switzerland: Springer, 117-133
- Kohlen, H. (2009): Conflicts of care. Hospital ethics committees in the US and in Germany. Frankfurt am Main: Campus.
- Leininger, M. M. (1978): Transcultural nursing. Concepts, theories, and practices. New York: Wiley (A Wiley medical publication).

- Lutz, H. (2015): Intersectionality as method. In: Journal of diversity and gender studies 2, 1-2, 39-44
- Peintinger, M. (Hrsg.) (2011): Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Wien: Facultas
- Rabe, M. (2009): Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik. Bern: Huber
- Rabe, M. (2017): Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe
- Tezkan-Güntekin, H./ Stern, A. (2020): Kultursensible Pflege in Deutschland. Ein Blick auf die professionelle Pflege. In: Sozialer Fortschritt 69, 147-162
- Tezkan-Güntekin, H. (2019): Studienheft „Von kultur- zu diversitätssensibler Altenhilfe“ für den Masterstudiengang „Angewandte Gerontologie“ an der Apollon Hochschule für Gesundheitswirtschaft Bremen
- Tronto, J. C. (1993): Moral boundaries. A political argument for an ethic of care. New York, NY.: Routledge
- Thomas, A. (2003): Interkulturelle Kompetenz. Grundlagen, Probleme und Konzepte. Erwägen – Wissen – Ethik 14, 1, 137-221

Prof. Dr. Helen Kohlen

Zentrum für Gesundheitsethik Hannover, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover
helen.kohlen@evlka.de (Korrespondenzadresse)

Dr. Sabine Könniger

c/o metrogap, Aufgang B, 4. OG, Lausitzer Str. 10, 10999 Berlin, s_koenninger@posteo.de

Nils Fischer, M. A.

Vinzenz Pallotti University gGmbH (VPU), Pallottistraße 3, nils.fischer@vpu.de

Ethikvotum

Das Forschungsvorhaben wurde der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) zum ethischen Clearing vorlegt, das am 05.12.2018 erfolgte.

Interessenkonflikte

Die Autor_innen bestätigen, dass keine potentiellen Interessenkonflikte in Bezug auf die Forschung, Autor_innenschaft und/oder der Publikation des Beitrags bestehen.

Forschungsförderung

Das Projekt TONGUE wurde vom Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderlinie „Migration und gesellschaftlicher Wandel“ gefördert (Förderkennzeichen 01UM1807Y). Informationen zur Fördermaßnahme: <https://www.bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung-1272.html>, (zuletzt geprüft am 21.04.2022).

Lukas Slotala

Internationale Pflegefachkräfte in Deutschland

Zur Notwendigkeit einer wissenschaftlich fundierten und transparenten Berufsankennung

International nurses in Germany. On the necessity for scientifically based and transparent professional recognition procedure

The immigration of international nurses into the German healthcare system, especially those from outside the EU, EEA and Switzerland, has increased strongly in the past few years. Successful integration into German everyday care requires that the foreign professional qualification is acknowledged in Germany. The professional recognition procedure is the most important instrument for quality steering in the immigration of foreign nursing professionals. The assessment if a foreign nursing qualification complies with the local quality requirements is related to patient safety. In the present article the professional recognition procedure for foreign nurses is explained. Afterwards current results of the recognition statistics are presented and discussed. It is discussed, that the procedure for professional recognition should be realized on the foundation of comparable and scientific knowledge-based criteria.

Keywords

international nurses, professional recognition procedure, equivalency check

Die Zuwanderung internationaler Pflegefachkräfte in das deutsche Gesundheitswesen, insbesondere derer aus Drittstaaten, hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Ihre gelingende Integration in den deutschen Pflegealltag setzt voraus, dass der ausländische Berufsabschluss in Deutschland anerkannt wird. Das berufsrechtliche Anerkennungsverfahren ist zugleich das wichtigste Instrument zur Qualitätssteuerung in der Zuwanderung ausländischer Pflegefachkräfte. Die Einschätzung, wann ein ausländischer Pflegeabschluss den hiesigen Qualifikationsanforderungen entspricht, steht im Zusammenhang mit der Patientensicherheit. Im vorliegenden Beitrag wird das berufsrechtliche Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegefachkräfte erörtert. Anschließend werden aktuelle Ergebnisse der Anerkennungsstatistik vorgestellt und diskutiert. Es wird herausgestellt, dass das Verfahren zur Berufsankennung auf Grundlage vergleichbarer und auf wissenschaftliche Erkenntnisse gestützter Kriterien umgesetzt werden sollte.

Schlüsselwörter

Internationale Pflegefachkräfte, Berufsankennungsverfahren, Gleichwertigkeitsprüfung

eingereicht 07.10.2021
akzeptiert 30.03.2022

1. Einleitung

Perioden der verstärkten Immigration in die Pflegeberufe hat es in der Vergangenheit immer wieder gegeben (Kreutzer 2020). Die seit den 2010er Jahren zu beobachtende Einwanderung von Pflegefachpersonen aus der ganzen Welt nach Deutschland ist in ihrer Dynamik jedoch bemerkenswert. Dies ist zurückzuführen auf die Koinzidenz eines hierzulande wachsenden Fachkräftemangels in der Pflege (SVR 2014), der in den 2000er Jahren geregelten Möglichkeit einer Berufsanerkennung für Pflegekräfte aus der ganzen Welt (Slotala 2016) in Verbindung mit dem aktuell verfolgten politischen Weg der branchenübergreifenden rechtlichen „Flexibilisierung“ (Kolb 2019: 174) auf der Ebene der Einwanderung und Qualifikationsanerkennung für internationale Fachkräfte. Einen weiteren Schub hat die Arbeitsmigration in Folge der 2007 weltweit eingesetzten Finanz- und Wirtschaftskrise erhalten, die sich in den Mitgliedsländern der Europäischen Union – Deutschland und Luxemburg ausgenommen – in Form einer rapide angestiegenen Arbeitslosigkeit, Perspektivangst und verstärkten Bereitschaft zur Arbeitsmobilität in der Bevölkerung ausgewirkt hatte (Knogler 2010). Daneben hat der deutsche Staat gezielt die Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte durch institutionelle Hilfestellungen – allem voran das sogenannte „Triple Win“-Programm – zu erleichtern bzw. aktiv zu fördern versucht (WD 2021). Im Sog ebendieser Entwicklungen ist ein privater Rekrutierungsmarkt entstanden, auf dem heute eine kaum mehr zu überblickende Vielzahl an Agenturen die Vermittlung ausländischer Pflegekräfte anbieten.

Doch die Rekrutierung und Integration internationaler Pflegekräfte bleibt komplex und kompliziert. Statt einfacher und schneller Anwerbung sowie Integration finden diese innerhalb Rahmenbedingungen statt, die insbesondere durch sich regelmäßig ändernde Rechtsnormen, weitestgehend unregelte Finanzierungsstrukturen und kaum standardisierte Abläufe gekennzeichnet sind. Pflegeschulen sind auf die Aufgabe der Qualifizierung und Überprüfung von Fachkompetenzen der neuen Kolleg_innen häufig nicht vorbereitet, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen mit den vielfältigen Herausforderungen in der Integration häufig überfordert (Blättner et al. 2020; Pütz 2019; Kordes et al. 2021).

Eine der wichtigsten Dreh- und Angelpunkte und gleichfalls eine schwer zu überwindende Hürde stellt die berufsrechtliche Anerkennung des ausländischen Pflegeabschlusses dar. Die Herausforderungen stehen an dieser Stelle im Zusammenhang mit der fachlichen Überprüfung des Qualifikationsniveaus und der Qualifikationsinhalte, häufig notwendiger Qualifizierungsbedarfe auf Seiten der Angeworbenen und nicht zuletzt auch mit der damit verbundenen Einarbeitung als anerkannte Pflegefachperson und der praktischen Zusammenarbeit in den Teams (Slotala 2019a, 2016; Bollinger et al. 2020).

Im vorliegenden Beitrag wird das berufsrechtliche Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegefachkräfte erörtert und die Ergebnisse der Anerkennungsstatistik vorgestellt. Anschließend erfolgt eine Diskussion der zentralen Erkenntnisse aus der Analyse des aktuellen Antragsgeschehens. Es werden zentrale Weiterentwicklungserfordernisse bei den Anerkennungsverfahren formuliert.

2. Berufsrechtliche Anerkennung von Pflegefachkräften aus dem Ausland

Internationale Pflegefachkräfte dürfen – abgesehen von wenigen Ausnahmen – erst dann in der Pflege vollumfänglich arbeiten, wenn sie in Deutschland die Erlaubnis zum Führen einer der folgenden Berufsbezeichnungen erhalten haben¹:

- Pflegefachfrau/-mann
- Gesundheits- und Krankenpfleger/-in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in
- Altenpfleger/-in

Die Erlaubnis muss bei der dafür zuständigen Stelle des Bundeslandes beantragt werden. Gemäß §§ 1-2 sowie 40-42 PflBG wird diese erst dann vergeben, wenn

- die ausländische Ausbildung hinsichtlich der Ausbildungsinhalte und der Ausbildungsberuf hinsichtlich der Tätigkeiten als „gleichwertig“ gegenüber der deutschen Pflegeausbildung ist bzw. wenn die ausländische Pflegefachkraft durch Berufserfahrungszeiten, Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen oder im Rahmen einer in Deutschland abzuleistenden „Anpassungsmaßnahme“ nachweist, dass sie/er über die für die Berufsausübung erforderlichen Kompetenzen verfügt;
- die ausländische Pflegefachkraft über die für die Berufsausübung notwendigen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt sowie
- persönliche Zuverlässigkeit und gesundheitliche Eignung zur Berufsausübung nachweist.

Für Staatsangehörige aus der EU beziehungsweise für harmonisierte Berufsabschlüsse in der Pflege gelten bei einer Berufsausübung in Deutschland erleichterte Bedingungen. Die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG regelt in Verbindung mit der Richtlinie 2006/100/EG die gegenseitige Anerkennung von Berufsabschlüssen in der allgemeinen Pflege. Diese Regelung garantiert die wechselseitige Anerkennung der Qualifikationen für Staatsangehörige der EU, des EWR und der Schweiz. In der Praxis der Immigration nach Deutschland entfällt in diesen Fällen eine aufwändige und ergebnisoffene Einzelfallprüfung der Gleichwertigkeit eines Berufsabschlusses. Sprachnachweise, Dokumente zum Nachweis der persönlichen Zuverlässigkeit und gesundheitlichen Eignung müssen jedoch auch in diesen Fällen vorgelegt werden.

Bei Anerkennungsverfahren für Ausbildungsabschlüsse aus Drittstaaten erfolgt indes immer eine Einzelfallprüfung der Gleichwertigkeit des erworbenen Berufsabschlusses. Das Recht auf eine solche Einzelfallprüfung ist noch keine 20 Jahre alt. Erst mit der 2003 vorgenommenen Reform des Krankenpflegegesetzes und Umsetzung des neuen Altenpflegegesetzes im gleichen Jahr hat der Bundesgesetzgeber eine grundle-

¹ Von all diesen Fällen zu unterscheiden – und in dieser Analyse nicht eingeschlossen – sind Rekrutierungsansätze, bei denen Personen ohne Pflegequalifikation aus dem Ausland zum Zweck der regulären Pflegeausbildung angeworben werden (siehe dazu z. B. Braeseke et al. 2020).

gende Möglichkeit zur Anerkennung einer im Drittstaat abgeschlossenen Pflegefachausbildung geregelt. Im Krankenpflegegesetz von 1985 waren für Drittstaatenabschlüsse bis auf seltene Konstellationen hingegen noch keine Anerkennungsmöglichkeiten vorgesehen.

Neben den im PflBG geregelten Berufsbezeichnungen existieren weitere Möglichkeiten der Anerkennung von ausländischen Qualifikationen. Dazu zählen Pflegeabschlüsse auf dem Niveau einer Assistenzausbildung und Weiterbildungsabschlüsse. Jedes Bundesland hat dazu eigene Rechtsvorschriften erlassen. Auch hochschulrechtlich können Fragen der Anerkennung eines Bachelorstudiums immer wieder auftauchen, wenn z. B. eine ausländische Pflegekraft in Deutschland ein Masterstudium absolvieren möchte. Die in diesen Fällen zur Anwendung kommenden Anerkennungsverfahren sind nicht Gegenstand dieser Analyse.

3. Entwicklung der Berufs Anerkennungen in Deutschland

Anerkennung ausländischer Abschlüsse nach Berufen (Top 10)²

Im Jahr 2020 wurden bundesweit in allen Berufen insgesamt 59028 Anträge auf Anerkennung einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation geführt, darunter 41961 Neuanträge. Der in diesem Jahr am häufigsten nachgefragte Abschluss bezog sich auf den Referenzberuf Gesundheits- und Krankenpflege (18822). Alleine auf diesen Abschluss entfiel knapp jedes dritte im gesamten Bundesgebiet gemeldete Antragsverfahren. Zwischen 2013 und 2020 haben sich die neu gestellten Antragsverfahren in diesem Beruf mehr als verdreifacht, wobei es im Jahr 2020 erstmals seit Beginn der statistischen Erhebung mit -19,5% einen deutlichen Rückgang bei den Neuanträgen im Vergleich zum Vorjahr geben hat (Stat. Bundesamt 2021a/b), s. Tabelle 1.

Anerkennungsverfahren in allen staatlich anerkannten Pflegeberufen

Neben dem im Jahr 2020 mit Abstand am häufigsten beantragten Abschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege (18822 Anträge) wurden in dem ebenfalls bundesrechtlich geregelten Pflegeberuf „Pflegefachmann/frau“ 891 Anträge gemeldet. Die Berufsbezeichnung „Pflegefachmann/frau“ wurde mit dem PflBG 2020 eingeführt und löst den Abschluss „Gesundheits- und Krankenpflege“ ab.³

2 Die hier vorgestellten statistischen Angaben stammen aus der Anerkennungsstatistik des Bundes. Rechtliche Grundlage dieser Statistik ist § 17 Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG). Das BQFG (Artikel 1 des Anerkennungsgesetzes) ist ein Bundesgesetz im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Die Statistik über die Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen liefert Daten zu Strukturen und Entwicklungen im Bereich der Anerkennung im Ausland erworbener Berufsabschlüsse. Die Meldungen erfolgen vonseiten der für die Anerkennungsverfahren zuständigen Stellen auf Grundlage standardisierter Erhebungsmerkmale. Die Durchführung der Bundesstatistik ist angeordnet, d. h. dass die Anerkennungsprüfung zuständigen Stellen rechtlich verpflichtet sind, die angeforderten Daten jährlich zu liefern.

3 Die Anerkennungsverfahren mit dem Abschluss „Pflegefachmann/frau“ werden voraussichtlich sukzessive zunehmen, da Antragsverfahren im Referenzberuf „Gesundheits- und Krankenpflege“ auf Grundlage einer Übergangsvorschrift (§ 66a PflBG) noch bis Ende 2024 durchgeführt werden können.

	<i>Beruf</i>	<i>Antragsverfahren</i>	<i>Anteil</i>
1.	Gesundheits- und Krankenpfleger/in	18822	31,9%
2.	Ärztin/Arzt	8826	15,0%
3.	Lehrer/in	3462	5,9%
4.	Ingenieur/in	3030	5,1%
5.	Erzieher/in	2175	3,7%
6.	Physiotherapeut/in	1413	2,4%
7.	Sozialpädagogik/Sozialarbeit	1107	1,9%
8.	Zahnärztin/Zahnarzt	1071	1,8%
9.	Apotheker/in	927	1,6%
10.	Kaufmann/Kauffrau für Büromanagement	924	1,6%

Tab. 1: Anerkennungsverfahren im Jahr 2020 – die zehn häufigsten bundes- und landesrechtlich geregelten Berufe (Stat. Bundesamt 2021a)

Die Zahl der Antragsverfahren in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege ist indes marginal. Im Jahr 2020 wurden im Referenzberuf „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ lediglich 495 Anträge gezählt. Im Beruf „Altenpfleger/in“ waren es mit 267 Anträgen noch weniger. Insgesamt 1017 Anträge wurden auf Anerkennung einer landesrechtlich geregelten Helferausbildung in der Pflege gestellt (Stat. Bundesamt 2021a).

<i>Pflegeberuf</i>	<i>Antragsverfahren</i>
Gesundheits- und Krankenpflege	18822
Pflegefachmann/frau	891
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	495
Altenpfleger/in	267
Pflegehelfer (landesrechtlich geregelt; hier alle zusammen genommen)	1017
Summe Anerkennungsverfahren in Pflegeberufen	21492
Anteil an allen Anerkennungsverfahren	36,4%

Tab. 2: Anerkennungsverfahren im Jahr 2020 – Bereich Pflegeberufe (Stat. Bundesamt 2021a)

Ausbildungsstaaten beim Referenzberuf Gesundheits- und Krankenpflege

Im Jahr 2014 wurde im Referenzberuf Gesundheits- und Krankenpflege mehr als jeder zweite Antrag auf Anerkennung einer im Ausland abgeschlossenen Pflegeausbildung von einer Person eingereicht, die ihren Pflegeabschluss in einem Mitgliedsland der EU abgeschlossen hat (Stat. Bundesamt 2016). Im Jahr 2020, und damit sechs Jahre später, hat sich die Situation hinsichtlich der Zusammensetzung der Ausbildungsstaaten grundlegend gewandelt. Von den 18822 in diesem Jahr geführten Anerkennungsverfahren im Referenzberuf Gesundheits- und Krankenpflege entfiel mit 16965 Anträgen der weit überwiegende Teil auf Ausbildungsstaaten außerhalb der EU (vgl. Tabelle 3).

	<i>EU</i>	<i>Drittstaaten</i>
2014	2919	2433
2020	1857	16965

Tab. 3: Verteilung der Ausbildungsstaaten im Referenzberuf Gesundheits- und Krankenpflege (Stat. Bundesamt 2016; 2021b)

Zu den antragsstärksten Ländern im Jahr 2020 zählten mit 3090 Anträgen Philippinen, an zweiter Stelle Bosnien und Herzegowina mit 2565 Anträgen sowie Serbien mit 2526 Anträgen (vgl. Abbildung 1).

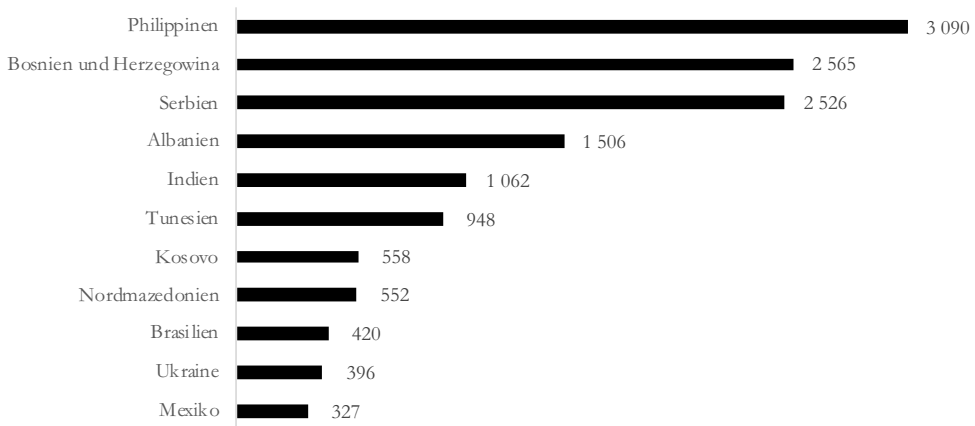


Abb. 1: Die häufigsten Ausbildungsstaaten beim Anerkennungsverfahren in der Gesundheits- und Krankenpflege 2020 (Quelle: Stat. Bundesamt 2021b)

Antragsgeschehen in den Bundesländern

Die meisten im Jahr 2020 gezählten Anträge im Referenzberuf Gesundheits- und Krankenpflege wurden in den westlichen Bundesländern geführt. Alleine auf Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Hessen entfielen zusammengenommen 15756 Fälle und damit rund 83,7% aller bundesweit gezählten Fälle (siehe Abbildung 2).

Stand des Antragsverfahrens

Anträge auf Anerkennung einer im Ausland abgeschlossenen Pflegeausbildung werden unterschiedlich beschieden bzw. definiert. Folgende Verfahrensmeldungen sind zu differenzieren:

- „volle Gleichwertigkeit“: Der Ausbildungsstand wird als vergleichbar mit der deutschen Ausbildung eingestuft bzw. der zur Berufsausübung notwendige Kompetenzstand als nachgewiesen erklärt. Der vollen Gleichwertigkeit kann die Absolvierung einer auferlegten Ausgleichsmaßnahme vorangegangen sein.

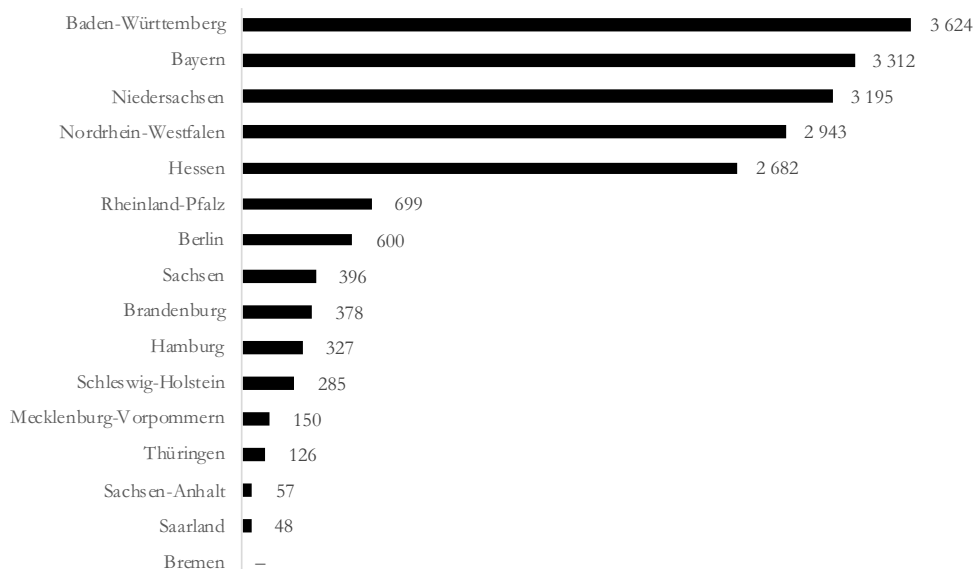


Abb. 2: Anerkennungsverfahren in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Bundesland 2020 (Quelle: Stat. Bundesamt 2021b)

- „Auflage einer Ausgleichsmaßnahme“: Es werden wesentliche Unterschiede zwischen der ausländischen und deutschen Ausbildung identifiziert. Es wird außerdem festgelegt, mit welchen Ausgleichsmaßnahmen die festgestellten wesentlichen Unterschiede ausgeglichen werden können.
- „noch keine Entscheidung“: Seitens der zuständigen Behörde wurde bis zum 31.12. des Berichtsjahres keine Entscheidung getroffen und daher noch kein rechtsmittel-fähiger Bescheid ausgestellt. Der Antrag befindet sich noch in der Bearbeitung.
- „sonstige Erledigung/ohne Bescheid“: Das Verfahren wurde beendet, ohne dass ein Bescheid über die Gleichwertigkeit erstellt wurde. Dies ist z. B. der Fall, wenn Antragstellende den Antrag zurückziehen.
- „negativ“: Seitens der zuständigen Behörde wurde keine volle Gleichwertigkeit der Berufsqualifikation festgestellt. Dies ist z. B. der Fall, wenn die auferlegte Ausgleichsmaßnahme endgültig nicht erfolgreich absolviert wurde.

Art der Entscheidung	Fälle	Anteil
Auflage einer Ausgleichsmaßnahme	8709	46,3%
volle Gleichwertigkeit	6804	36,1%
noch keine Entscheidung	2304	12,2%
sonstige Erledigung/ohne Bescheid	651	3,5%
negativ	351	1,9%

Tab. 4: Art der Entscheidung bei Anerkennungsverfahren im Referenzberuf Gesundheits- und Krankenpflege im Jahr 2020 (Stat. Bundesamt 2021b)

Im Jahr 2020 wurden von den insgesamt 18822 Verfahren bei 8709 Anträgen die Auflage einer Anpassungsmaßnahme erteilt. Dies entspricht einen Anteil von 46,3%. An zweiter Stelle rangiert, mit 6804 Fällen und einem Anteil von 36,1% die Feststellung der vollen Gleichwertigkeit. Ein negativer Bescheid erging im Jahr 2020 indes lediglich in 351 Fällen (vgl. Tabelle 4).

Antragsentscheidungen für die Top-10 der Ausbildungsstaaten

Bei den tatsächlichen Antragsentscheidungen im Jahr 2020 – die Fälle „noch keine Entscheidung“ also ausgenommen, da hier de facto noch gar keine Antragsentscheidung getroffen wurde – schwanken die Entscheidungsarten innerhalb der Gruppe der zehn antragsstärksten Ausbildungsstaaten relativ stark. Am häufigsten wurde die Ausgleichsmaßnahme mit einem Anteil von 80,3% bei Ausbildungsabschlüssen aus Tunesien und an zweiter Stelle mit einem Anteil von 74,3% bei mexikanischen Qualifikationen erteilt. Bei Berufsabschlüssen aus Bosnien und Herzegowina und Serbien wurde innerhalb der Top-10 der Ausbildungsstaaten vergleichsweise selten eine Anpassungsmaßnahme erteilt. Der Anteil dieser Entscheidung lag hier bei 46,9 % bzw. bei 47,7% (vgl. Abbildung 3).

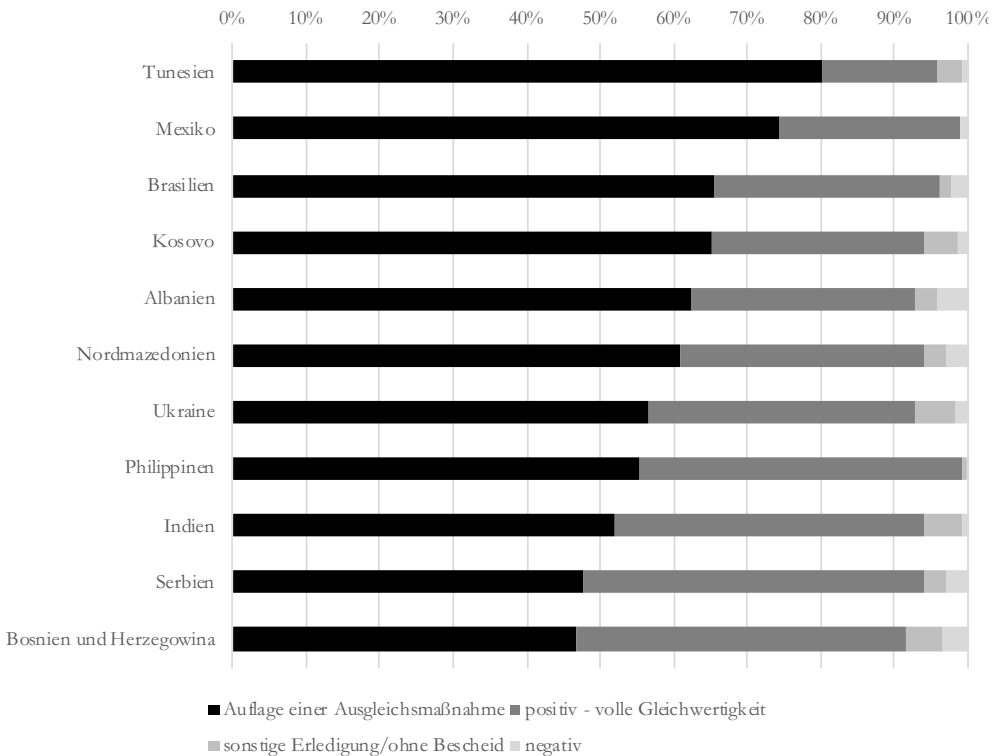


Abb. 3: Anerkennungsverfahren in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Ausbildungsstaat und Art der Entscheidung (Quelle: Stat. Bundesamt 2021b)

Antragsentscheidungen in den Bundesländern

Eine noch breitere Streuung hinsichtlich der Entscheidungsart ergibt sich beim Vergleich der Bundesländer untereinander. Rheinland-Pfalz und Sachsen liegen bei der „Auflage einer Ausgleichsmaßnahme“ mit einem Anteil von jeweils 80,9% weit vorn. Deutlich seltener wurde eine Ausgleichsmaßnahme in Bayern (37,5% der Fälle) erteilt. In Saarland wurde nur in 12,5% der Fälle eine Ausgleichsmaßnahme erteilt. In Schleswig-Holstein wurde kein Fall gemeldet, bei dem eine Ausgleichsmaßnahme erteilt

wurde (vgl. Abbildung 4). Dies ist deshalb äußerst bemerkenswert, da in Schleswig-Holstein von den knapp 285 in 2020 geführten Anträgen nur 39 aus EU-Ländern stammen, also in den Genuss der automatischen Anerkennung im Rahmen der EU-Harmonisierungsrichtlinie kommen konnten.

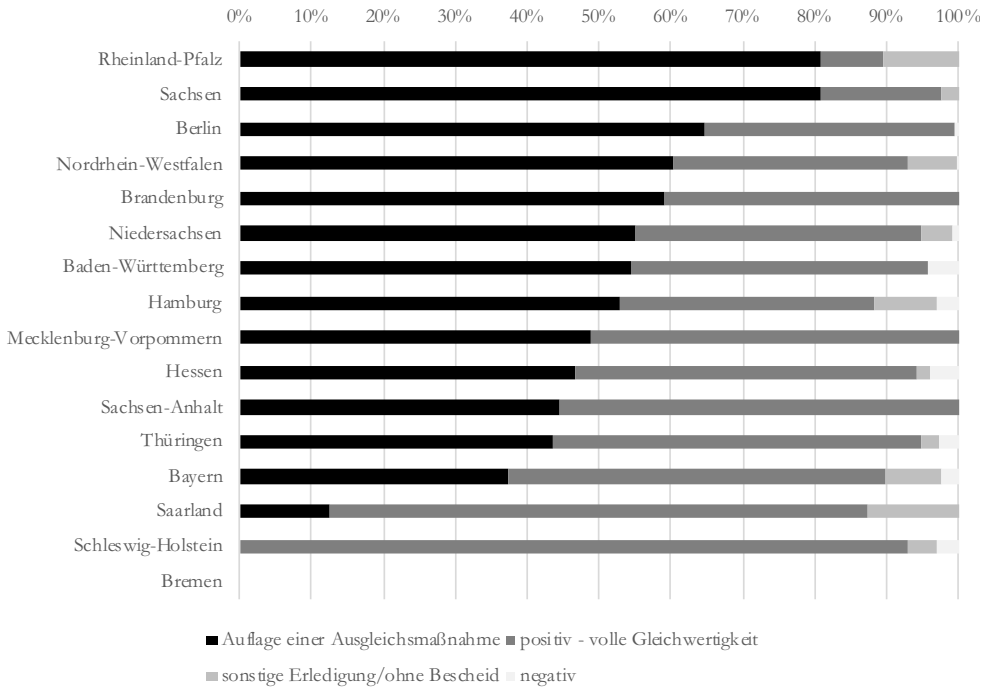


Abb. 4: Anerkennungsverfahren in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Bundesland und Art der Entscheidung (Quelle: Stat. Bundesamt 2021b)

4. Diskussion

Die aktuelle Dynamik der qualifizierten Zuwanderung im Pflegebereich fußt auf dem gestiegenen Fachkräftebedarf, wäre jedoch ohne rechtliche Erleichterungen im Anerkennungs- und Einwanderungsrecht für Drittstaatenangehörige kaum möglich geworden.

Mit weitem Abstand wird das Anerkennungs geschehen derzeit von den Gesundheitsberufen und allen voran dem Pflegesektor angeführt. 2020 kam rund jede dritte berufs aner kennungssuchende ausländische Person aus dem Pflegebereich. Dahinter folgten immigrierende Ärztinnen und Ärzte. Inzwischen hat nur noch jede zehnte ausländische Pflegekraft, die eine Gleichstellung ihrer Berufsqualifikation beantragt, eine Ausbildung aus einen der EU-Mitglieds länder absolviert.

Die hohe Dynamik der qualifizierten Einwanderung in die Pflege wäre ohne die gestiegene Fachkräftenachfrage seitens des deutschen Arbeitsmarktes bzw. die damit verbundenen wachsenden Schwierigkeiten, die benötigten Fachkräfte zu finden (BA 2021), zweifelsohne kaum möglich geworden. Weitere Gründe liegen in den heute ge-

gebenen Anerkennungsmöglichkeiten für Ausbildungsabschlüsse aus Drittstaaten, die im Berufsrecht sukzessive ausgebaut wurden. Seit etwa 20 Jahren können Pflegekräfte unabhängig von ihrem Herkunftsstaat einen Anerkennungsantrag stellen. Sie haben außerdem die Möglichkeit erhalten, Berufserfahrungszeiten in die Prüfung einbeziehen zu lassen und dürfen – im Falle einer fehlenden Gleichwertigkeit – zwischen einer Fachprüfung und einem sogenannten Anpassungslehrgang wählen, um doch noch einen gleichwertigen Kenntnisstand nachzuweisen (Schilling 2021).

Dass indes auf Grundlage des Altenpflegegesetzes trotz der rechtlichen Möglichkeit praktisch kaum Anträge auf Anerkennung einer ausländischen Pflegeausbildung gestellt werden, ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass es außerhalb Deutschlands kaum vergleichbare Pflegeabschlüsse gibt (Slotala 2016).

Parallel zu der Schaffung berufsrechtlich geregelter Anerkennungswege für Pflegekräfte aus Drittstaaten wurden im Einwanderungsrecht Änderungen vorgenommen, um die Einreise und Beschäftigung für Fachkräfte aus Drittstaaten zu ermöglichen und zu erleichtern. Dazu zählt insbesondere der im §16d Fachkräfteeinwanderungsgesetz geregelte Fall, einer Person aus Drittstaaten zum Zweck der Anerkennung ihrer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation eine Aufenthalts-, Qualifizierungs- und Beschäftigungserlaubnis erteilen zu können (Kolb 2019).

Bei der im ersten Jahr der Corona-Pandemie erfolgten Abschwächung der Dynamik bei der Zuwanderung in den Pflegebereich handelt es sich aller Voraussicht nach um ein vorübergehendes Phänomen.

Im Jahr 2020 ist die Zahl der Neuanträge auf Anerkennung einer ausländischen Pflegeausbildung seit Beginn der bundesweiten statistischen Erfassung im Jahr 2012/13 erstmals gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen, um 19,5%. Mutmaßlich hängt dieser Einbruch in erster Linie mit den weltweit eingetretenen Mobilitäts- und Kontakteinschränkungen zur Eindämmung der im Frühjahr 2020 ausgebrochenen COVID-19-Pandemie zusammen. In diesem Zeitraum ist die Migration von Fachkräften insgesamt zurückgegangen (SVR-Migration 2021). Grenzen wurden zeitweise geschlossen, Flugverbindungen gestrichen und der allgemeine Reiseverkehr erheblich reglementiert. Angesichts einer sich ständig ändernden und kaum vorhersagbaren Pandemielage sowie der immer wieder geänderten Schutzvorkehrungen waren jedwede in die Zukunft gehenden Pläne kaum umsetzbar.

An den Ursachen für die verstärkte Fachkräfteeinwanderung in die Pflege hat die COVID-19-Krise freilich nichts geändert. Im Gegenteil: Vielerorts fehlten in der intensivmedizinischen Versorgung qualifizierte Pflegekräfte. Die Arbeits- und Gesundheitsbelastung in der Pflege sind unter den Bedingungen der Pandemie nochmals deutlich gestiegen (Eggert et al. 2021; Hamacher et al. 2021), weil die Personalausstattung in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen bereits vor dem COVID-19-Ausbruch vielerorts längst angespannt war (Rothgang et al. 2020; TK 2019).

Insoweit spricht vieles dafür, dass die im Jahr 2020 erfolgte Abschwächung der Zuwanderung internationaler Pflegekräfte nach Deutschland ein vorübergehendes Phä-

nomen ist. Sobald die pandemiebedingten Einschränkungen zurückgehen bzw. die Pandemie insgesamt unter Kontrolle gebracht werden kann, ist von einer wiedererstarkten Zuwanderungsdynamik im Pflegebereich auszugehen.

Die qualifizierte Zuwanderung ist ein notwendiger, aber nicht hinreichender Ansatz zur Deckung des Fachkräftebedarfs in der Pflege.

Dass Zuwanderung einen potentiellen Beitrag zur Deckung des Fachkräftebedarfs und Entlastung des Pflegesystems leisten kann, ist mancherorts bereits heute erkennbar. Und damit sind nicht die geschätzt über 250.000 deutschen Haushalte gemeint, in denen ausländische Betreuungskräfte vornehmlich aus Mittel- und Osteuropa ohne anerkannten Berufsabschluss arbeiten, um Pflegebedürftigen in ihren Haushalten zu Dumpinglöhnen und im Schattenbereich des Arbeitsrechts zur Seite zu stehen (Petermann et al. 2018).

Auch die Zuwanderungsdynamik bei den qualifizierten Pflegefachkräften hat in einigen Bundesländern eine zahlenmäßig signifikante Größenordnung erreicht, die auf ein hohes Potential der Immigration als Ansatz zur Deckung des Fachkräftebedarfs schließen lässt. In Bayern haben im Jahr 2019 beispielsweise rund 4.000 ausländische Pflegefachpersonen einen Antrag auf Anerkennung ihres Berufsabschlusses gestellt (Stat. Bundesamt 2021b). Im selben Jahr wurden in Bayern rund 7.100 Ausbildungsanfängerinnen und -anfänger in allen dreijährigen Pflegeausbildungen zugelassen (Stat. Bundesamt 2021c). Durch den Zuzug ausländischer Pflegefachpersonen ist hier ein zusätzliches mögliches Angebot an Fachkräften im Verhältnis zur Zahl der regulären Ausbildungsanfänger in der Pflege von über 50 Prozent entstanden. Für Hessen liegen ebenfalls erste belastbare Zahlen vor, die auf ein sehr hohes Potenzial der Anwerbung hindeuten (Laußen et al. 2019). Dieses Instrument kann die reguläre Ausbildung möglicher Weise also ergänzen.

Aktuelle Umfragen unter den Arbeitgebenden in der Pflege zu etwaigen Rekrutierungsaktivitäten bestätigen die wachsende Bedeutung des Ansatzes zur Deckung des Personalbedarfs. Schreck (2017) sowie Bonin et al. (2015) zeigen übereinstimmend, dass bundesweit inzwischen mindestens 40% der Einrichtungen aus dem Krankenhausbereich und der Langzeitpflege Maßnahmen zur Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte durchführen.

Andererseits ist die Idee, ausstehende Verbesserungen bei den Gehältern, Arbeitsbedingungen oder der Gesundheitsbelastung in der Pflege als Reaktion auf den Fachkräftemangel durch Zuwanderung quasi zu ersetzen, ohne jeden Zweifel ebenso unterkomplex wie praxisfern (Sell 2019). Deutschland ist für internationale Pflegekräfte als Land ein potentiell Zielland unter mehreren, das im Vergleich zu englischsprachigen Ländern eine verhältnismäßig hohe Sprachbarriere kennzeichnet. Die Mehrheit der internationalen Pflegekräfte ist akademisch qualifiziert und aus ihrem Herkunftsland gewohnt, auf Augenhöhe mit anderen Berufsgruppen zusammen zu arbeiten und über hohe Autonomiespielräume zu verfügen. Der Pflegealltag in Deutschland wird, wie erste Studien zeigen, auch von den ausländischen Pflegekräften kritisiert. Manche kön-

nen sich eine langfristige Beschäftigung unter diesen Bedingungen nicht vorstellen, andere haben das Land deshalb wieder verlassen. (Pütz et al. 2019; Schreck 2017).

Werden die Arbeitsbedingungen für alle in der Pflege Beschäftigten nicht wie vielfach gefordert deutlich attraktiver (Stemmer 2021), könnte das Potential der Rekrutierung internationaler Pflegefachkräfte in den meisten Fällen verpuffen und die dahinterstehenden Bemühungen womöglich nicht viel mehr sein, als ein Strohfeuer-Programm, das hohe Kosten verursacht aber nachhaltig kaum neues Personal bindet.

Das berufsrechtliche Anerkennungsverfahren ist ein wichtigstes Qualitätssicherungsinstrument in der Gestaltung der Zuwanderung. Die für die Berufszulassung wesentliche Gleichwertigkeitsprüfung sollte wissenschaftlich evaluiert und entsprechend transparent weiterentwickelt werden.

Die aktuelle Immigration internationaler Pflegefachkräfte nach Deutschland finden im überwiegenden Teil längst nicht mehr im Bereich der EU-Mitgliedsstaaten statt. Je mehr Pflegefachkräfte aus Drittstaaten einreisen, desto häufiger stehen die Anerkennungsbehörden vor der Aufgabe, jeden Pflegeabschluss im Einzelfallverfahren begutachten zu müssen. Außerdem sollen sie bei der in diesen Fällen durchzuführenden Gleichwertigkeitsprüfung individuell erworbene Berufserfahrungszeiten und sonstige Fort- und Weiterbildungsabschlüsse berücksichtigen sowie etwaige qualifikatorische Auflagen zur Erlangung eines gleichwertigen Kompetenzstatus definieren (Schilling 2021).

Der praktische Vollzug der Gleichwertigkeitsprüfungen findet auf der Grundlage einer Dokumentenanalyse (Zeugnisse, Urkunden, Tätigkeitsnachweise) statt. Wie diese Dokumentenprüfungen konkret erfolgen sollen, ist in weiten Teilen jedoch weder durch den Bundesgesetzgeber, noch irgendeine andere dazu befugte übergeordnete Stelle vorgegeben. Die einzigen für die Anerkennungsverfahren geltenden Rechtsvorschriften (PflBG und die dazugehörige Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) enthalten nur sehr vage gehaltene Anforderungen, die mit vielen unbestimmt gehaltenen Begriffen gespickt sind (Slotala 2019b; Schilling 2021).

Im Rahmen von Gleichwertigkeitsprüfungen ist eine Berücksichtigung weiterer Quellen, Einbeziehung von Fachexpertisen oder wissenschaftlicher Studienergebnisse nicht vorgesehen. Niemand ist für eine methodisch und empirisch fundierte Begutachtung der Bildungssysteme in den Herkunftsländern zuständig.

Die Ergebnisse der Anerkennungsstatistik werfen ein Schlaglicht auf die Resultate von nicht harmonisierten und fachlich nicht fundierten Gleichwertigkeitsprüfungen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegekräfte aus dem Ausland eine qualifikatorische Auflage erfüllen müssen, bevor sie anerkannt werden, gilt laut dieser in Rheinland-Pfalz und Sachsen beinah als sicher. Zeitgleich vermeldet das Saarland sowie Schleswig-Holstein in derselben Anerkennungsstatistik, dass sie nur sehr selten oder gar keine qualifikatorischen Auflagen für antragstellende Pflegekräfte aus dem Ausland erteilt haben.

Vor dem Hintergrund fehlender bundeseinheitlicher Vorgaben an die Umsetzung der Gleichwertigkeitsprüfungen darf der Befund, dass der Ausgang einer solchen Prüfung in der Praxis erheblich schwanken kann, nicht ernsthaft verwundern. Auch vermögen die von den Anerkennungsbehörden zur Verfügung gestellten statistischen Daten lediglich einen kleinen Einblick in das Verwaltungshandeln der Anerkennungsstellen zu geben. Ihre Praxis ist vermutlich wesentlich facettenreicher und heterogener. Insofern kann man an dieser Stelle keine belastbaren Schlussfolgerungen hinsichtlich der Qualität der Anerkennungsverfahren ableiten und erst recht keine kritischen Bewertungen der dahinterstehenden Entscheidungen durch die Behörden. Das sind Limitationen dieser Analyse.

Die Anerkennungsstatistik kann an dieser Stelle nicht mehr sein, als eine der ganz wenigen verfügbaren und nur eingeschränkt interpretationsfähigen Informationsquellen. Doch bereits dieser kleine Ausschnitt an verfügbaren Informationen zeigt recht offenkundig eins: Es gibt berechtigten Anlass zum Zweifel, dass die Anerkennungsverfahren der Bundesländer nach vergleichbaren Maßstäben bearbeitet werden. Dazu passen auch die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Studien von Sommer (2015) und Schreck (2017), die erste empirische Hinweise auf eine wahrgenommene Intransparenz und Überforderung aus Sicht der Antragstellenden bzw. der Arbeitgebenden im Kontext der Berufsanerkennungsverfahren sichtbar machen.

Die Gleichwertigkeitsprüfung der ausländischen Pflegeausbildung ist ein wichtigstes Instrument zur Qualitätsprüfung und Qualitätssteuerung bei der Zuwanderung internationaler Pflegekräfte nach Deutschland. Die ihr zu Grunde liegenden Verfahren sollten wissenschaftlichen Maßstäben genügen und entsprechend weiterentwickelt werden. Die Praxis der Anerkennungsverfahren und insbesondere der Gleichwertigkeitsprüfungen sollten einer fundierten wissenschaftlichen Evaluation unterzogen werden.

Schlussbetrachtung

Die Zuwanderung von Pflegefachkräften in das deutsche Gesundheitswesen, insbesondere derer aus Drittstaaten, wird in Zukunft vermutlich weiter zunehmen. Diese Pflegekräfte verfügen über Pflegeabschlüsse und Berufserfahrungszeiten im Kontext unterschiedlicher Bildungs-, Beschäftigungs- und Gesundheitssysteme. Deren Qualifikationsprofile müssen in Deutschland geprüft, etwaige Nachqualifizierungsbedarfe identifiziert und deren erfolgreiche Umsetzung begleitet werden (Dieterich 2017). Darüber hinaus müssen Sprachkenntnisse auf dem für die Berufsausübung erforderlichen Niveau zuverlässig getestet und dokumentiert sein. Die Integration der Angeworbenen in den Pflegeteams, im Arbeitsalltag und im sozialen Leben ist eine weitere entscheidende Herausforderung auf dem Weg zur erfolgreichen und nachhaltigen Rekrutierung internationaler Pflegekräfte (Noll/Bolinger 2022).

Das berufsrechtliche Anerkennungsverfahren ist ein wichtigstes Instrument zur Qualitätssteuerung und Qualitätsprüfung. Dessen Ausgestaltung steht durchaus im

Zusammenhang mit der Patientensicherheit. Erteilte Berufszulassungen bei Pflegekräften, deren Wissen, Fertigkeiten oder Sprachkenntnisse im Vergleich zu in Deutschland ausgebildeten Pflegefachpersonen erhebliche Defizite aufweisen, können mit Risiken für die Versorgungssicherheiten einhergehen. Dafür sind Kompetenzlücken im Bereich von Hygienestandards, Medikamentenmanagement oder in der sprachlichen Kommunikation mit Patient_innen oder Kolleg_innen einige von vielen möglichen konkreten Beispielen.

Vor dem Hintergrund der wachsenden Zuwanderungsdynamik in die Pflege ist eine wissenschaftliche Fundierung der Anerkennungsverfahren notwendig. Einer der wesentlichen Schritte wäre es, die heute bestehenden Anerkennungsverfahren in den Bundesländern zu evaluieren. Entwickelt werden sollten zuverlässige und praktikable Instrumente und standardisierte Verfahren zur Gleichwertigkeitsprüfung nach dem PflBG, die neben der Methode des Dokumentenabgleichs weitere Kontextfaktoren des jeweiligen Ausbildungsstaates und des dortigen Pflegesystems sowie empirische Kompetenzanalysen berücksichtigen. Es ist letztlich eine Frage der fachlichen Qualitätssicherung, dass das Verfahren zur Berufsankennung auf Grundlage vergleichbarer und auf wissenschaftliche Erkenntnisse gestützter Kriterien umgesetzt wird.

Die geregelte Öffnung des deutschen Pflegeberufsystems für internationale Pflegefachkräfte auf der einen Seite und die weiter notwendige Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege in Deutschland auf der anderen Seite sind keine widersprüchlichen oder sich gegenseitig ausschließenden Ansätze. Dies zeigt der Blick in die jüngere Geschichte der deutschen Pflegeausbildung. Denn ohne den internationalen Druck aus Europa auf den deutschen Gesetzgeber hätte es die bisherigen Schritte in der Anhebung von Mindestausbildungsstandards in dieser Form und in diesem Tempo (schulische Zulassungsvoraussetzungen, Verbreiterung der Ausbildungsinhalte, hochschulische Ausbildungsgänge) im Krankenpflegegesetz von 1985 und 2003 sowie im aktuellen Pflegeberufgesetz kaum gegeben (Slotala 2022). Die Mehrheit der heute angeworbenen internationalen Pflegefachkräfte hat eine generalistische Berufsausbildung auf akademischen Niveau abgeschlossen und kennt andere Formen der Arbeitsteilung sowie interdisziplinären Zusammenarbeit, insbesondere mit der Ärzteschaft. Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen beeinflussen die Bereitschaft aller, sich für dieses Berufsfeld in Deutschland zu entscheiden und dienen allen in der Pflegeversorgung Beschäftigten.

Literatur

- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2021): Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2021: Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich; statistik.arbeitsagentur.de > Suche: Arbeitsmarktsituation > 12.05.2021
- Blättner, B./ Bollinger, H./ Noll, N./ Slotala, L. (2020): Internationale Pflegefachkräfte in Deutschland. Wer trägt die Kosten für die Integration? Soziale Sicherheit, Jg. 69, Heft 6, 221–225
- Bollinger, H./ Blättner, B./ Noll, N. (2020): Aufklären und Anerkennen. Statusmanagement internationaler Pflegefachpersonen. Die Schwester | Der Pfleger (7) 50-53
- Bonin, H./ Braeseke, G./ Ganserer, A. (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Bertelsmann Stiftung

- Braeseke, G./Lingott, N./Rieckhoff, S./Pörschmann-Schreiber, U. (2020): Kriterien zur Analyse von Drittstaaten zur Gewinnung von Auszubildenden für die Pflege. Kurzbericht für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Berlin, IGES Institut
- Dieterich, J. (2017). Qualifizierung ausländischer Pflegekräfte – ethnographische Perspektive auf eine heterogene Weiterbildungssituation. In: Weyland, U./Reiber, K. (Hrsg.): Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen - aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder (S. 93–111). Bielefeld: Bertelsmann Verlag
- Eggert, S./Teubner, C. (2021): Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienst. ZQP-Analyse
- Hamacher, J./Klausmeier, J. (2021): COVID-19-Pandemie – eine Ausnahmesituation für die Intensivpflege? *intensiv* 2021; 29(02): 74-79
- Knogler, M. (2010): „Beschäftigungsanpassung und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen in den neuen EU-Mitgliedstaaten,“ Memoranda - Policy Papers 46, Institut für Ost- und Südosteuropaforschung (Institute for East and Southeast European Studies)
- Kolb, H. 2019: Das Fachkräfteeinwanderungsgesetz und der Gleichwertigkeitsnachweis: Drei Optionen in Theorie und Praxis. In: *Zeitschrift für Ausländerrecht* 39 (5-6), 169–173
- Kordes, J./Pütz, R./Rand, S. (2021). Migrationsmanagement als migrationspolitisches Paradigma: das Beispiel der Anwerbung von Pflegefachkräften. *Europa Regional*, 26.2018(4), 2-16
- Kreutzer, S. (2020): Der Pflegenotstand der 1960er Jahre. Arbeitsalltag, Krisenwahrnehmung und Reformen. *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*, Bundeszentrale für politische Bildung: Bonn, 144-155
- Lauxen, O.; Larsen, C.; Slotala, L. (2019): Pflegefachkräfte aus dem Ausland und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung in Deutschland. Das Fallbeispiel Hessen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Volume 62, Issue 6, pp 792–797. (peer review)
- Noll, N.; Bollinger, H. (2022; i.E.): Die Integrationsarbeit der Pflegeteams – arbeitssoziologische Anmerkungen. In: Slotala, L./Noll, N./Klemm, M./Bollinger, H. (Hg.): *Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland*. Frankfurt: Mabuse
- Petermann, A./Bohl, J./Brinkmann, R./Seebohm, F. (2018): Rechtliche Modelle für Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (sog. „24-Stunden-Betreuung“). Herausgegeben vom Verband für häusliche Betreuung und Pflege e. V. (VHBP)
<https://www.vhbp.de/fileadmin/Downloads/180704%20VHBP%20-%20Rechtliche%20Modelle%20der%20BihG.pdf> [Stand: 2021-09-20]
- Pütz, R./Kontos, M./Larsen, C./Rand, S./Ruokonen-Engler, M.-K. (2019): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Study Nr. 416. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung
- Rothgang, H./Müller, R./Preuß, B. (2020): BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 26
- Schilling, G. (2021): Das Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse in der Pflege nach dem Pflegeberufgesetz. *NSZ*, 21/1, 12-19
- Schreck, C. (2017): *Rekrutierung Von Internationalen Pflegefachkräften: Chancen und Herausforderungen Für Den Fachkräftemangel in Deutschland*. Wiesbaden: Springer
- Sell, S. (2019): Potentiale und Grenzen von Zuwanderung in die Pflege. In: Jacobs, K/Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019*. Berlin, Heidelberg: Springer, 85-102
- Slotala, L./Bollinger, H. (2014): Integration als Teamwork. Pflegekräfte aus dem Ausland. In: *Heilberufe, das Pflegemagazin*, Jg. Juni 14, 37-41
- Slotala, L. (2016): Anerkennung ausländischer Pflegeabschlüsse in Deutschland. In: *Zeitschrift Pflege* 29, 281-288
- Slotala, L. (2019a): Integrationspraxis und der doppelte Statusverlust ausländischer Pflegefachkräfte im Altenpflegesektor. In: Knopp, L. (Hrsg.): *Osteuropäische Pflegehilfen kontra Deutsche Gesundheitspolitik*. Hpsmedia, 122-128
- Slotala, L. (2019b): Ausländische Qualifikationen in der Pflege anerkennen. *Pflegezeitschrift*, Volume 72, Issue 1–2, 14–16

- Slotala, L. (2022; i.E.): Fortschritte, Hindernisse und Reformbedarfe. Internationale Öffnung der Pflegeberufszulassung in Deutschland. In: Slotala, L./Noll, N./Klemm, M./Bollinger, H. (Hg.): Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland. Frankfurt: Mabuse
- Sommer, I. (2015): Die Gewalt des kollektiven Besserwissens. Kämpfe um die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Deutschland. Bielefeld: Transcript
- Stat. Bundesamt (2016): Statistik nach dem Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz des Bundes (BQFG). Berichtsjahr: 2014. Referenzberuf: Gesundheits- und Krankenpfleger/in. Verfahren nach Ausbildungsstaaten und Bundesländern
- Stat. Bundesamt (2020): H 202 – Berufsbildungsstatistik. Anerkennungsstatistik bundesrechtlich und landesrechtlich geregelter Berufe. Sonderauswertung. Wiesbaden
- Stat. Bundesamt (2021a): Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen nach Berufen (Top 20). <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Tabellen/liste-bqfg-rangliste-berufe.html> [Stand: 2021-09-10]
- Stat. Bundesamt (2021b): H 202 - Berufsbildungsstatistik. Anerkennungsstatistik bundesrechtlich und landesrechtlich geregelter Berufe. Sonderauswertung: Berichtsjahre 2013-2020
- Stat. Bundesamt (2021c): Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2019/2020. Fachserie 11, Reihe 2. https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00136955
- Stemmer, R. (2021): Beruflich Pflegende – Engpass oder Treiber von Veränderungen? In: Jacobs, K/Kuhlmeier, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Berlin, Heidelberg: Springer, 173–184
- SVR-Migration - Sachverständigenrat für Integration und Gesundheit (2021): Presseinformation. Fachkräfteeinwanderungsgesetz: Corona-Pandemie bremst erstrebte Effekte aus. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2021/03/210301_PM_FKEG_FINAL-2.pdf [Stand: 2021-09-20]
- SVR – SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung? Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten
- TK (Techniker Krankenkasse) (2019): Gesundheitsreport: Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften
- WD – Wissenschaftliche Dienste (2021): Kurzinformation Vermittlungsabsprachen zur Fachkräftegewinnung. Deutscher Bundestag 016/21, 23. Februar 2021

Prof. Dr. Lukas Slotala

Münzstraße 12, 97070 Würzburg, lukas.slotala@fhws.de

Angelika Maase, Helen Kohlen

„Wir sind mehr als ein Paar Hände“ – Migrierte Pflegefachkräfte und ihr symbolischer Kampf um fachliche und akademische Anerkennung in deutschen Krankenhäusern

“We are more than a pair of hands” – migrant nurses and their symbolic struggle for professional and academic recognition in German hospitals

The cultural challenges and areas of tension of migrant nurses in acute medical care in Germany are as diverse as the opportunities that arise for our society. The following article focuses on a hardly discussed phenomenon of the migration process: The non-recognition of their academic and clinical expertise in German hospitals.

International nurses are academically trained and have manifold professional experiences, which contribute decisively to their professional identity. However, their expert knowledge is regularly not recognized in the German health system and seldomly used in the clinical setting. Thus, they experience disorders in their professional identity. We anchor this empirically-based phenomenon in a theoretical framework, which takes questions of power and domination into account as well as of responsibility from the perspective of care ethics.

Keywords

qualitative study, migrant nurses, hospital, work experience, areas of tension, everyday racism, integration

Kulturelle Herausforderungen und Spannungsfelder migrierter Pflegefachkräfte in der akutmedizinischen Versorgung in Deutschland stellen sich so vielfältig dar wie die Chancen, die sich daraus für unsere Gesellschaft ergeben. Der folgende Beitrag legt den Fokus auf ein bisher kaum diskutiertes Phänomen des Migrationsprozesses: Die Nichtanerkennung ihrer akademischen und klinischen Fachexpertise in deutschen Krankenhäusern.

Migrierte Pflegenden sind vielfach akademisch ausgebildet und haben vielfältige Berufserfahrungen, die zu ihrer beruflichen Identität entscheidend beitragen. Ihr Expertenwissen wird allerdings aufgrund der Strukturen des deutschen Gesundheitssystems nicht regelhaft anerkannt und selten im klinischen Setting abgerufen. Entsprechend erfahren sie Störungen in ihrer beruflichen Identität. Wir verankern dieses auf empirische Erkenntnisse fußende Phänomen in eine theoretische Rahmung, welche Fragen nach Macht und Herrschaft einbezieht wie auch nach Verantwortung aus der Perspektive der Care-Ethik.

Schlüsselwörter

Qualitative Studie, migrierte Pflegefachkräfte, Krankenhaus, Berufserfahrung, Akademisierung, Alltagsrassismus, Anerkennung

eingereicht 07.12.2021

akzeptiert 13.03.2022

1. Einleitung

Seit vielen Jahren stellt die Akquise von Pflegefachkräften aus dem Ausland international eine Kompensationsstrategie im Personalmanagement dar. Auch in Deutschland nutzen Arbeitgeber_innen im Gesundheitswesen diese Option, mit nicht unerheblichen Herausforderungen für die internationalen Fachkräfte und ihre deutschen Kolleg_innen. Was für einen Teil unter dem Fokus ‚Vielfalt belebt‘ eine kulturelle Bereicherung darstellt, überfordert einen anderen Teil. Der Spagat zwischen den Staaten und unterschiedlichen Gesundheitssystemen und eben zwischen den Kulturen und beruflichen Sozialisationen zeigt sich auch als sehr herausfordernd für die migrierten Pflegenden (DiCicco-Bloom 2004: 28). Unterschiedliche kulturelle Hintergründe und Wertvorstellungen (Brunton, Cook 2018: 22f; Dubois et al. 2006: 114; Ho, Chiang 2014: 238; Ipek, Kara 2016: 8; Mattson 2009: 258; Parrone et al. 2008: 5; Rand et al. 2019: 172), eine neue Sprache als bedeutende Barriere der Integration (Eriksson et al. 2018: 9f; Magnusdottir 2005, S 266; Parrone et al. 2008: 4; Kontos et al. 2019: 95) sowie gesellschaftliche Einflüsse und verschiedene berufliche Sozialisationen treffen hierbei aufeinander. Nicht selten werden Diskriminierungserfahrungen benannt (Heier, Fischer 2019:78f; Mapedzahama et al. 2012: 156ff). Die Sozialisation hat einen großen Einfluss auf die berufliche Integration, die entsprechende Norm wird von den etablierten Pflegenden aus ihrer eigenen Sozialisation abgeleitet, akademische Qualifikationen und Berufserfahrungen der migrierten Pflegenden werde abgewertet und nicht anerkannt. Der Grad ihrer fachlichen Eignung für den Pflegeberuf in Deutschland wird von etablierten Pflegenden an Kompetenzen gemessen, die im deutschen Pflegesetting vermeintlich als zentral für den Pflegeberuf angesehen werden: richtungsorientierte Tätigkeiten wie z. B. Betten machen oder die Übernahme der Körperpflege. Deutlich werden hier Konfliktlinien in der Konkurrenz zwischen den unterschiedlich qualifizierten Pflegenden in der Definition ‚richtigen professionellen Pflegehandelns‘ (Kontos et al. 2019: 82; Rand et al. 2019: 191f; Ho, Chiang 2014: 247).

Das Erschwernis in der Gleichstellung der Berufsankennung, aber auch des Berufsbildes in Deutschland, erleben migrierte Pflegenden als Abwertung, denn sie werden trotz einer vergleichsweise besseren Qualifikation auf Hilfstätigkeiten reduziert (Parrone et al. 2008: 4; Heier, Fischer 2019: 80; Kontos et al. 2019: 70f, 151; Rand et al. 2019: 174; DiCicco-Bloom 2014: 30). Die Folge: berufliche Autonomie und Verantwortungsradius sind stark eingeschränkt (Dubois et al. 2006: 113; Brunton, Cook 2018: 22; Ho, Chiang 2014: 247f; Rand et al. 2019: 175f). Die Nichtanerkennung ihrer Fachlichkeit sowie die fehlende Akzeptanz des Teams werden als Chancenungleichheit erlebt, schlechte Lernumgebungen sowie Aufstiegschancen zeigen Formen von offener, aber auch verdeckter Diskriminierung (Alexis et al. 2007: 2224-2227; Chambers, Alexis 2004: 1355f; Ho, Chiang 2014: 245; Keshet, Popper-Giveon 2017: 39f; Magnusdottir 2005: 265f; Mapedzahama et al. 2012: 159ff; Kontos et al. 2019: 73, 105-112).

Kombiniert mit emotionalen Herausforderungen und kulturellen Spannungsfeldern, wie z. B. Heimweh und Ausgrenzungserfahrungen in Form von Alltagsrassismus wirken diese negativ verstärkend auf die psychische Stabilität und die Bleibemotivation migrierter Pfleger (Etowa et al. 2009: 179; Hall, Fields 2013: 168). Missachtungserfahrungen basieren in der Praxis vor allem auf Machtausübungen etablierter Kolleg_innen: Durch das Nicht-Kommunizieren den ‚Neuen‘ gegenüber werden wichtige pflegerelevante Informationen vorenthalten (Kontos et al. 2019: 72, 82, 160).

Die Autorinnen Hall & Fields (2013) fordern in ihrer Veröffentlichung sehr nachdrücklich, sich mit den Folgen dieser Machtdynamik aktiv auseinanderzusetzen und den unsichtbaren Rassismus sichtbar zu machen (Hall, Fields 2013: 169ff).

Vor dem sozialpolitischen Hintergrund eines aufwändigen Berufsanerkenntnisverfahrens im Fall einer Migration aus einem Drittstaat und die Ausstellung eines Defizitbescheides, d. h. einer mangelnden Anerkennung akademischer Abschlüsse von Pflegenden aus anderen Ländern legen die Autorinnen in diesem Beitrag den Fokus auf die Frage, ob und wenn ja, inwiefern die Nichtanerkennung der akademischen Expertise Ausdruck in der klinischen Praxis findet. Die Konkretisierung der Frage lautet: Welche Spannungsfelder beschreiben migrierte Pflegende bezogen auf ihre Zerrissenheit mit Blick auf den Verlust ihrer akademischen und klinischen Fachexpertise? Theorien der Macht wurden auf der Basis des dargelegten Forschungsstandes in der Einleitung für die theoretische Rahmung ausgewählt.

2. Theoretische Rahmung

2.1 Position von Macht und Herrschaft im sozialen Feld (Pierre Bourdieu)

Nach Pierre Bourdieu (1987) stellt sich das soziale Feld bestehend aus sozialen Beziehungen und Interaktionen von Akteuren dar. Die Akteure dieses Feldes haben unterschiedliche Ressourcen und verfolgen eigene Strategien und Interessen. Die Formierung dieses Feldes beschreibt er als Kampf um Ressourcen und symbolische Macht. Charakterisiert ist dieser Kampf von Spannungen und Konflikten. Neben den Interaktionen stehen auch die unterschiedlichen biografischen Entwicklungen der Akteure im Fokus (König, Berli 2012: 318; Kontos et al. 2019: 61), so auch in der Praxis einer Nichtanerkennung akademischer und klinischer Fachexpertise migrierter Pfleger. Ein Schlüsselkonzept seiner Arbeiten ist das der symbolischen Herrschaft, gleichzusetzen mit symbolischer Macht. Zwei Strategien skizziert Bourdieu (1996) in dieser Theorie: Die Strategie der Erhaltung und die Strategie der Häresie. Die erste nutzen Herrschende, um ihre Position zu wahren und ihr Kapital zu mehren. Die zweite Strategie wird von den Beherrschten eingesetzt, um sich für eine Veränderung der Werteskala einzusetzen und dadurch ihre eigene Position im Feld zu verbessern (König, Berli 2012: 325).

Für Bourdieu (2001) stellen theoretische Konzepte vor allem wissenschaftliche Werkzeuge dar, um soziale Wirklichkeiten zu verstehen (König, Berli 2012: 303f.). In

seinen Analysen des Bildungswesens hebt er neben dem ökonomischen Kapital besonders deutlich eine zentrale ungleichheitsrelevante Ressource der modernen Gesellschaft heraus, das kulturelle Kapital. Er bezeichnet es als eine Illusion, dass es in der Gesellschaft Chancengleichheit geben könne und entschleierte das Bildungssystem als eine Ideologie, welches nicht frei von herrschaftsstabilisierenden Maßnahmen ist. Bourdieu (2001) macht es unter anderem daran fest, dass Landarbeiterkinder kaum eine Chance haben eine Hochschule zu besuchen. Neben dem ökonomischen Kapital hat das inkorporierte kulturelle Kapital eine zentrale Bedeutung für den Lebensweg und die Form der Schulbildung des Einzelnen. Das Individuum muss sich dieses kulturelle Kapital selbst aneignen. Dies wird durch das Aufwachsen in einer Herkunftsfamilie begünstigt, die bereits über dieses Kulturkapital verfügt und sich die Zeit nehmen kann dieses an die nächste Generation weiterzugeben. Nach Bourdieu (2001) stärkt eine solche Begabtenideologie die Elite darin, ihre Position als rechtmäßig für sich einzuordnen und gleichzeitig aber auch die unteren Klassen darin, aus dieser Position nicht flüchten zu können. Weder die Herrschenden noch die Beherrschten stellen dies in Frage. Die Untermauerung ihrer Positionen erfolgt durch Zertifikate und Titel (König, Berli 2012: 308-311).

2.2 Macht als Entwicklungs- und Integrationsprinzip (Michel Foucault)

Auch Michel Foucault hat in zahlreichen Ausführungen Machtmechanismen zu erklären versucht. Er verfolgt in seinen Werken die Absicht, Macht als grundlegendes Entwicklungs- und Integrationsprinzip der Gesellschaft darzustellen (siehe auch Kneer 2012: 267). Nach Foucault (1978, 2005) gibt es innerhalb der Gesellschaft keinen machtfreien Raum und Macht ist somit ubiquitär vorhanden. Macht formt seiner Ansicht nach sämtliche sozialen Beziehungen. Zudem postuliert er, dass Wissen und Macht miteinander verschränkt sind. Die Ausübung von Macht nutzt und generiert Wissen; und Wissen löst bestimmte Machtwirkungen aus. Er spricht der Macht auch eine Form der Produktivität mit innovativen, kräftesteigernden Wirkungen zu (siehe auch Kneer 2012: 268ff).

In der Studie Überwachen und Strafen stellt Foucault (1977) dar, wie gesellschaftliche Machtmechanismen greifen. Er macht dies an der Geburt des Gefängnisses fest und leitet aus diesem Kontext machttheoretische Bestimmungen der Gesellschaft aus den Veränderungen des französischen Strafsystems der letzten zwei Jahrhunderte ab. Eine der von ihm analysierten Praktiken ist die Kontrolle der Tätigkeiten. Diese Kontrollen stellen sich in der zeitlichen Durchrationalisierung von Handlungs- und Verhaltensweisen dar, aber auch in reglementierenden Gesten- und Körperkontrollen. Das Gefühl einer stetigen Kontrolle ausgesetzt zu sein und das fehlende Vertrauen in die Fachkompetenz zeigt in der Berufsanerkennungsphase migrierter Pflegerinnen Formen asymmetrischer Machtbeziehungen. Zudem beschreibt Foucault die Technik der hierarchischen Überwachung, in der mit einem objektivierenden Blick der unterworfenen Körper zugleich qualifizierend wie auch klassifizierend erfasst wird (Kneer 2012: 270f).

Foucaults Machtkonzeptionen lenken den Blick auf moderne Machtverhältnisse. Die Machtmechanismen der Überwachung und Kontrolle verfolgen Absichten, die Individuen gefügig zu machen. Die Macht ist an bestimmte Akteure gebunden und bewegt sich in einem heterogenen Feld von vielfältigen und beweglichen Kräfteverhältnissen. In modernen Disziplingesellschaften stellt sich der Macht-Wissens-Zusammenhang noch intensivierter dar. Die stetige Überwachung und Kontrolle der Individuen bringt zwar ein systematisches Wissen hervor, dieses dient aber auch der zunehmenden Machtsteigerung (Kneer 2012: 272f).

2.3 Macht aus der Perspektive der Care Ethik

Care-Ethik, in Deutschland auch Sorge-Ethik genannt, ist ein ethischer Ansatz, der nicht die Reflexionen von ethischen Prinzipien in den Vordergrund stellt, sondern sich zuvorderst den einzigartigen Situationen und dem Partikularen zuwendet. Fragen nach Beziehungen in ihren historischen, sozialen und situativen Bezügen sind zentral, wie auch die Klärung von Verantwortlichkeiten. Da Care stets unter bestimmten Bedingungen stattfindet, müssen diese berücksichtigt werden. Spätestens seit den 1990er Jahren werden in care-ethischen Ansätzen die Asymmetrien, daraus resultierende Machtverhältnisse, Gender sowie soziale und kulturelle Ungleichheit thematisiert, d. h. bewusst nicht an den Rand gedrängt oder hinter abstrakten Prinzipien unsichtbar gemacht. Die Care-Ethik kann als Anwältin derjenigen verstanden werden, die sich in einer schwächeren Position befinden, sei es aufgrund ihres Alters, eines körperlichen Gebrechens oder sonstigen Einschränkungen am (beruflichen) Leben teilzunehmen. Hierzu können auch sprachliche Einschränkungen sowie mangelnde Vertrautheit von kulturell geprägten Umgangsweisen gezählt werden. In diesem Sinne sind auch die brasilianischen und italienischen Pflegefachpersonen in einer schwächeren Position als ihre deutschen Kolleg_innen.

Conradi (2001) stellt in ihrem care-ethischen Ansatz das Ungleichgewicht an Macht in asymmetrischen Beziehungen heraus, dessen sich die Handelnden stets bewusst sein sollten. Dies trifft für das pflegerische Feld zu, denn Pflege-Gebende befinden sich in einer Machtposition im Verhältnis zu Pflege-Empfangenden. Grundsätzlich sind Care-Beziehungen und Care-Aktivitäten wie im Feld der Pflege nicht frei von Dynamiken der Macht. Auch befinden sich deutsche Pflegefachpersonen in einer relativ mächtigeren Position als ihre Kolleg_innen aus anderen Ländern, insofern diese in Deutschland arbeiten.

Das muss kein Problem sein. Es gilt die Machtdynamiken zu reflektieren, um Missbrauch und Missachtung zu vermeiden. Ziel der Care-Ethik ist es, die an den Care-Interaktionen beteiligten Menschen darin zu bestärken, „innerhalb der Interaktionen eine Balance der Macht zu erreichen“ (Conradi 2001: 173). Im Rahmen von Interaktionen kann das Verhältnis, in dem die Beteiligten zueinanderstehen, neu ausgehandelt werden. So können beispielsweise Machtverhältnisse transformiert werden (Conradi 2001: 180). Die transformative Praxis kann mit Conradi als ein gegenseitiges „Voneinander-Lernen“ (vgl. ebd: 164ff) begriffen werden.

3. Methodisches Vorgehen

Dieser Beitrag beruht auf einer qualitativen Studie im Rahmen einer Masterarbeit (Maase 2021), die aus der Perspektive von Pflegefachkräften, exemplarisch aus Brasilien und Italien, allgemeine kulturelle Herausforderungen und konkrete Spannungsfelder untersuchte sowie die Auswirkungen auf die Zusammenarbeit in den Pflegeteams deutscher Krankenhäuser herausgearbeitet hat.

Zur Beantwortung der leitenden Forschungsfragen wurde bei der Auswahl der Nationalitäten im Sampling zwischen der EU-Migration und der Migration aus einem Drittstaat unterschieden, da sich der Berufsanererkennungsweg in Deutschland je nach Herkunft different darstellt und die Migrationsmotivation unterschiedliche Charakteristika aufweist.

Der Weg der Erkenntnisgewinnung erfolgte induktiv im Rahmen der qualitativen Forschung, unter dem Fokus des interpretativen Paradigmas. Es wurden teilnarrativ geleitete Interviews mit brasilianischen und italienischen Pflegefachkräften geführt.

Eine initiale systematische Literaturrecherche ermöglichte eine fokussierte Ausgestaltung des Interviewleitfadens, der nach der SPSS-Methodik nach Helfferich (2011) entwickelt wurde. Die Auswahl der Interviewten erfolgte nach dem Prinzip der ‚Zugänglichkeit‘ über die Gatekeeper_innen der Kliniken. Eingeschlossen wurden die Erzählpersonen, die aus Brasilien oder Italien nach Deutschland migrierten, im Herkunftsland ein Studium der Gesundheits- und Krankenpflege erfolgreich absolviert hatten, seit mindestens sechs Monaten in Deutschland in einem Krankenhaus arbeiten und die Berufsankennung zum Interviewzeitpunkt bereits abgeschlossen war oder diese kurz bevorstand. Die Erhebung folgte einer Struktur von vier Themen: 1. Ankommen in Deutschland 2. Kulturelle Unterschiede im Team Pflege 3. Erkennen von Konfliktfeldern und Bewältigung 4. Neue Impulse für den Integrationsprozess.

Es konnten neun Erzählpersonen gewonnen werden, sieben Interviews wurden anschließend für die Transkription eingeschlossen, zwei konnten aufgrund der schlechten Sprachqualität nicht in den Prozess der Datenauswertung aufgenommen werden. Die Interviewsituationen waren in vier Fällen gekennzeichnet von narrativen Anteilen und ausgeprägt emotionalen Schilderungen erlebter Konfliktsituationen, sie dauerten zwischen 18:51 Minuten – 50:13 Minuten. Die Interviewdaten wurden audiotecnisch aufgezeichnet und anschließend transkribiert (Kuckartz 2010). Die methodische Auswertung erfolgt mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (Mayring 2010), der gesamte Forschungsprozess fand im Frühjahr 2019 statt.

4. Zentrale Ergebnisse der Analyse

Aus dem Interviewmaterial konnten sechs Hauptkategorien gebildet werden, Tabelle 1. Bezugnehmend auf das Phänomen der Nichtanerkennung der akademischen und klinischen Expertise dieser Klientel werden nachfolgend Forschungsergebnisse fokussiert auf die Kategorie 5 dargestellt.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4	Kategorie 5	Kategorie 6
Herausforderung Zweit- sprache Deutsch	Herausforderung Sehnsucht	Spannungsfeld kultureller Determinanten	Spannungsfeld Arbeitsplatz Krankenhaus	Spannungsfeld Fachexpertise	Fördernde Faktoren der Integration

Tab. 1: Kategorien

Die migrierten Pflegenden skizzieren Situationen der Nichtanerkennung bezogen auf die divergierende Fachexpertise.

B1: „[...]aber hier [in Deutschland] ist es nicht es nicht so, hier niemand wollte diese Verantwortlichkeit und immer sagen: „ne, das der Arzt machen, das der Arzt machen, das ist nicht für uns“ [...] aber manchmal das ist traurig, weil nach einem Jahr, zwei Jahren du schon vergessen alles.“ (Nr. 15-16)

B7: „Ja, in Brasilien haben wir mehr Autonomie. [...]ich glaube, wir wissen, nicht wissen mehr, aber [...] weil wir ein Studium gemacht, wir kennen schon die Zeichen, wenn der Patient etwas braucht [...].“ (Nr. 267-268)

B1: „[...] ich will nicht das sagen, aber es ist so, in Italien [...] wir machen, [...] ein Studium und wir sind, ich will nicht sagen mehr, aber wir (...) sind ein bisschen mehr (...).“ (Nr. 46)

In diesen Interviewsegmenten zeigt sich eine innere Zerrissenheit bezogen auf die bisherige berufliche Sozialisation und eine Degradierung in der Aufgabenstellung des deutschen Pflegesystems. Sie sind es gewohnt weit zu denken und autonom zu agieren. Die als gering wahrgenommene Übernahme von Eigenverantwortung und Entscheidungskompetenz der Pflegenden in deutschen Krankenhäusern sowie die klare Abgrenzung der Verantwortungsbereiche und hohe Abhängigkeit von Entscheidungen anderer spielen eine große Rolle bei den Interviewten. Die Übertragbarkeit der Qualifikation ist mit großen Hürden versehen, wertvolle Bestandteile ihres kulturellen Kapitals drohen im deutschen Pflegesetting ungenutzt zu bleiben, sogar verloren zu gehen.

Es zeigen sich im weiteren eindeutige Aussagen zu Chancenungleichheiten durch die unterschiedlich gestaffelten Berufsanerkenntungsverfahren, aber auch durch das fehlende Vertrauen der deutschen Bundesregierung in ihre Fachlichkeit sowie die Nichtberücksichtigung ihrer akademischen Vorbildung.

B7: „[...] wenn wir zu Station gehen [...] und der Kollege sagte: „Dass darfst Du nicht machen, weil ich weiß nicht, ob Du kannst!“ Aber ich weiß, dass ich kann. Ich habe ein Studium gemacht. ((lacht)) [...] wir sind traurig, dass (...) Deutschland [...] vertrauen uns nicht und wir müssen diese große Anerkennung machen [...].“ (Nr. 284-285)

B7: „[...] ich glaube das Team, [...] alle Pflegekräfte [...] dürfen wissen, wie ist unsere Bildung. [...] Ich weiß, ich weiß alles, ich habe einen große Studium gemacht, also den ganzen Tag für fünf Jahre in Krankenhaus, in der Universität. Wir wissen, aber die Kollegen wissen nicht, dass wir wissen.“ (Nr. 292)

Der Verlust der fachlichen Anerkennung und die als einschränkend wahrgenommene beruflichen Autonomie löst in ihnen Traurigkeit, aber auch Wut aus. Die Abwertung ihres erkämpften akademischen Kapitals durch die deutsche Bürokratie wird als diskriminierend wahrgenommen.

Die Interviewten formulieren zudem ihr Erleben zum Verlust der fachlichen Anerkennung im Umgang mit ihren Berufskolleg_innen im deutschen Krankenhausalltag. Sie benennen Wertekonflikte im Kontext von Care und Cure durch den hohen Anteil an Dokumentationsaufgaben im deutschen Krankenhausalltag. In ihrem Erleben konzentriert sich der pflegerische Verantwortungsbereich in Deutschland auf einen großen Anteil an Administration. Das veränderte Berufsbild mit einem geringeren medizinischen Aufgabenprofil und einem hohen Organisationsgrad zeigt ihnen im Arbeitsalltag immer wieder Grenzen auf. Sie beschreiben das Gefühl, sich „dumm“ zu fühlen und ein geringes Selbstwertgefühl zu haben aufgrund fehlender Fachinformationen, der Sprachbarriere, aber auch durch die fehlende Anerkennung der Kolleg_innen und der Patient_innen ihnen gegenüber.

B6: „[...] der Problem ist, wenn [...] wenn sie nicht geduldig mit uns ((räuspert sich)) sind, wir fühlen uns traurig und manchmal dumm und das ist ganz schwer, ganz schwer. Ich zum Beispiel mache Therapie, ich habe ein Therapeut aus Brasilien. Wir haben diese Therapie online, damit ich über meine Probleme hier in Deutschland sprechen kann.“ (Nr. 206)

B7: „[...] sie denken, dass wir sind hier nur als HelferIn, eine paar [...]Hände (sie klopf zur Verstärkung auf die Tischkante), die etwas machen kann, aber wir wissen, wir sind mehr als ein paar Hände. Wir sind ein Kopf ((lacht)), wir denken auch und manchmal können wir besser als die Kollegen denken, wir wissen mehr. [...] das Problem ist [...] sie vertrauen uns nicht.“ (Nr. 286-289)

Die Befragten zeigen zudem auf, dass die Kolleg_innen und Patient_innen fehlendes Vertrauen in ihre Fachlichkeit haben und sie beschreiben ihr Erleben von Missgunst und Ablehnung. Sie beschreiben deutlich ihre Erfahrungen mit der Vorenthaltung von Fachwissen. Deutsche Kolleg_innen üben Macht aus, indem sie wichtiges Fachwissen nicht weitergeben. Dies passiert zum einen aus Ungeduld, aber auch aus Desinteresse, was von den Interviewten als sehr schwierig in der Integration erlebt wird.

B5: „Weil, ja manche sind wirklich [verächtlich] (Stimme wird verächtlich verstellt) „Ich hab keine Lust, dir zu erklären“ [...].“ (Nr. 190)

B6: „[...]manchmal das ist eine große Problem, weil wir möchten unsere Arbeit machen und wir möchten helfen auch, aber das geht nicht, weil wir brauchen (.) diese Unterstützung, wenn wir diese Unterstützung nicht haben, es geht nicht [...].“ (Nr. 198)

B7: „Ja, genau. Und wir manchmal fühlen [...] uns wie ein Möbelstück auf der Station. [...] So, nur KUCKEN, nur KUCKEN, nur KUCKEN. Und nichts machen.“ (Nr. 281)

5. Diskussion anhand der theoretischen Ansätze

Der Integrationsprozess ist gezeichnet durch symbolische Kämpfe um Macht und Herrschaft. Die Sprache ist das wesentliche Medium dieser Macht zwischen den Pflegenden unterschiedlicher Nationalitäten (Rand et al. 2019: 174-177, 181, 191) und zeigt sich wirkmächtig in unterschiedlichsten Verhaltensausrägungen der migrierten Pflegenden und ihrer deutschen Kolleg_innen (Kontos et al. 2019: 70ff, 151).

Nach Bourdieu (1996) zeigt sich die Strategie der Erhaltung beispielsweise darin, dass die Herrschenden, in diesem Fall einheimische Pflegendе, ihre migrierten Kolleg_innen nicht aktiv an ihrem Fachwissen teilhaben lassen, um somit ihre Position und ihr Kapital zu wahren und ihre fachliche Überlegenheit zu präsentieren. Umgekehrt sind erste Ansätze der Strategie der Häresie erkennbar. Die Beherrschten, hier die migrierten Pflegenden in der Phase der Berufsankennung, nutzen ihr akademisch und medizinisch geprägtes Fachwissen, um ihr akademisches Fachwissen herauszustellen. Ein Kampf um eine Veränderung der Werteskala, also für ein Mehr an medizinischen Aufgaben und Verantwortung im deutschen klinischen Setting, erfolgt aber bisher nur zögerlich. Betrachtet man im Zusammenhang von Macht und Herrschaft die Skizze der Begabtenideologie Bourdieus (2001), zeigen sich auch in den vorliegenden Interviews ungleichheitsrelevante Ressourcen in Form des kulturellen Kapitals auf. Ein wesentlicher Faktor sind die unterschiedlichen Bildungsabschlüsse in den verschiedenen Ländern. Anders als in ihren Herkunftsländern, in denen der Pflegeberuf akademisch grundqualifizierend ist, werden internationale Pflegendе in Deutschland in einem Ausbildungsberuf eingesetzt. Ihr kulturelles Kapital formiert sich aber in ihrem akademischen Bildungsabschluss, sie sind stolz darauf, haben dieses Studium häufig unter schwierigen Bedingungen absolviert. Der Stolz darüber ist in den Ausführungen der Erzählpersonen erkennbar, ebenso aber auch die Verletzung dadurch, dass dieses kulturelle Kapital in Deutschland nicht anerkannt wird. In der Praxis findet es aus ihrer Perspektive keine ausreichende Anwendung, weil der Pflegeberuf in Deutschland einen nicht so deutlichen medizinischen Fokus verfolgt wie in ihrem Studium. Die erfolgreich bestandene Berufsankennung im Pflegeberuf in Deutschland und der damit einhergehende Verlust des akademischen Abschlusses löst eine Irritation in Bezug auf ihre berufliche Identität aus. Auch wenn in einem zweiten Schritt die Anerkennung des Studiums in Deutschland geprüft werden kann, fehlen genauso wie für viele deutsche akademisch qualifizierte Pflegendе Tätigkeitsfelder in der direkten Pflegepraxis, die eine höhere Verantwortung, aber auch Vergütung entsprechend ihrer Qualifikation und klinischen Expertise abbilden.

Darüber hinaus vermittelt dieser theoretische Ansatz, dass das ökonomische Kapital und das inkorporierte kulturelle Kapital der Herkunftsfamilie den Lebensweg deutlich kennzeichnen. Das ist auch für viele deutsche Pflegefachkräfte zutreffend. Auch wenn die meisten von ihnen nicht durch ein Studium für den Pflegeberuf qualifiziert sind, so sind sie doch in einer hochmodernen westlich geprägten Wissensgesellschaft aufgewachsen und haben eine vergleichsweise sehr gute Schul- und Pflegeausbildung genossen. Nach Bourdieu (2001) begünstigt eine solche Begabtenideologie, dass die Elite ih-

re Position als rechtmäßig für sich erlebt und die untere Klasse darin bestätigt dieser Position nicht entrinnen zu können. Ein Rückschluss den die Autorinnen aus diesem theoretischen Ansatz ziehen, ist die Wesentlichkeit diese Ideologie zu erkennen und sie gut in der Praxis zu moderieren. Denn am Ende zählt nicht nur die Untermauerung der Positionen mit Zertifikaten, was sowohl auf die Berufsqualifikation als auch auf die Berufsankennung bezogen werden kann, sondern wie jedes kulturelles Kapital in der Pflegepraxis anerkannt und so genutzt werden kann, dass die Patientenversorgung dadurch bestmöglich gestärkt wird.

In den Ausführungen zu Machtmechanismen von Michel Foucault (2005) wird Macht als ein Entwicklungs- und Integrationsprinzip beschrieben. Wissen und Macht sind nach seiner Auffassung ineinander verschränkt, was in den Interviews sehr deutlich wird, in denen das Wissen als Machtinstrument der deutschen Kolleg_innen beschrieben wird. Relevant ist dabei zu betrachten, dass nach Foucault (2005) Wissen in diesem Zusammenhang auch bestimmte Machtwirkungen auslöst, also Formen von innovativer Produktivität generiert. Deutlich erkennbar wird diese Produktivität darin, dass viele der migrierten Pflegenden sich dieser Herausforderung stellen und versuchen ihr Gegenüber von ihrer Qualifikation zu überzeugen. Manche von ihnen setzen sich auch über Anweisungen der Kolleg_innen hinweg und bringen ihr Wissen aktiv in den Pflegealltag ein, obwohl es ihnen offiziell verwehrt ist. Zusätzlich wird ihre Fachlichkeit aber in Frage gestellt, pflegerische Tätigkeiten dürfen nicht selbstständig durchgeführt werden. Diese Nichtnutzung vorhandener Kompetenzen zeigt Formen asymmetrischer Machtbeziehungen. Es deuten sich darüber hinaus Parallelen zu gesellschaftlichen Machtmechanismen in der Kontrolle der Tätigkeiten an. Die Technik der hierarchischen Überwachung lässt sich besonders in der Berufsankennungsphase erkennen und wirkt auf die migrierten Pflegenden klassifizierend und ebenso degradierend, das Vertrauen in ihr Fachwissen wird ihnen abgesprochen. Foucault (1977) beschreibt diese stetige Kontrolle und Überwachung als fortlaufende Machtsteigerung, die Kontrolle des Fachwissens der migrierten Pflegenden könnte also folglich den deutschen Kolleg_innen dazu dienen, die eigene Position im Team zu schützen. Zudem könnte das Berufsankennungsverfahren diesem Verhalten unbeabsichtigt aber wirkmächtig zusätzlich noch Vorschub leisten.

Aus der Perspektive der Care-Ethik gilt es die Interaktion, die Asymmetrie und Dynamik der Machtverhältnisse zu reflektieren. Die brasilianischen und italienischen Pflegefachpersonen nehmen wahr, dass ihre Expertise von den deutschen Kolleg_innen nicht abgerufen wird und zum Einsatz kommen kann. Aufgrund der Sprachbarrieren, evtl. auch Ohnmacht, erheben sie nicht ihre Stimme. Sie sind in ihrer Position gefangen bzw. werden gefangen gehalten. Alternativ wäre ein Aushandlungsprozess zwischen allen am Care-Prozess Beteiligten möglich. Unterschiedliche Perspektiven könnten ans Licht gebracht werden und die zugeschriebenen Positionen gemäß den Expertisen in Frage gestellt werden, um eine Neuorganisation zu ermöglichen. Insgesamt ermöglicht ein produktiver Prozess der Achtsamkeit für- und miteinander die Herstellung eines ausgewogenen Machtverhältnisses und voneinander Lernens zugunsten einer guten Patient_innenversorgung und beruflichen Identität der Pflegenden transformiert werden.

6. Limitationen und Implikationen für die Praxis

Die Aussagekraft der Studie ist allem durch die relativ kleine Stichprobe begrenzt. Eine Generalisierung oder Übertragung der Ergebnisse auf andere Kliniken ist damit nicht gegeben. Dennoch tragen die dargelegten Erkenntnisse zu einem besseren Verständnis der Herausforderungen und Spannungsfelder bei, denen sich Krankenhäuser und insbesondere das deutsche Pflegepersonal bei der Integration von migrierten Pflegekräften in ihrer Alltagspraxis stellen müssen.

7. Fazit

Die hier vorgestellten Interviewpassagen und theoretischen Ansätze der Erklärung zeigen, dass migrierte Pflegenden mit zahlreichen kulturellen Herausforderungen und Spannungsfeldern konfrontiert sind, immer eingebettet in das soziale Feld der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Folge sind Konkurrenzen in den Kompetenzen und Konflikte in der Zusammenarbeit. Bezogen auf die leitende Fragestellung zeigt sich eines sehr deutlich: Um ein wechselseitig anerkennendes Verhältnis zu entwickeln, braucht es eine ehrliche Offenlegung des eigenen Alltagsrassismus, die Bereitschaft alternative Handlungsmöglichkeiten anzuwenden, aber auch der kritischen Hinterfragung manch deutscher bürokratischer Strukturen.

Viele der Konfliktfelder sind durch vorherrschende Machtbeziehungen und symbolische Kämpfe um Macht und Herrschaft in diesem sozialen Feld geprägt. Die Entwertung ihres kulturellen Kapitals nehmen alle migrierten Pflegenden als verletzend wahr. Die Unzufriedenheit darüber, dass ihre fachliche und akademische Kompetenz wenig Berücksichtigung in Deutschland findet und der wahrgenommene Verantwortungsradius der deutschen Pflege als viel zu eng erscheint, ist in vielen der Interviewpassagen spürbar. Nach Meinung der Autorinnen sind diese Formen der Machtausübung in der derzeitigen Situation des Fachkräftebedarfs fatal, da somit wertvolles kulturelles Kapital im Pflegealltag nicht genutzt und damit auch für die Patient_innenversorgung nicht zur Verfügung steht. Hypothetisch betrachtet könnte sich hier nach Meinung der Autorinnen ein Teufelskreis der Missachtung öffnen. Die Berufsgruppe der Pflege in Deutschland erlebt gerade in den jetzigen Zeiten eine grundsätzliche Missachtung ihres Berufsstandes in der Politik und Gesellschaft. Dieses persönliche Erleben setzt sich in der Missachtung der migrierten Pflegenden fort und führt zu einem nicht endenden symbolische Kampf um Macht und Herrschaft und um Erhaltung und Häresie in diesem sozialen Feld.

Im Sinne ethisch engagierter Verantwortung um die Sorgenden kommt Arbeitgeber_innen im Gesundheitswesen eine wesentliche Aufgabe zu. Die Vorbildrolle der Führungskräfte und deren Unterstützung und Vertrauen sind auf diesem Weg der Integration ebenso wichtig, wie die zeitlichen Ressourcen und die persönliche Offenheit der deutschen Kolleg_innen, sich im Mentoring um die Kolleg_innen aus dem Ausland kümmern zu können und auch zu wollen. Die persönliche Reflexion eigener Vorurteile oder stereotyper Denkstrukturen und die Auseinandersetzung mit dem eigenen

Alltagsrassismus, ist dabei für jeden der Akteure wesentlich, egal welcher ethnischen Herkunft. Moderierte supervisorische Begleitungen und interkulturelle Begegnungen können helfen, die Balance in diesen kulturellen Spannungsfeldern nicht zu verlieren oder auch zurückzugewinnen. Den Raum zu bekommen, sich aktiv und konstruktiv mit kultureller Diversität auseinanderzusetzen und sich den Formen von Alltagsrassismus, aber auch der vorherrschenden Machtdifferenzen im sozialen Feld der Gesundheits- und Krankenpflege bewusst zu werden, schafft den Rahmen aktiv Veränderungen anzustoßen. Denn bestenfalls gelingt es allen Pflegenden zukünftig gemeinsam, ihren pflegerischen Aufgabenbereich in Deutschland neu auszuhandeln und ein Mehr an Verantwortung in einem Mehr personeller Ressourcen münden zu lassen. Die kulturelle Perspektive und die akademische Bildung migrierter Pflegenden kann für diesen Entwicklungsprozess eine große Bereicherung darstellen und ihre fachliche Anerkennung sollte in jedem Fall besser genutzt sein, als nur als ein Paar helfende Hände.

Literatur

- Alexis, O.; Vydelingum, V.; Robbins, I. (2007): Engaging with a new reality: experiences of overseas minority ethnic nurses in the NHS. In: *Journal of Clinical Nursing* 5/2007, 2221-2228
- Becker, G.; Krinninger, T. (2018): Alltagsrassismus: „Und, was isst du heute? Hund oder Katze?“ [Elektronische Version] Zeit online. Verfügbar unter: <https://www.zeit.de/gesellschaft/2018-05/alltagsrassismus-diskriminierung-erfahrungen-protokolle> [Stand: 2019-08-09]
- Bourdieu, P. (1987): *Die feinen Unterschiede. Kritik gesellschaftlicher Urteilkraft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Bourdieu, P.; Wacquant, L.J.D. (1996): *Reflexive Anthropologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Bourdieu, P. (2001): *Wie die Kultur zum Bauern kommt: Über Bildung, Schule und Politik*. Hamburg: VSA
- Brunton, M.; Cook, C. (2018): Dis/Integrating cultural difference in practice and communication: A qualitative study of host and migrant Registered Nurse perspectives from New Zealand. In: *International Journal of Nursing Studies* 83 (4), 18-24
- Chambers, C.; Alexis, O. (2004): Creating an inclusive environment for black and minority ethnic nurses. In: *British journal of nursing* 13 (22), 1355-1358
- Conradi, E. (2001): Take Care – Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt/New York: Campus
- DiCicco-Bloom, B. (2004): The Racial and Gendered Experiences of Immigrant Nurses from Kerala, India. In: *Journal of Transcultural Nursing* 15 (1), 26-33
- Dubois, H.F.W.; Padovano, G.; Stew, G. (2006): Improving international nurse training: an American-Italian case study. In: *International Nursing Review* 53, 110-116
- Eriksson, E.; Berg, Engström, M. (2018): Internationally educated nurses' and medical graduates' experiences of getting a license and practicing in Sweden – a qualitative interview study. In: *BMC Medical Education* 18/296, 1-14
- Etowa, J.; Sethi, Thompson-Isherwood, R. (2009): The Substantive Theory of Surviving on the Margin of a Profession. In: *Nursing Science Quarterly* 22 (2), 174-181
- Foucault, M. (1977): *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Foucault, M. (1978): *Dispositive der Macht. Michel Foucault über Sexualität. Wissen und Wahrheit*. Berlin: Merve
- Foucault, M. (2005): *Analytik der Macht*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hall, J.; Fields, B. (2012): Continuing the conversation in nursing on race and racism. In: *Nursing Outlook* 61 (11), 164-173

- Heier, L.; Fischer, F. (2019): Man fühlt sich nicht dazugehörig – wie Pflegekräfte mit Migrationshintergrund Diskriminierung im beruflichen Alltag erleben. In: *Pflege & Gesellschaft* 24 (1), 75-86
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten – Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS
- Ho, K.H.M.; Chiang, V.C.L (2014): A meta-ethnography of the acculturation and socialization experiences of migrant care workers. In: *The Journal of Advanced Nursing (JAN)* 71 (2), 237-254
- Ipek, D.; Merve, K. (2016): Interkulturalität und Pflege – Missverständnisse und Probleme beim Aufeinandertreffen von Menschen aus unterschiedlichen Kulturen im Gesundheitssystem. In: *Forum Ausbildung* 01/2016, 6-10
- Keshet, Y.; Popper-Giveon, A. (2017): Neutrality in medicine and health professionals from ethnic minority groups: The case of Arab health professionals in Israel. In: *Social Science & Medicine* 174/2017, 35-42
- Kneer, G. (2012): Die Analytik der Macht bei Michel Foucault. In: Imbusch, P. (Hrsg.): *Macht und Herrschaft – Sozialwissenschaftliche Theorien und Konzeptionen* Wiesbaden: Springer, 265-283
- Kohlen, H. & Kumbrock, C. (2008): *Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie)*. Bremen: artec – Forschungszentrum Nachhaltigkeit, (18- 24). [Elektronische Version] Verfügbar unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/21959/ssoar-2008-kohlen_et_al-care-ethik_und_das_ethos_fursorglicher.pdf?sequence=1?Stand:2021-10-10
- Kontos, M.; Ruokonen-Engler, M.-K.; Gühlich, A. (2019): Betriebliche Integrationsprozesse von neu migrierten Pflegefachkräften. In: Pütz, R.; Kontos, M.; Larsen, C.; Rand.; Ruokonen-Engler, M.-K. (Hrsg.): *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, 60-169
- König, A.; Berli, O. (2012): Das Paradox der Doxa – Macht und Herrschaft als Leitmotiv der Soziologie Pierre Bourdieus. In: Imbusch, P. (Hrsg.): *Macht und Herrschaft – Sozialwissenschaftliche Theorien und Konzeptionen*. Wiesbaden: Springer, 303-333
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. 3. Auflage. ?Elektronische Version? Wiesbaden: VS Verlag. Verfügbar unter: <https://qualitativeinhaltsanalyse.de/documents/Kuckartz-Qualitative-Inhaltsanalyse-2016-Transkription.pdf?20.05.2019>
- Maase, A. (2021): *Internationale Pflegefachkräfte in der akutmedizinischen Versorgung – Kulturelle Herausforderungen und Spannungsfelder*. In: Kohlen, H. (Hrsg.): *Ethik – Pflege – Politik*, Band 3. Frankfurt am Main: Mabuse
- Magnusdottir, H. (2005): Overcoming strangeness and communication barriers: a phenomenological study of becoming a foreign nurse. In: *International Nursing Review* 52, 263-269
- Mapedzahama, V.; Rudge, T.; West., Perron, A. (2012): Black nurses in white space? Rethinking the in/visibility of race within the Australian nursing workplace. In: *Nursing Inquiry* 12, 153-164
- Mattson: (2009): A Culturally Diverse Staff Population – Challenges and Opportunities for Nurses. In: *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 23 (3), 258-262
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz
- Parrone, J.; Sedrl, D.; Donaubaauer, C.; Phillips, M.; Miller, M. (2008): Charting the 7 C's of Cultural Change Affecting Foreign Nurses: Competency, Communication, Consistency, Cooperation, Customs, Conformity and Courage. In: *Journal of Cultural Diversity* 15 (1), 3-6
- Rand, S.; Kontos, M.; Ruokonen-Engler, M.-K.; Pütz, R.; Larsen, C.; (2019): Dimensionen und Spannungsfelder betrieblicher Integration auf globalisierten Pflegearbeitsmärkten. Das Beispiel Deutschland. In: Pütz, R.; Kontos, M.; Larsen, C.; Rand.; Ruokonen-Engler, M.-K. (Hrsg.): *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, 171-197

Danksagung

Die Autor_innen danken allen Teilnehmer_innen an der empirischen Studie für Ihre Zeit und Interesse an dem Forschungsprojekt.

Angelika Maase, M.Sc.

Universitätsklinikum Münster; Stabsstelle Pflegeentwicklung & Pflegewissenschaft, Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster; angelika.maase@ukmuenster.de (Korrespondenz-adresse)

Prof. Dr. Helen Kohlen

Vinzenz Pallotti University gGmbH; Lehrstuhl Care Policy und Ethik, Pallottistr. 3, 56179 Vallendar; helen.kohlen@vpu.de

Ethikvotum:

Ein ethisches Clearing wurde nach Prüfung der Ad-hoc Ethikkommission des Ethikinstituts der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, jetzt Vinzenz Pallotti University (VPU) erteilt.

Interessenkonflikte:

Die Autor_innen bestätigen, dass keine potentiellen Interessenkonflikte in Bezug auf die Forschung, Autor_innenschaft und/oder der Publikation des Beitrags bestehen.

Beiträge

Jonas Hänel

Die Zeichen der Pflege?

Über den Gewinn einer zeichentheoretischen Perspektive auf pflegerisches Handeln

The Signs of Nursing? For a Semiotic Perspective On Nursing Practice

Nursing practice, especially nursing diagnosis, is based on sensual perceptions and their interpretation. In this context, it is epistemologically unexplained how these processes of perception and interpretation occur in nursing practice. To further develop this question, I would like to suggest a semiotic perspective toward nursing practice. Especially the semiotic ideas of the American pragmatist Charles Sanders Peirce (1839-1914) allow new perspectives on apperception and assessments in the field of nursing practice. As I would like to show, his considerations offer new aspects for perception problems in nursing practice. Besides presenting basic assumptions in semiotics, I would like to discuss the new perspectives by examples of nursing practice. Hence, I hope to revive the discourse on perception, interpretation, and assessments in nursing practice.

Keywords

Nursing Practice, Semiotics, Epistemology, Peirce

Pflegerisches Handeln und speziell pflegediagnostische Prozesse beruhen auf sinnlichen Wahrnehmungen und deren Interpretation. In diesem Zusammenhang ist noch weitgehend erkenntnistheoretisch ungeklärt, wie diese situativen Wahrnehmungs- und Interpretationsprozesse der Pflegenden in der Pflegepraxis ablaufen. Zur Weiterarbeit in diesem Zusammenhang möchte ich eine zeichentheoretische Perspektive vorschlagen. Speziell die Annahmen des amerikanischen Pragmatikers und Begründers der Semiotik Charles Sanders Peirce (1839–1914) bieten neue Perspektiven auf pflegepraktische Wahrnehmungs- und Urteilsprozesse. Wie ich in diesem Beitrag versuche zu zeigen, können seine Überlegungen uns dabei helfen, die Wahrnehmungsprobleme des Pflegerischen anders zu verstehen. Neben der skizzenhaften Darstellung der grundlegenden Annahmen der Zeichentheorie von Peirce werden die neuen Perspektiven anhand ausgewählter Beispiele aus der Pflegepraxis plausibilisiert. Der Beitrag schließt mit Forschungsdesideraten, um den Diskurs bezüglich der Wahrnehmung, der Interpretation und des Urteilens im pflegerischen Handeln weiterführend zu beleben.

Schlüsselwörter

Pflegerisches Handeln, Zeichentheorie, Semiotik, Erkenntnistheorie, Peirce

eingereicht 07.01.2022
akzeptiert 23.05.2022

1. Ein Problemaufriss: Wahrnehmungsprobleme des Pflegerischen

Die Pflegewissenschaftlerin Benner (2000) hat in ihrer wegweisenden Studie zur Pflegekompetenzentwicklung mit dem Titel *From Novice to Expert* auf grundlegende Wahrnehmungsprobleme des pflegerischen Handelns hingewiesen (vgl. Hoops 2013: 33 f.). Wie sie zeigt, kann eine vermeintliche gleiche Pflegesituation von Pflegenden ganz unterschiedlich gedeutet werden. Ähnliche oder identische Äußerungen einer Pflegesituation, wie etwa das Verhalten eines Patienten, werden von Novizen oder Experten im Pflegeberuf anders wahrgenommen und interpretiert (vgl. Benner 2000: 60 f.). Es wird in diesem Zusammenhang beispielsweise anhand eines Notfalls auf einer Intensivstation gezeigt, dass eine erfahrene Pflegerin der Stimme einer Kollegin eine andere Dringlichkeit zuweist als eine Anfängerin (vgl. ebd.: 61). Den sinnlich wahrnehmbaren Expressionen, wie der Stimme und den Verhaltensweisen einer Person etc., werden so gesehen von unterschiedlichen Interpreten ganz verschiedene Sachverhalte zugewiesen. Benner (2000) lenkt damit unseren Blick darauf, dass Pflegende, die in derselben Pflegesituation handeln, diese Pflegesituation höchst unterschiedlich wahrnehmen können. Wie auch die Studie von Hoops (2013: 134) nahelegt, entwickelt sich das pflegerische Handeln am Schnittpunkt differenter Wahrnehmungen, sei es zwischen Pflegenden oder im Arbeitsbündnis zwischen Pflegenden und Gepflegten. Es lohnt sich also genauer zu betrachten, wie das pflegerische Tun performativ zur Darstellung gebracht wird (vgl. ebd.: 36). Also: Wie lassen sich die praktischen Wahrnehmungs- und Interpretationsprozesse der Pflegenden theoretisch denken bzw. modellieren? Und: Wie wird speziell die gepflegte Person von Pflegenden sinnlich (sehen, hören, riechen, tasten, schmecken) wahrgenommen und wie werden Schlüsse daraus gezogen?

Wie auch Hülsken-Giesler (2008: 94) in seinen Überlegungen zur Mimesis im pflegerischen Handeln zeigt, können nicht nur sprachliche, sondern vor allem auch körperliche Expressionen, also mimische oder gestische Äußerungen, als Formen der Mitteilung angesehen werden. Die Sichtbarkeit des anderen Körpers, seine Expressionen und Ausdrucksgestalten erhalten damit einen zentralen Stellenwert im Prozess des Sinnverstehens im Pflegehandeln – oder, wie ich es vorsichtiger formulieren würde, im Prozess des allmählichen sich Annäherns an den anderen (vgl. ebd. 94 f.). In Hülsken-Gieslers (2008) Mimesis-Konzept tritt damit neben der Sprache vor allem der Körper in seiner Sichtbarkeit und als Bild stärker in den Fokus. Wie er in Anschluss an Plessner (1928) zeigt, nimmt ein Beobachter die Ausdrucksbilder des anderen Körpers im Sinne von Bewegungsbildern wahr, womit unweigerlich Interpretationsprozesse verbunden sind (vgl. ebd.: 95). Die bildhaften Expressionen des Körpers bedürfen – ähnlich wie sprachliche oder tonale Expressionen – immer auch einer Praxis der subjektiven Deutung und Interpretation. Auf dieser Ebene enthalten die angeführten wahrnehmungstheoretischen Annahmen eine medien- oder zeichentheoretische Perspektive. Denn es fragt sich, wie Pflegende mit diesen flüchtigen Bildern des Körpers umgehen, also wie sie diese interpretieren und dahingehend ihr Handeln begründen: Wie lassen sich die medialen Praktiken des erfahrungsbasierten Lesens und Denkens der performativen

Pflegesituation auf Seiten der Pflegenden beschreiben und verstehen? Oder: Wie gestaltet sich die Vermitteltheit pflegerischen Tuns?

Der Fokus fällt also auf eine Ästhetik und Visualität pflegerischer Situationen und die Frage, wie Urteile in diesen sinnlich komplexen Zusammenhängen interpretativ gebildet werden. Die Betrachtung der pflegerischen Vermittlungspraxen rückt damit verstärkt in den Fokus, wie materiale Körperausdrücke – sei es hörbares, sichtbares oder gar riechbares etc. – auf beiden Seiten der Pflegebeziehung eigentlich wahrgenommen und interpretiert werden und so das pflegerische Handeln leiten. Es geht dabei um die Medialität des Selbst- und Weltbezugs im Pflegerischen. Wie auch Waldenfels (2015: 282 f.) im Zusammenhang mit dem Begriff der Responsivität deutlich macht, ist von einer originären Medialität der Erfahrungen auszugehen, also dass Erfahrungen grundlegend medial vermittelt sind. Medien sind an der „Ermöglichung von Erfahrungen beteiligt“, so Waldenfels (2004: 128, in Sabisch 2018: 32) und dienen nicht nur der „Wiedergabe und Weitergabe vorgegebener Erfahrungsgehalte“ (ebd.). Zur Weiterarbeit in dieser Frage, wie pflegerisches Handeln medial vermittelt ist, bieten sich – wie ich nachfolgend anreißen möchte – zeichentheoretische Perspektiven in der Pflegewissenschaft an.

2. Zeichentheorie und pflegerisches Handeln – Erste Annäherungen

Niemand soll befürchten, daß die Betrachtung der Zeichen uns von den Dingen wegführt, im Gegenteil, sie führt uns ins Innerste der Dinge. (Gottfried Wilhelm Leibniz in Morris 1988: 17)

Unter der Semiotik oder auch Zeichentheorie versteht man ganz allgemein jene Wissenschaft, die sich mit Zeichensystemen aller Art befasst. Dabei ist auch das Zeichenregime der Wissenschaft miteingeschlossen, weshalb Morris (1988: 85) die Semiotik auch als reflexives „Hilfsmittel für alle Wissenschaften“ versteht. Wie andere Lebensbereiche auch, funktioniert Wissenschaft basierend auf Zeichensystemen, was uns selten bewusst ist. Die Zeichentheorie rückt so betrachtet unsere Selbst- und Weltbezüge in ein anderes Licht, insofern Erfahrungen nicht mehr als ursprünglich oder unvermittelt angesehen werden, sondern eine Vermitteltheit aller Erfahrung durch Zeichen angenommen wird (vgl. Nagl 1992: 23 f.). Laut der Semiotik gelingen kommunikative Bezüge oder Verständigungen nur auf Basis spezifischer Zeichen oder Zeichensysteme – was die Wissenschaft genauso betrifft wie die Praxen der Medizin oder der Pflege.

Während die Semiotik in der medizinischen Diagnostik bis heute einen gebräuchlichen Begriff darstellt (vgl. Schönrich 1999: 15), sind zeichentheoretische Bezüge im Bereich von Pflegediagnostik bzw. pflegerischen Handeln bisher kaum anzutreffen.¹ Dabei ist speziell auch der Prozess des pflegerischen Diagnostizierens oder Assessments per se mit der Deutung und Interpretation von Erscheinungen unterschiedlichster Genese verbunden. Wie ich an dieser Stelle in Ansätzen darlegen möchte, könnte speziell

eine Zeichentheorie der Erkenntnis uns dabei helfen, pflegerische Wahrnehmungs-, Urteils- und Handlungsprozesse anders zu beschreiben, insofern sich die Sachverhalte, Probleme oder Gegenstände des Pflegerischen über Zeichen vermittelt denken lassen. Wie ich nachfolgend in Bezug auf den Zeichenbegriff bei dem Pragmatiker Charles Sanders Peirce (1839–1914) beleuchten möchte, ermöglicht eine zeichentheoretische Perspektive auf pflegerisches Handeln eine Fokussierung auf die, dem pflegerischen Urteils- und Erkenntnisakt zugrundeliegenden, materialen und sinnlich-ästhetischen Erscheinungen des Pflegerischen. Die Zeichen des Pflegerischen in ihrer Materialität bedürfen dabei immer auch der Deutung auf Seiten der Pflegenden, weshalb die daran angebundene Praxis der prozesshaften Interpretation oder des Zeichenlesens in den Blick rückt (Kap. 2.1). Im Anschluss an diese grundlagentheoretischen Überlegungen möchte ich den Gewinn einer semiotischen Perspektive anhand einer Auswahl exemplarischer Beispiele aus der Pflegepraxis plausibilisieren (Kap. 2.2).

2.1 Zum Begriff des Zeichens bei Charles Sanders Peirce – Pflegerwissenschaftliche Implikationen

Vielfältige Zeichenformen des Pflegerischen

Eine Besonderheit bei der Auseinandersetzung mit Zeichen besteht meines Erachtens bereits darin, dass es eine immense Vielfalt an Zeichen gibt. Der Gegenstand der Zeichentheorie, das Zeichen selbst, weist eine erhebliche Weite auf. Das semiotische Feld umfasst eine Vielzahl von Erscheinungen, insofern alles Mögliche – eben nicht nur Buchstaben, Sätze oder Texte – als Zeichen bzw. Zeichensysteme fungieren können. Speziell der Begründer der modernen Semiotik Peirce (1976) weist darauf hin, dass der Bereich der Zeichen nicht nur textliche- und sprachliche-, sondern vor allem auch nicht-sprachliche Erscheinungen wie Gesten, Verhaltensweisen, Dinge, Töne, Bilder etc. umfasst.

Bereits hier ergeben sich erste Fragen in Bezug auf pflegerisches Handeln: Welche Zeichen oder Zeichenordnungen werden in pflegerischen Erkenntnis- und Urteilsprozessen wirksam? Sind im Kontext der körperbezogenen Pflegearbeit vor allem auch sichtbare körperliche bzw. nicht-sprachliche Expressionen zentral (Mimik, Gestik, Verhaltensweisen etc.), welche als Zeichen fungieren? Welche Rolle nehmen zudem hörbare, wie auch sprachliche Äußerungen in diesem Zusammenhang ein?

Die Zeichentheorie rückt damit den Fokus auf die Vielfalt der sinnlichen Qualitäten bzw. Zeichenformen, die im Pflegen relevant werden. Dieses Spektrum an Zeichenformen korrespondiert dabei auch mit der zentralen Annahme der Semiotik, dass alle Dinge – ja alles menschliche Denken und jedwede (auch nicht-menschliche) Praxis –

1 In der Medizin lassen sich bereits seit der Antike Fragestellungen finden, die auf die Bedeutung, den Gebrauch oder den Gegenstandsbezug von Zeichen abzielen. Speziell der *Corpus Hippocraticum* (griech.) verdeutlicht dies, insofern bei der frühen Diagnostik in der Medizin körperliche Phänomene und Erscheinungen aber auch Zeichen der Umwelt für prognostische Schlussfolgerungen nutzbar gemacht wurden (vgl. Schönrich 1999: 15). So lesen wir dort, dass Ausscheidungen oder auch Verhaltensweisen der Menschen bereits als Zeichen von Krankheiten verhandelt werden (vgl. ebd.).

zeichenvermittelt sind. Peirce‘ zufolge hat jegliches Denken Zeichenstruktur: „Wir haben kein Vermögen, ohne Zeichen zu denken“ (Peirce 1931: 261). Erkenntnis hat damit nicht länger ihr sicheres Fundament in dem Bewusstsein eines Subjektes, wie es vor allem Descartes für das neuzeitliche Denken festgeschrieben hat, sondern es wird eine unsichere Praxis des hypothetischen Schlussfolgerns anhand der äußeren Zeichen für das Erkennen des Menschen zentral (vgl. Nagl 1992: 25). Es handelt sich um eine unsichere Praxis, die Peirce speziell als Abduktion bezeichnet. Einen abduktiven Schluss wagen wir, wenn wir anhand des Folgens von neuartigen Zeichen „eine Induktion völlig über die Grenzen unserer Erfahrungen hinaus ausweiten“ (Peirce 1976: 245).

Eine hypothetische Praxis des Zeichenlesens im Pflegehandeln – Abduktion
Zeichentheoretische Bezüge rücken damit dezidiert die interpretativen Schließungsprozesse der Pflegenden in den Fokus. Auch in der Pflegewissenschaft bedarf die Frage einer höheren Aufmerksamkeit, anhand welcher Anzeichen Pflegende logische Schlüsse ziehen bzw. zu ihren Urteilen kommen. Neben Formen der Deduktion oder Induktion, wo Wissen entweder Anwendung findet oder am Fall gewonnen wird, wäre zu fragen, was eine Praxis der Abduktion im pflegerischen Handeln meint. Während bei den Praxen der Deduktion oder Induktion Theorien an einen Fall angelegt oder entwickelt werden, meint die Praxis der Abduktion im Kontext der peirceschen Zeichentheorie zunächst nichts anderes als das Zeichenlesen und die Hypothesenbildung (vgl. Schubert 2010: 25). Anders als bei der Induktion, bei der dem Zeichen aufgrund des Vorkommens automatisch eine Bedeutung zugewiesen wird, meint die Abduktion dabei das neue Schaffen von Bedeutung durch einen kreativen Sprung (vgl. Trabandt 1993: 33). Abduktion ist so gesehen die Voraussetzung, um überhaupt etwas Anderes zu erkennen. Es handelt sich um eine schöpferische Leistung, insofern die Bedeutung durch eine kreative Interpretation immer wieder erschaffen werden muss und so auch eine wiederkehrende Verschiebung erfahren kann.

Wer kennt als Pflegende bzw. Pflegender nicht derartige Situationen, in denen ein vormals bekannter Fall in einem gänzlich anderen Licht erscheint? Abduktive Vorgänge beruhen auf einer Praxis des Zeichenlesens, weshalb sie keineswegs automatisch ablaufen oder vorgegeben sind. Sie sind kreativ und laufen auf eine Art Rätselraten hinaus (vgl. ebd.: 34).² Folglich kommt der Abduktion eine Ratefunktion zu, ein Rätseln und Erproben, wie es meines Erachtens auch pflegerische Assessmentprozesse unter Umständen kennzeichnen kann: Handelt es sich um ein Anzeichen eines Dekubitus oder ist es doch ein Zeichen von Intertrigo? Ist die Wundheilungsstörung Ausdruck eines (unerkannten) Diabetes Mellitus oder eine arterielle Durchblutungsstörung? Oder Beides? Ist die gereizte Stimmung von Frau Müller ein Zeichen dafür, dass sie sich im Pflegeheim nicht heimisch fühlt, oder habe ich lediglich etwas Unpassendes zu ihr gesagt?

2 Vage Expression in eine Bedeutung zu überführen, meint Abduktion als „prekäres und risikoreiches Aufspüren eines Systems von Signifikationsregeln, die es den Zeichen erlauben seine Bedeutung zu erlangen“ (Eco 1985: 68, in Trabandt 1993: 35).

Ohne dass wir es uns zumeist bewusst machen, beruht die Arbeit im Pflegeberuf auch auf vorläufigen Hypothesen oder Schlüssen, bevor diese Anzeichen in einen logischen Zusammenhang gebracht werden. Aus dieser Perspektive geht es zukünftig um die pflegewissenschaftliche Beschreibung des Haderns und Zauderns der Pflegenden mit Situationen, deren Bedeutung sich nicht oder nur schwer festlegen lässt. Ein pflegerisches Handeln, welches in einer Welt der Zeichen stattfindet, ist so gesehen lediglich von Hypothesen geleitet und damit unsicherer als zumeist angenommen. Denn auch die Welt der Pflege ist voller Zeichen, die gelesen werden müssen. Spuren des Pflegerischen sind dabei etwa Flecken, versteckte und liegengelassene Gegenstände, entfernte und verrückte Dinge aber auch irritierende Verhaltensweisen der Gepflegten etc., die von Pflegenden zunächst in einen hypothetischen Zusammenhang gebracht werden müssen. Es handelt sich dabei um Vorstufen des Verstehens, also des Herantastens, Ahnens und Vermutens. Qualitäten, die, wie ich glaube, in den pflegewissenschaftlichen Beschreibungen bisher zu sehr in den Hintergrund geraten sind. Dabei handelt es sich aber keineswegs um Defizite! Vor allem im Kontext der Pflegearbeit gilt diesen Suchbewegungen und Bedeutungsverschiebungen besondere Aufmerksamkeit, wenn nicht gar pflegerische Professionalität letztendlich darin besteht, den Fall immer wieder – und mit Blick auf neue Zeichen, Indizien und Spuren – neu zu verstehen. Zwar geht eine Fallarbeit im Idealfall auch mit der Verengung des Bedeutungs- und Entscheidungsraums einher, „doch gute professionelle Arbeit zeichnet sich nicht zuletzt dadurch aus, dass rasche Subsumption und Festlegung dessen, was der Fall ist, möglichst vermieden werden“ (Bergmann 2018: 30).

Eine zeichentheoretische Perspektive auf pflegerisches Handeln bietet derart Impulse, um die professionelle Pflegepraxis und den praktischen Umgang der Pflegenden mit der Vielfalt und Kontingenz der Erscheinungen des Lebens angemessener zur Darstellung zu bringen. Gerade da die Zeichentheorie es ermöglicht, eine Vielfalt an Zeichen bzw. Zeichensystemen zu denken, ergeben sich aus meiner Sicht produktive Anchlüsse, um den Bereich der pflegerischen Praxis anders wissenschaftlich zu reflektieren. Bereits eine allgemeine Definition des Zeichens bietet dafür weitere Anhaltspunkte.

Zeichen als Vermittler pflegerischen Tuns

In seiner allgemeinsten Bestimmung ist das Zeichen etwas, was für ein anderes steht. Zeichen übernehmen so gesehen eine Vermittlerrolle. Jedes Zeichen, ganz gleichgültig wie es beschaffen sein mag, ist Stellvertreter, Hinweis oder Anzeichen. Es steht für etwas anders, ist nicht nur es selbst, sondern meint zugleich ein Verweis auf ein Anderes (vgl. Friedrich 1994: 17). Dabei gibt es natürlich eine Vielzahl an Möglichkeiten, wie diese Vermittlungs- oder Repräsentationsbeziehung angelegt sein kann, insofern – wie oben angeführt – eine breite Palette an Dingen als materiale Zeichen fungieren können (Mimik, Gesten, Verhalten, Gegenstände etc.). Semiotiker wie Peirce (1976) betonen aber, dass Zeichen immer auch eine spezifische Materialität aufweisen, in welcher Art sie die Objekte bzw. Sachverhalte vermitteln.

Ohne diese Zusammenhänge an dieser Stelle weiter zu entfalten, ergeben sich bereits hier grundlegende Fragen in Bezug auf das pflegerische Handeln: Inwieweit sind wir uns der Zeichenvermitteltheit pflegerischer Erkenntnisse und Handlungen bewusst? Unterstellen wir nicht zumeist, dass pflegerische Probleme oder Sachverhalte direkt identifiziert oder erkannt werden können? Welche materialen Zeichen (Gesten, Verhaltensweisen, Gegenstände etc.) sind für den Vermittlungs-, Erkenntnis- und Urteilsprozess speziell in pflegerischen Situationen leitend?

Wie Schönrich (1999: 18) in diesem Zusammenhang hellsichtig bemerkt, ist der Gegenstand der Zeichentheorie so selbstverständlich, dass er selten vom Menschen selbst erkannt oder reflektiert wird. Wie es angeklungen ist, unterstellen wir auch hinsichtlich des pflegerischen Tuns scheinbar zumeist eine unmittelbare- bzw. direkte und bewusste Erkenntnis, wodurch die eigentliche prozesshafte Praxis des zeichenbasierten Interpretierens, Schließens und Urteilens in dieser Lesart verdrängt wird. Erkenntnis- und Urteilsprozesse erscheinen aus der Warte der Zeichentheorie und mit Blick auf den oben benannten Prozess der Abduktion im Kontext von Pflege viel indirekter und „umwegiger“ als zumeist angenommen. Dies führt uns zur einer weiteren wesentlichen Facette des Zeichenbegriffs: Zeichen bedürfen der Interpretation!

Zeichenbasierte Interpretationsleistungen Pflegender

Peirce (1931) zufolge ist ein Zeichen etwas, was für etwas anderes steht, weil es von etwas Drittem so interpretiert wird: „Ein Zeichen, (...) ist etwas, das für jemanden in einer gewissen Hinsicht oder Fähigkeit für etwas steht“ (Peirce 1931: 228). Anstatt dass ein Objekt von einem Subjekt im kantschen Sinne direkt und umstandslos erkannt wird, finden in dieser Lesart permanent praktische Deutungs- und Schließungsprozesse statt, die zu einem vermittelten Erkennen des Objekts oder Sachverhalts führen. An die Stelle von vorausgesetzten apriorischen Bewusstseinsstrukturen und direktem Erkennen treten von daher praktische Interpretationsprozesse, die durch Handlungsprobleme in Gang gesetzt werden und in deren Verlauf Zeichen definiert werden, die die Bedeutung von Objekten festzulegen versuchen (vgl. Schubert 2010: 38).³ Beruhend auf Zeichen als Vermittler, handelt es sich eher – wie zuletzt angeführt – um eine indirekte und mittelbare Urteils- und Erkenntnispraxis.

Zudem ist diese interpretative Praxis des Zeichenlesens überaus individuell, insofern unterschiedliche Personen den Umgang mit Zeichen bzw. Zeichensystemen erst erlernen müssen. Zeichenordnungen werden im praktischen Interpretations- und Handlungsvollzug angeeignet und gegebenenfalls neu kreiert und umgestaltet (vgl. ebd.: 20). Objektive Sachverhalte können so gesehen auf Basis von Zeichen von einzelnen Personen situativ ganz unterschiedlich gedeutet werden, insofern Bedeutung im praktischen Umgang mit Objekten konstituiert wird. Wie es der eingangs angeführte

3 Anstatt einer Bewusstseinsphilosophie im Sinne Kants fokussiert speziell der Semiotiker Peirce, welcher auch als zentraler Vertreter des amerikanischen Pragmatismus angesehen werden kann, daher eine Philosophie der Handlung, insofern praktische und problembezogene Interpretationsprozesse Vorrang erhalten vor direktem Erkennen (vgl. Schubert 2010: 13 f.).

Befund Benners (2000) verdeutlicht, können auch Pflegende daher eine vermeintliche gleiche Pflegesituation ganz unterschiedlich deuten oder interpretieren.

Diese zeichentheoretische Perspektive, dass Pflegesituationen zeichenvermittelter Interpretation bedürfen, wirft weitere Fragen in Hinblick auf pflegerisches Handeln auf. Etwa: Wie gestalten Pflegende derartige zeichenvermittelte Interpretationsprozesse im pflegerischen Handeln? Wie gelangen sie basierend auf Zeichen zu ihrem handlungsleitenden Urteil? Und: Wenn die Anzeichen einer Situation oder eines Sachverhalts ganz unterschiedlich gedeutet werden können, inwieweit erfolgt vor diesem Hintergrund eine intersubjektive Verständigung zwischen Pflegenden? Sind daher zur Beurteilung einer pflegerischen Situation unter Umständen nicht mehrere Lesarten notwendig?

Auch diese Fragen müssen zunächst unbeantwortet bleiben. Wie es aber in den zurückliegenden – verflochtenen – Ausführungen bereits angeklungen ist, ergeben sich zwischen den entfalteten Dimensionen des Zeichenbegriffs inhärente Verbindungen. Auch der Semiotiker Peirce (1931: 228) verweist darauf, dass ein Zeichen als Triade verstanden werden muss; als Gemengelage von Zeichenmittel, Objekt und Interpreten. Einfach gesagt kann ein Zeichen nur in Zusammenhang von Objekt und Interpret bzw. Interpretin verstanden werden: Ein Zeichenmittel bezieht sich auf ein Objekt und wird von einem dritten Moment, dem Interpretanten, als in dieser Beziehung stehend interpretiert. Das semiotische Dreieck verweist folglich darauf, dass die Relationen der Zeichenbestandteile entscheidend sind, da sich eine Zeichenwirkung aus dem spezifischen Zusammenhang von Objekt, Zeichenmittel und Interpret bzw. Interpretant ergibt (Abbildung 1).⁴

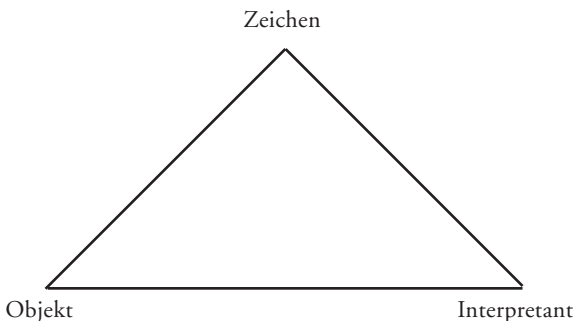


Abb. 1: Zeichentriade nach Peirce, eigene Darstellung

⁴ Peirce (1931) verwendet in seiner Zeichentrias dabei die englischen Begriffe sign, object und interpretant. Während Zeichen (engl. sign) und Objekt (engl. object) relativ direkt verständlich und übersetzbar sind, verweist der eigenwillige Begriff interpretant (engl.) darauf, dass Zeichenprozesse von Peirce nicht allein auf menschliche Kommunikationsformen bezogen werden, sondern auch einen breiteren Sinn beinhalten, da tierische- oder auch pflanzliche Kommunikationsformen eingeschlossen werden, für die der Begriff Interpret bzw. Interpretin nicht zweckmäßig wäre (vgl. Nagl 1992: 39 f.).

Entscheidend ist bei der Triade des Zeichens folglich die spezifische Relationalität der drei Korrelate. Aus meiner Sicht bietet ein derartiger Zeichenbegriff ein bewegliches Raster für die Pflegewissenschaft, um die pflegerische Praxis in ihrem Wirken oder Funktionieren zu beschreiben. Der Gewinn besteht dabei vor allem darin, dass einfache bzw. kausale Zeichenwirkungen aus dieser Perspektive nicht zu unterstellen sind. Wenngleich es natürlich auch konsolidierte oder etablierte Zeichenordnungen gibt, sind die handlungsleitenden Wirkungen von Zeichen überaus situativ und individuell, insofern unterschiedliche Personen die gleiche pflegerische Situation ganz verschieden auslegen können. Dies gibt Raum, um die individuelle und situative pflegerische Praxis und ihre handlungsleitenden Erkenntnis- und Interpretationsweisen diffiziler und komplexer zu verstehen und zu beschreiben. Sicherlich ist das auch mit einer Komplexitätssteigerung der empirischen Darstellung der performativen Pflegepraxis und ihrer Vermittlungen verbunden. Auch Peirce (1931) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass Zeichenprozesse zunächst in der Praxis bzw. im praktischen Anwendungskontext empirisch erforscht und beschrieben werden müssen; zu vielfältig sind die Zeichen und ihre Wirkungen. Folglich möchte ich anschließend anhand einiger Beispiele aus der pflegerischen Praxis plausibilisieren, warum eine zeichentheoretische Lesart pflegerischen Handelns sinnhaft scheint.

2.2 Zur Zeichenvermitteltheit pflegerischer Handlungen – Ausgewählte Praxisbeispiele

„Wie liegt der Patient im Bett, gekrümmt vor Schmerzen? Oder entspannt, geht es ihm heute besser? Ist er gelb? Ist er hochrot? Ist er blau? Was ist denn los? Das müsst ihr SEHEN lernen! Oder hat er Wasser auf dem Nachttisch, kann er die Klingel erreichen und all die kleinen Dinge, das mussten sie ja SEHEN lernen!“ (Pflegerin in Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2020: 145)

Wie oben ausgeführt, kann Peirce (1931) zufolge als Zeichenmittel alles fungieren, was sich in irgendeiner Weise auf ein Objekt bezieht und eine Interpretin bzw. einen Interpreten findet. Dies ist meines Erachtens ein zentraler Punkt, da neben sprachlichen vor allem auch nicht-sprachliche bzw. bildhafte Erscheinungen dezidiert in den Blick rücken, wie sie für die körperbezogene Pflegearbeit (Gestik, Mimik, Verhalten etc.) besonders von Bedeutung sind. Genauso können leiblich-taktile Berührungen der Haut und des Körpers als Zeichen fungieren. Man denke im Kontext von Pflegearbeit etwa an die Fiebersymptomatik eines Kranken, die ausgehend von einer sichtbaren Gesichtsröte, einem veränderten Atemrhythmus oder auch anhand erhöhter Schweißausbrüche etc. vermutet werden kann. Genauso lassen sich körperlich-gestische Anzeichen, wie beispielsweise verschränkte Arme und leichte Bückbewegungen, wie auch geschlossene Augen und Stöhnen als Schmerz eines Nierenstein-Kolik-Betroffenen lesen (Abbildung 2). Oder handelt es sich um Rückenschmerzen?

Diese Beispiele ließen sich beliebig fortführen, zumal sich im Kontext von Pflegearbeit eine Vielfalt an körperlichen Expressionen finden lassen, die auf den Zustand eines Betroffenen hindeuten können. Zugleich ist und bleibt aber auch strittig, was infolge



Abb. 2: Anzeichen für eine Nierenkolik?
(eigene, überzeichnete Darstellung)

eines Zeichens als Objekt bzw. Sachverhalt angenommen werden kann. Es bleibt zu fragen, ob ein Zeichen, wie beispielsweise der besagte erhöhte Schweißausbruch, welcher nicht nur sehend, sondern auch taktil erfasst werden kann, für den Sachverhalt Fieber steht oder ob er lediglich auf eine erhöhte Temperatur im Raum verweist. Genauso kann der Schweißausbruch auf eine anaphylaktische Schockreaktion oder eine Medikamentennebenwirkung etc. hindeuten. Ebenso fragt sich, ob etwa die gebückte Haltung des Kranken nicht eher auf Übelkeit hinweist als auf Schmerz (siehe Abbildung 2).

Sicher ließen sich auch hier noch weitere Bezüge anstellen. Diese kurzen Beispiele sollen zunächst verdeutlichen, dass die Zuweisung, um welchen Sachverhalt oder welches Objekt es sich handelt, eine eigenständige Praxis pflegerischen Diagnostizierens darstellt. Wie angeführt bedürfen auch vermeintlich eindeutige körperbezogene Zeichen in pflegerischen Handlungen der Interpretation. Wie diese Deutungen von Pflegenden in Urteils- und Handlungsprozessen vonstattengehen und integriert werden, wäre aus meiner Sicht in der Pflegewissenschaft genauer zu reflektieren. Dabei müssten auch Formen der interpretativen und leiblichen Bezugnahme in den Blick genommen werden, die Pflegenden gerade bei eingeschränkten Körperexpressionen der Gepflegten, wie im Koma oder bei Demenz, tätigen (vgl. Hülsken-Giesler 2008). Gerade aufgrund dessen, dass alles Mögliche als Zeichen fungieren kann, geraten die in diesen Zu-

sammenhängen typischen paraverbalen Lautäußerungen, das leibliche Sich-Verspannen bei Pflegemaßnahmen oder auch das Zusammenkneifen der Lippen dezidiert in den Blick.

Eine semiotische Perspektive greift, so gesehen, die pflegewissenschaftlich relevante Frage, ob und wie fallspezifische Interpretationen in Pflegesituationen angestellt werden, in einem neuen Licht wieder auf. Sie sensibilisiert meines Erachtens zudem dezidiert für wahrnehmungs- und erkenntnistheoretische Fragen in diesem Zusammenhang und bringt darüber hinaus in den Blick, dass neben dem menschlichen Körper und seine Expressionen auch Dinge im Raum sich als Zeichen verstehen lassen.⁵ Auch verlassene Rollatoren, liegengelassene Vorlagen oder vergessene Gegenstände etc. lassen sich als Anzeichen für einen pflegerelevanten Sachverhalt denken. So ließe sich der stehengebliebene Rollator etwa als Anzeichen für zunehmende Mobilität oder auch eine bestehende Weglauftendenz lesen. Auch verwendetes oder „unberäumtes“ Verbandsmaterial könnte als ein Zeichen fungieren, insofern es für andere Pflegenden einen Anlass darstellt, in einer Pflegesituation zur Hilfe zu eilen. Die Pflegearbeit ist so gesehen voll von Anzeichen und Hinweisen, welche die Pflegenden und ihre Urteils- und Handlungsfähigkeit herausfordern.

Speziell auch Bezüge zu den Betroffenen erfordern neben diskursiven Verständigungen immer eine Beobachtungs- und Deutungsfähigkeit. Wie etwa Hayder et al. (2011: 35 f.) verdeutlichen, erschließt sich speziell auch ein tabuisiertes Pflegephänomen wie Inkontinenz eher über indirekte Zeichen. Denn für ein Phänomen wie Inkontinenz ist gerade Verschwiegenheit kennzeichnend (vgl. ebd.: 38). Sprachlich-diskursive Zugänge versagen von daher teilweise und beobachtende Zugänge werden zunehmend wichtig. Wie sie zeigen, lässt sich etwa auf der Heizung getrocknete Unterwäsche oder auch der häufige Wechsel der Unterwäsche als Indiz für ein Inkontinenzproblem annehmen (vgl. ebd.: 37 f.) (siehe Abbildung 3).

Auch Verhaltensweisen wie ein häufiger Toilettengang (vgl. ebd.: 38) lassen sich als Indizien für ein Inkontinenzproblem deuten, wobei aber auch hier unklar ist, ob sich der Sachverhalt unter Betrachtung weiterer Hinweise überhaupt einstellt bzw. bestätigt. Pflegenden sind in dieser Lesart mit Spuren konfrontiert, die im Erscheinen zugleich den Gegenstand oder das Objekt teilweise verbergen (vgl. Hoops 2013: 122). Indizien, wie etwa die besagte Unterwäsche auf der Heizung, vermitteln das Objekt; sie stellen einen eher indirekten Bezug her und verweisen, so gesehen, nur über Umwege auf ihr Objekt; wobei sie zugleich relativ deutungs offen sind.⁶

5 Dem entsprechen auch neuere pflegewissenschaftliche Betrachtungen, die Dinge in der Pflege als Partizipanten des Tuns begreifen (vgl. Artner et al. 2017; Manz 2015).

6 Auch für den Semiotiker Peirce (1931) steht das Indiz für eine Zeichenform, die in einer realen Beziehung zu seinem Objekt steht. Auch Fingerabdrücke oder Spuren im Schnee sind Indizien, da sie direkte Beziehungen zu ihren Objekten (Finger, Schuhe) aufweisen, aber zugleich diese teilweise verbergen. Spuren verweisen paradoxerweise in ihrer Anwesenheit zugleich auf die Abwesenheit der Objekte. Auch Symptome von Krankheiten wie etwa Hautrötungen oder Husten verweisen trotz ihrer Anwesenheit auf einem eher indirekten Weg auf das Objekt der Krankheit. Dies ist uns in der Tat selten bewusst, zumal diese Anzeichen oder Anzeigen vieldeutig sind und immer auch der Interpretation oder der medizinischen bzw. pflegerischen Diagnostik bedürfen.

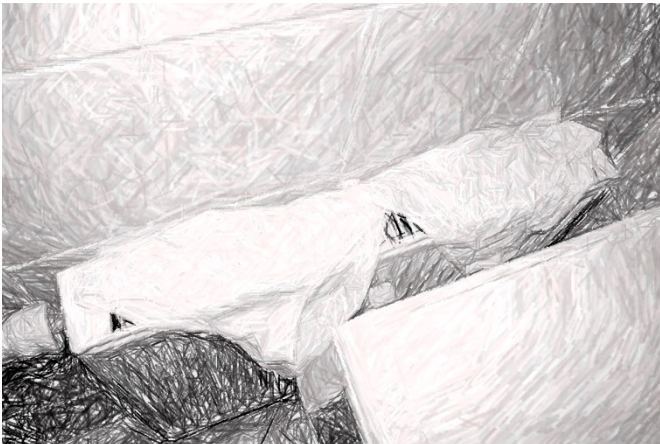


Abb. 3: Anzeichen für Harninkontinenz?
(eigene, überzeichnete Darstellung)

Wiederum sei betont, dass die besagten Zeichen (Unterwäsche auf der Heizung) lediglich unsicher auf einen möglichen Zusammenhang hindeuten, wobei offen ist, ob der Sachverhalt – vermutlich unter Betrachtung weiterer Indizien – eintritt oder sich bestätigt. Zeichen des Pflegerischen, wie sie auch in Form von Dingen oder Gegenständen Gestalt annehmen können, sind polysemisch, da sie eine Vielzahl von Deutungsmöglichkeiten und Schlüssen beinhalten. Sie bedürfen, wie ausgeführt, immer der Interpretation, insofern über den besagten praktischen Deutungsprozess das Objekt oder die Bedeutung situativ erst generiert wird. Eine zeichentheoretische Perspektive auf pflegerisches Handeln bringt aus meiner Sicht damit die alltägliche Leistung der Pflegenden in den Blick, sich vagen und deutungs-offenen Situationen interpretativ anzunähern. Allzu schnell wird dieser intensive Anteil der Pflegepraxis auch in vorhandenen pflegewissenschaftlichen Darstellungsformen eher aus den Blick gebracht. Eine semiotische Perspektive in der Pflegewissenschaft würde aus meiner Sicht neue und erweiterte Forschungsfelder eröffnen, wie das pflegerische Tun unter einer wahrnehmungs- und erkenntnistheoretischer Sicht anders betrachtet werden könnte. Zum Abschluss des Beitrags möchte ich daher kursorisch zukünftige Forschungsdesiderate anreißen.

3. Forschungsdesiderate und Ausblick

Die Perzeptionen Pflegenden erforschen

Wie im Beitrag skizzenhaft dargelegt, ergeben sich etliche weiterführende Fragen bzgl. der Materialität der Zeichen des Pflegerischen. Neben hörbaren und sprachlichen Expressionen ist das Feld der Pflege auch wesentlich durch Sichtbares strukturiert (vgl. Hoops 2013). Der Blick von Pflegenden bedarf – ähnlich wie in der Erziehungswissenschaft zuletzt diskutiert (vgl. Schmidt et al. 2016) – diesbezüglich mehr Aufmerksamkeit. Es wäre dabei zu fragen, ob die Aufmerksamkeit und Wahrnehmungsfähigkeit der Pflegenden ein zentrales Moment pflegerischer Professionalität darstellt (vgl. Hänel 2022). Speziell die Konstituierung und die sinnliche Verfasstheit pflegerischer Perzep-

tionen bedürfte einer verstärkten Beachtung. Zeichentheoretische Perspektiven eröffnen diesbezüglich bestenfalls erkenntnis- und handlungstheoretische Erweiterungen, wie eine Aisthesis, also eine körperlich-sinnliche Wahrnehmung der Pflegenden (vgl. Hoops 2013: 240), als Basis für Urteilsprozesse beschrieben werden könnte.

Die Vielfalt ästhetisch-sinnlicher Qualitäten im Pflegehandeln beschreiben. Darüber hinaus wäre die Vielfalt ästhetisch-sinnlicher Qualitäten im Pflegehandeln zum Ausdruck zu bringen, wie beispielweise das Hören, Riechen und Tasten der Pflegenden. Es fragt sich daher: Welche Rolle nehmen in der körperbezogenen Pflegearbeit akustische, olfaktorische und taktile Reize ein? Ein erfahrenerer Pfleger berichtete mir vor einiger Zeit, dass er über das Gehör pflegt und sich vor allem anhand akustisch-technischer Reize den Zustand des Betroffenen annähert. Genauso konnte ich erleben, dass erfahrende Pflegerinnen am Geruch des Urins schlussfolgern, ob ein Harnwegsinfekt wahrscheinlich ist oder nicht. Sich tastend den Haut- und Flüssigkeitszustand der gepflegten Personen anzunähern, scheint ebenso ein Praxiswissen kenntlich zu machen, was – nach wie vor – verstärkt auch in der Pflegewissenschaft der Darstellung bedarf (vgl. Axmacher 1989).

Erweiterte empirische Darstellungs- und Beschreibungsweisen der Pflegepraxis. Sicherlich sind dafür auch erweiterte empirische Darstellungs- und Beschreibungsweisen in der Pflegeforschung notwendig, die sich diesen performativen und bildhaften Qualitäten des Pflegens annähern können. Formen „sprachlosen Verstehens“ (Nover/Amekor 2021: 101) sind verstärkt auch in der Pflegerforschung in den Blick zu nehmen, gilt es etwa die Interpretationswege der Pflegenden in Bezug auf besonders vulnerable Gruppen, wie beispielsweise Wachkomapatient_innen zu reflektieren. Auch die filmbasierten Mikroanalysen von Welling (2020) mit dementen Patienten verdeutlichen die Feinfühligkeit Pflegenden in der Interaktion, die auch als zeichenbasierte Interpretationen gelesen werden können. Wie ich an anderer Stelle ebenfalls ausführte, bietet speziell das Medium Film in der Pflegeforschung andere Einblicke in den Deutungs- und Wahrnehmungsprozess in pflegerischen Handlungssituationen und eröffnet so zukünftige Räume einer semiotischen Lesart des pflegerischen Tuns (vgl. Hänel 2022).

Literatur

- Nover, S.U./Amekor, L.M. (2021): Sprachloses Verstehen. Alternative Zugänge zum Verstehen im Forschungsprozess In: *Pflege&Gesellschaft*, 26. Jg. 2021, H. 2, 101-117
- Artnr, L./Arzl, I./Depner, A./Heitmann-Möller, A./Kollewe, C. (Hrsg.) (2017): *Pflegedinge. Materialitäten in Pflege und Care*. Bielefeld: Transcript
- Axmacher, B. (1989): *Pflegewissenschaft - Heimatverlust der Krankenpflege*. In: Rabe-Kleeberg, Ursula (Hrsg.): *Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung*. Bielefeld: KT-Verlag, 121-138
- Bergmann, J. (2013): *Der Fall als Fokus professionellen Handelns*. In: Bergmann, J./Dausendschön-Gay, U./Oberzaucher, F. (Hrsg.): *Der Fall. Studien zur epistemischen Praxis professionellen Handelns*. Bielefeld: Transkript, 19-37

- Friedrich, C. (1994): *Semiotik als Gesellschaftstheorie*. Wiesbaden: Harrossowitz Verlag
- Greb, U. (2003): *Identitätskritik und Lehrerbildung*. Frankfurt a. Main: Mabuse
- Hayder, D./Elke, K./Müller, M. (2011): *Kontinenz – Inkontinenz – Kontinenzförderung: Praxishandbuch für Pflegenden*. Bern: Huber
- Hänel, J. (2022): *Bildung, Kino, Pflege. Ein deuzeianischer Versuch über die Wechselwirkung von Bewegungsbildern*. Bielefeld: Transcript (Erscheint voraussichtlich November 2022)
- Hoops, W. (2013): *Pflege als Performance. Zum Darstellungsproblem des Pflegerischen*. Bielefeld: Transcript
- Hülsken-Giesler, M. (2008): *Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik*. Osnabrück: V&R Unipress
- Kumbruck, C./Senghaas-Knobloch, E. (2020): *Die Grenzen instrumenteller Verfügbarkeit von Subjektivität – Einsichten aus der Arbeitswelt der Pflege*. In: Böhle, F./Senghaas-Knobloch, E. (Hrsg.): *Andere Sichtweisen auf Subjektivität. Impulse für kritische Arbeitsforschung*. Wiesbaden: Springer VS, 131-161
- Manz, U. (2015): *Ein anderer Blick auf die Dinge? Von „Pflegehilfsmittel“ zu „Partizipanden des Tuns“*. In: *Pflege&Gesellschaft*, 20 Jg., H. 3, 213-226
- Morris, C.W. (1988): *Grundlagen der Zeichentheorie. Ästhetik der Zeichentheorie*. Frankfurt a. Main: Fischer Wissenschaft
- Nagl, L. (1992): *Charles Sanders Peirce*. Frankfurt/New York: Campus
- Peirce, C. S. (1931): *Collected Papers of Charles Sanders Peirce. Bände I-VI* hrsg. von Charles Hartshorne und Paul Weiss, 1931–1935. Quelle: https://www.textlog.de/peirce_principles.html, Stand 14.04.2022.
- Peirce, C. S. (1976): *Schriften zum Pragmatismus und Pragmatizismus*. 2. Auflage. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Plessner, H. (1928): *Die Stufen des Organischen und Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie*. Berlin: De Gruyter.
- Sabisch, A. (2018): *Bildwerdung. Reflexionen zur pathischen und performativen Dimension der Bilderrfahrung*. München: Kopaed
- Schmidt, F./Schulz, M./Graßhoff, G. (Hrsg.) (2016): *Pädagogische Blicke*. Weinheim: Beltz Juventa
- Schönrich, G. (1999): *Semiotik. Zur Einführung*. Hamburg: Junius
- Trabant, J. (1993): *Elemente der Semiotik*. Tübingen/Basel: UTB
- Waldenfels, B. (2015): *Sozialität und Alterität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Welling, K. (2020): *„Sich aneinander orientieren“ – Feingefühligkeit und Engagement in der beziehungsorientierten Interaktion zwischen Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz und Bezugspersonen. Eine mikroanalytische Videointeraktionsstudie*. Quelle: <https://media.suub.uni-bremen.de/handle/elib/4243?locale=de>, Stand 14.04.2021

Dr. phil. Jonas Hänel

Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur Gesundheit und Pflege an der TU Dresden,
 Institut für Berufspädagogik, Fakultät für Erziehungswissenschaften
 jonas.haenel@tu-dresden.de