

## **A. Stand der Forschung: polnische Pflegemigrantinnen in Deutschland in Zeiten des demographischen Wandels**

### **1. Hochaltrigkeit, Pflegebedürftigkeit und Pendelmigration im Kontext des demographischen Wandels und einige Begriffsbestimmungen**

Migrant Care Workers als RetterInnen der polnischen Wirtschaft und des deutschen Pflegemarktes? Ohne den Einfluss mehrerer sich überschneidender Faktoren wäre das in dieser Arbeit beschriebene Phänomen nicht entstanden und hätte sich nicht so entwickelt, wie es gegenwärtig der Fall ist. Die sozio-politische Situation sowohl in Deutschland als auch in Polen begünstigt die Beschäftigung von PendelmigrantInnen zur Pflege älterer Menschen in Deutschland. Ein Faktor, der dies steuert, ist der demographische Wandel. Ein mobiler Lebensstil, immer mehr und länger dauernde Berufstätigkeit der Frauen sowie veränderte Familienformen erschweren die Pflege von Pflegebedürftigen in der Familie. Das moderne Alter ist u.a. durch Feminisierung, Pauperisierung und Vereinzelung gekennzeichnet, was vor allem für die Gruppe der pflegebedürftigen Alten schwerwiegende Konsequenzen haben kann. Ihre Lage wird angesichts sinkender Geburten- und Mortalitätszahlen in der Zukunft wohl noch dramatischer werden.

Diesen Herausforderungen versucht die Altenpflegepolitik in Deutschland entgegen zu treten. Sie bietet den BürgerInnen ein breites Spektrum an ambulanten und stationären altenpflegerischen Leistungen sowie finanzielle Hilfen durch die Pflegeversicherung an, wohlwissend, dass dies in vielen Pflegefällen nicht ausreichend ist. Aus politischer Sicht ist für die Pflege von Angehörigen weiterhin die Familie verantwortlich. Diese Sicht verkennt jedoch die veränderten Lebens- und Arbeitsformen in unseren heutigen Gesellschaften. Kindererziehung, Berufstätigkeit und regionale Mobilität erschweren die Organisation einer Pflege, die sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Angehörigen zufriedenstellt. Eine professionelle Pflege, die die Pflegebedürftigen nicht nur körperlich versorgt, sondern auch den Bedürfnissen nach Geselligkeit und Begleitung gerecht wird, ist kostenintensiv und deshalb für viele Familien unerschwinglich. Die unzureichende Berücksichtigung der individuellen Lebenslagen von Familien, in denen Pflegebedarf entsteht, und für viele Angehörige unzureichende Versicherungsleistungen veranlassen viele, nach alternativen Lösungen zu su-

chen. Eine bezahlbare und eine der familiären Pflege sehr nahe kommende Alternative scheint die Inanspruchnahme einer verhältnismäßig günstigen 24-Stunden-Pflege durch PflegerInnen aus dem Ausland, darunter aus Polen, zu sein.

Im Falle Polens wird diese Bewegung zusätzlich durch Pushfaktoren<sup>4</sup> wie die schwierige Situation auf dem Arbeitsmarkt und im Fall von PolInnen im Rentenalter durch ein ungünstiges Rentenrecht unterstützt<sup>5</sup>. Ebenso wirken sich die Tradition der deutsch-polnischen Migrationen und die Kontakte mit Angehörigen, die in Deutschland leben, auf die Beschäftigung in der Pflege aus.

Trotz der negativen Aspekte, die mit dem regelmäßigen temporären Verlassen der eigenen Familie und den Fahrten zur Arbeit nach Deutschland verbunden sind, entscheiden sich immer wieder MigrantInnen zu pendeln und die sozialen und psychischen Belastungen, die mit der langen Abwesenheit von zu Hause und den irregulären Beschäftigungsverhältnissen verbunden sind, auf sich zu nehmen. Viele kommen nach Deutschland mit eigenen Vorstellungen von „guter“ Altenpflege und realisieren diese in ihrem Arbeitsalltag im Ausland. Diese Haltung aber auch die subjektive Definition ihrer Rolle als Pflegekräfte wird durch mehrere Faktoren beeinflusst.

Die folgenden Ausführungen haben das Ziel, die Ursachen für die Entstehung der Beschäftigung von PflegerInnen aus dem Ausland zu analysieren, Lage und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und unterschiedliche Formen der pflegerischen Versorgung zu schildern und die ausländischen Pflegekräfte im Pflegemix (Bubolz-Lutz und Kricheldorf 2006) zu verorten. Die Reflektion der Rolle und Bedeutung der Migrant Care Workers verlangt in erster Linie eine Auseinandersetzung mit den Begriffen Pflegebedürftigkeit und Pflege, aber auch mit dem Begriff Pflegemix, in dem diese Gruppe von Pflegenden bisher keine Berücksichtigung fand.

## 1.1 Begriffliche Klärungen von Alter, Pflegebedürftigkeit und Pflege

*Pflegebedürftigkeit* ist einer der Schlüsselbegriffe in dieser Arbeit und ihre juristische Definition wird in Wissenschaft und Politik vielfach diskutiert bzw. kritisiert. Aus gerontologischer Sicht wird sie definiert als „ein Zustand, der durch somatische oder psychische Beeinträchtigungen gekennzeichnet ist und mit einer Minderung bzw. dem Verlust der körperlichen und geistigen Leistungs-

<sup>4</sup> *Pushfaktoren* sind Faktoren in der Heimat, die zur Auswanderung ermutigen. *Pullfaktoren* sind dagegen Faktoren im Einnahmeland, die potentielle MigrantInnen anziehen.

<sup>5</sup> RentnerInnen in Polen dürfen nur bis zu 70 Prozent des durchschnittlichen Einkommens zusätzlich hinzuverdienen. Wenn sie diese Grenze überschreiten, wird ihnen ihre Rente gekürzt (vgl. Marczuk und Kalicki 2012).

kompetenz einhergeht“ (Reissman 2005, S. 15). Wer behauptet, dass die Pflegebedürftigkeit Folge chronischer Erkrankungen ist, vergisst aber, dass sie auch durch Unfälle bzw. Alterseinschränkungen entstehen kann. *Summa summarum* tritt sie dann ein, wenn die körperliche, geistige und/oder seelische Gesundheit so stark beeinträchtigt ist, dass ein Funktionieren im Alltag teilweise bzw. vollständig nur mit Hilfe anderer Personen möglich ist (vgl. Menning und Hoffmann 2009, S. 68).

Die juristische Definition der Pflegebedürftigkeit ist starker Kritik ausgesetzt. Ihr zufolge (§ 14 des SGB XI) sind jene Personen pflegebedürftig, „die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“ (SGB XI 2014; vgl. Bartholomeyczik 2003, S. 10). In dieser Definition werden Einschränkungen übergangen, die noch kompensiert werden können. Nicht in den Blick geraten außerdem gerontopsychiatrische Risiken im Umgang mit Demenzkranken, die einer besonderen Lösung bedürfen (vgl. Ebd., S. 11; Menning und Hoffman 2009, S. 70). Der Hinweis ist wichtig, da es sich bei der Pflegebedürftigkeit um einen in Grenzen flexiblen Zustand handeln kann.

Es sind in erster Linie die pflegebedürftigen Personen und ihre Bedürfnisse, die eine Pflege abdecken muss. Es sind auch die Pflegenden, die ein eigenes Bild dieser Tätigkeit entwickeln und ihre Rolle erklären. Um diese Definitionen entsprechend zu klassifizieren, ist das pflegewissenschaftliche und gerontologische Verständnis von Pflege darzustellen. Der Blick in die gerontologische Forschung ist vor allem deshalb wichtig, weil sich Migrant Care Work fast ausschließlich auf den Umgang mit Älteren bzw. Hochaltrigen bezieht, die eine Mehrheit der Pflegebedürftigen bilden.

Warum ist das Alter ein Risikofaktor für die Pflegebedürftigkeit? Adam Zych, ein polnischer Gerontologe unterscheidet die Begriffe *Alter* und *Altern*. Er definiert *Alter* und *Altern* in drei Dimensionen: biologisch, psychisch und sozial. *Das Alter* sieht er als „einen unvermeidlichen Effekt des Alterns, in dem biologische, psychische und soziale Prozesse synergetisch aufeinander wirken und zur Störung des biologischen und psychischen Gleichgewichts führen, ohne dies bewältigen zu können – es ist also die Endperiode des Alterns“<sup>6</sup> (Zych 2001, S. 202). Barbara Weigl (2007, S. 381) klassifiziert das Alter aus der Sicht der Fä-

---

<sup>6</sup> Die Fußnoten beinhalten die originale Versionen der Zitate auf Polnisch: „(...) nieunikniony efekt starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie (wzmacniając), prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu – jest to zatem końcowy okres procesu starzenia się.”

higieken und unterscheidet: aktives Alter, rüstiges Alter und von-der-Hilfe-Anderer abhängiges Alter.

Die Experten der World Health Organisation (WHO) unterscheiden: Vorphase des Alters (45-59 Jahre); Phase des frühen Alters (60-74 Jahre: sog. *young-old*); Phase des späten Alters (75-89 Jahre: sog. *old-old*) und Hochaltrigkeit (90 Jahre und mehr) (zit. nach Trafialek und Erasmus 1997, S. 39; vgl. Zych 2001, S. 202). Diese Strukturierung zeigt auch die Schwierigkeiten mit dieser Kategorisierung, denn während z.B. in Europa das 60-65 Lebensjahr als Anfang des Alters gilt, ist das für Afrika das 50. Lebensjahr (vgl. WHO 2013). Diese *kalendarische* Unterteilung wird gegenwärtig in der Gerontologie kritisiert. Ihr Vorschlag ist, diese Lebensetappe in Anbetracht der Lebensphasen zu fassen wie: Auszug der Kinder, Ausscheiden aus den Erwerbsleben, sog. *junges* Alter, Hilfe bei der Erziehung der Enkelkinder, beginnender Unterstützungsbedarf (*Activities of Daily Living*), gesundheitliche Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit, Tod der Partnerin/des Partners und Einzug in besondere Wohnformen (vgl. Naegle 2012).

Das *biologische Altern* bedeutet nichts anders als „unwiderrufliche, immer stärkere Veränderungen des Stoffwechsels und physikochemischer Prozesse im Organismus, die zur Beeinträchtigung der Selbstregulation und Regeneration des Organismus und zu morphologischen bzw. funktionellen Veränderungen von Geweben und Organen führen. Aus physiologischer Sicht ist das ein Prozess, der mit dem Alter auftritt und mit einer immer geringeren biologischen Aktivität, d.h. schwächeren Fähigkeit zur Regeneration und Adaptation des Organismus zusammenhängt. Aus psychosozialer Sicht ist das ein permanenter dynamischer Prozess des Wechsels im Zeitverlauf, der sowohl physiologische als auch psychische und soziale Veränderungen beinhaltet“<sup>7</sup> (Zych 2001, S. 203; vgl. Thomae et al. 1994, S. 1; Weinbach 1983, S. 11; Reimann und Reimann 1994, S. 4).

Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen wächst stetig in modernen Gesellschaften und ist in der Gruppe der Hochaltrigen am größten. (sog. *doppeltes Altern*: Szukalski et al. 2008, S. 13). *Hochaltrigkeit* bzw. *Langlebigkeit*, das sog. *vierte Lebensalter* betrifft zurzeit Menschen mit ähnlichen biografischen und sozialen Erfahrungen, die eine harte Jugend erlebt haben und zur „Kriegsgeneration“ gehören. Die durchschnittliche Lebenserwartung haben sie erheblich über-

<sup>7</sup> „(...) naturalne, nieodwracalne, nasilające się zmiany metabolizmu i właściwości fizykochemicznych, prowadzące do upośledzenia samoregulacji i regeneracji organizmu oraz zmian morfologicznych i czynnościowych jego tkanek i narządów; w znaczeniu fizjologicznym jest to proces pojawiający się wraz z wiekiem, a polegający na stałym zmniejszaniu się aktywności biologicznej organizmu, co przejawia się w mniejszej zdolności do regeneracji i adaptacji; w znaczeniu psychospołecznym starzenie się jest dynamicznym, ciągłym procesem zmian, przebiegającym w czasie, obejmującym nie tylko przemiany fizjologiczne organizmu, ale również zmiany psychiczne i społeczne.”

schritten. In dieser Generation waren es traditionellerweise die Frauen, die die anfallenden erzieherischen und pflegerischen Tätigkeiten in der Familie übernahmen. Diese Menschen sorgten für die Kinder und Alten innerhalb ihrer (Groß-)familien (vgl. Bubolz-Lutz 2006, S. 27). In der modernen Gesellschaft werden diese Menschen nun mit einem Pflegeleitbild<sup>8</sup> konfrontiert, das unterschiedliche Pflegeformen und Unterstützungsmöglichkeiten vorgibt.

Zu betonen ist hier, dass *krank* zu sein nicht immer bedeutet, *pflegebedürftig* zu sein, aber Pflegebedürftigkeit ist in der Regel mit Krankheiten verbunden (vgl. Landtag NRW 2005, S. 31). Einerseits hat der/die Pflegebedürftige weiterhin Fähigkeiten und Kompetenzen, die eine Teilselbständigkeit erlauben (vgl. Schmitz-Scherzer 1990, S. 19) bzw. kompensiert werden können, andererseits hat die Pflegebedürftigkeit der Älteren einen progressiven und in der Regel unumkehrbaren Charakter, was wiederum bei Krankheiten nicht immer der Fall sein muss (s. dazu auch Definitionen der *Gesundheit* und *Krankheit*: Hurrelmann 2000, S. 148).

In Anbetracht dessen ist in dieser Arbeit auch die Lage von Pflegebedürftigen erfasst worden, deren Hilfebedarf außerhalb des Anerkennungsbereichs durch die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit und der Pflegeversicherung liegt.

Da Pflegebedürftigkeit ein breiter Begriff ist und mehrere Bereiche des Lebens beeinflussen kann, ist es wichtig, Pflege zu definieren. Für die vorliegende Arbeit gilt ein breites gerontologisches Pflegeverständnis, bei dem es nicht nur um eine medizinische Leistung geht, sondern um eine ganzheitliche und mehrdimensionale Betrachtung der pflegebedürftigen Person. Bei der Pflege aus gerontologischer Sicht handelt es sich um eine Tätigkeit, die „sowohl informell als auch professionell erbracht“ wird (Lutz 2009, S. 41), einen aktivierenden, rehabilitativen Charakter haben kann und physiologische, psycho-emotionale und soziale Bedürfnisse zu erfüllen versucht. Ziel ist es die Selbständigkeit im Alltag zu erhalten, d.h. „die Fähigkeiten und Fertigkeiten zu bewahren oder neu zu entwickeln“ und somit „ein erfolgreiches Altern“ zu ermöglichen (Backes und Clemens 2008, S. 290-291). Die soziale Gerontologie sieht die Pflegebedürftigkeit also nicht als einen hoffnungslosen, radikalen Rückschritt der Selbständigkeit bzw. als totale Abhängigkeit von Dritten, betont aber deren relevante Rolle im Kompensations- und Aktivierungsprozess pflegebedürftiger Menschen.

Eine Person, die Hilfe benötigt, kann nicht nur auf einen medizinischen Fall oder seelenlosen Körper reduziert werden; auf einen Körper, den man nur wäscht, ernährt und umzieht (vgl. Noelle-Neumann und Haumann 2000, S. 100;

---

<sup>8</sup> Pflegeleitbild bezieht sich auf die Art und Weise, wie mit pflegebedürftigen Menschen umgegangen wird, stationär in Heimen oder ambulant in Familien.

vgl. mit dem Begriff *care*: Zielke-Nadkarni 2003, S. 41). Laut Sabine Bartholomeyczik (2003, S. 7) ist die Pflege „eigentlich alles“.

Die WHO empfahl 1993 folgende Definition der Pflege: „Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches, und soziales Potenzial zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer Lebens- und Arbeitsumwelt“ (WHO 1993, zit. nach Landtag NRW 2005, S. 32). *Pflegebedarf* bedeutet somit die Nachfrage nach Hilfe, Pflege und Unterstützung, die gesamtgesellschaftlich mit der Veralterung der Bevölkerung und der steigenden Anzahl Pflegebedürftiger sukzessive wächst (vgl. Garms-Homolová 2011, S. 405).

## 1.2 Migration und die Bedeutung der Migrant Care Workers in der Pflege

Welche Bedeutung in dieser Hinsicht die Migrant Care Workers für das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen haben können, wurde in den bisherigen Studien nicht genau analysiert. Unter dem Begriff Pflegekräfte aus dem Ausland bzw. Migrant Care Workers werden solche MigrantInnen verstanden, „die [vorrangig undokumentiert] sowohl im urbanen als auch im ländlichen Bereich (...) [entgeltlich] beim Verrichten von Putz- und Pflegearbeiten tätig sind“ (Lutz 2008a, S. 62). Meist werden ihre Hilfeleistungen auf zweierlei Art und Weise beschrieben. Es wird zwischen Hilfe bei körpernahen Aktivitäten – *Activities of Daily Living* (ADL) und instrumentellen Alltagsaktivitäten, den sog. *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) unterschieden. ADL bezeichnet die Haupttätigkeiten des Menschen wie Essen, Trinken, Körperpflege, An- und Ausziehen, sich ins Bett und aus dem Bett bewegen. IADL erfasst Tätigkeiten, die im und außerhalb des Hauses ausgeübt werden, z.B. Einkaufen, Bügeln, Saubermachen etc. (vgl. Menning und Hoffmann 2009, S. 66).

Die Arbeit der Migrant Care Workers wurde bisher durch „mangelnde Qualität, Transparenz und Versorgungssicherheit“ gekennzeichnet (Bubolz-Lutz und Kricheldorf 2006, S. 23) bzw. als eine Tätigkeit angesehen, die typisch für die *Laienpflege* ist. Die Laienpflege basiert meistens auf Überzeugungen und Erfahrungen, „die ein subjektives Verständnis von Gesundheit und Krankheit beinhalten“ (Zielke-Nadkarni 2003, S. 40). Unter dem Begriff Laienpflege versteht man eine traditionelle Pflege, die von Angehörigen, Nachbarn, Freunden, Freiwilligen, also Menschen ohne berufliche Qualifikationen oder entsprechendes Pflegefachwissen, meist unentgeltlich geleistet wird (vgl. Metzinger 2007, S. 23-25). Sie steht im Kontrast zur professionellen *Altenpflege*.

*Professionelle Pflege* betrifft eine fachkundige, entgeltliche Unterstützung der pflegebedürftigen Person, aber auch ihrer Bezugspersonen. Die professionelle Pflege ist „die Intervention einer Fachkraft für Altenpflege bei bestehendem Interventionsbedarf; [sie] soll die Integrität des alten Menschen schützen, fördern, erhalten und wieder herstellen helfen“ (Köther 2007, S. 47). Die Aufgabe der Fachpflegekräfte ist es, die pflegebedürftige Person umfassend und würdig zu behandeln. Wenn die pflegende Person den gesundheitlichen, sozialen und geistigen Aspekt der Pflege einer älteren Person als gleich wichtig betrachtet, kann sie entsprechende pflegerisch-therapeutische, sozialpädagogische und prophylaktische Pflegemethoden vorbereiten und einführen (vgl. Neumann 2000, S. 329).

Die *Migration* wird laut Andrzej Jagielski folgendermaßen definiert: „bewusstes Handeln, das von dem Individuum auf der Basis des Informationsstandes über das derzeitige Umfeld ausgeübt wird. Ziel ist es dabei, Wünsche und Bedürfnisse zu realisieren, die mit einem Wechsel des Aufenthaltsortes erreicht werden können“<sup>9</sup> (Jagielski 1981, zit. nach Solga 2002, S. 29). Dieser Wechsel wird hier als Verlassen des einen Landes verstanden mit dem Ziel des temporären oder dauerhaften Aufenthaltes in einem anderen Land (vgl. Wysoczański 2006, S. 130).

In dieser Arbeit handelt es sich um einen bestimmten Typ der Migration, nämlich um die *Arbeitsmigration*. Darunter versteht man den „Wechsel des geographischen Raums durch die berufstätige Bevölkerung mit dem Ziel, den eigenen Lebensstandard bzw. die Lebenslage der Familie zu verbessern oder finanzielle Güter zu erwerben, um das gegenwärtige Lebensniveau zu behalten, das als Bedingung der kulturellen Identität wahrgenommen wird“<sup>10</sup> (Skoczek 1997, S. 15). Arbeitsmigration hängt eng mit dem Begriff *Notmigration* zusammen; die Begriffe lassen sich nicht trennscharf voneinander abgrenzen. Die NotmigrantInnen sind „jene, die aus einer Situation materieller Bedürftigkeit und Perspektivlosigkeit ihr Herkunftsland zum Zweck des Geldverdienens verlassen“ (Alt 2003, S. 29). Die Beschäftigung die sie annehmen, um dieses Ziel zu erreichen, kann einen dokumentierten und legalen oder einen undokumentier-

<sup>9</sup> „(...) świadome działanie podjęte przez jednostkę pod wpływem informacji o stanie otoczenia w celu osiągnięcia zamierzonego następstwa, którego realizacja wymaga zmiany miejsca pobytu.”

<sup>10</sup> „(...) przestrzenne przemieszczenia ludności zawodowo czynnej podejmowane w celu poprawy sytuacji życiowej własnej i członków rodziny, bądź w celu uzyskania środków finansowych niezbędnych do zachowania dotychczasowych form życia i gospodarowania, postrzeganych jako warunek zachowania tożsamości kulturowej.”

ten, d.h. einen illegalen Charakter haben. Im Falle der Migrant Care Workers handelt es sich oft um die zweite Form der Arbeit<sup>11</sup>.

Ein anderes Merkmal ihrer Migration ist die Temporarität. Die meisten PflegerInnen pendeln zur Arbeit in Deutschland. Man spricht hier von der Pendel- oder Schaukelmigration bzw. „two-ways migration“ (Haug 2005, S. 212). Sie zeichnet sich aus als „mehr oder weniger temporäres Wandern zwischen zwei Staaten, deren Grenze mehrfach überschritten wird, und sich zum Raum öffnet“ aus (Koch und Metz-Göckel 2004, S. 126; vgl. Młyński und Szewczyk 2010, S. 27-28; Alt 1999, S. 97).

Diese *transnationale Migrationen* werden definiert als: „multiple ties and interactions linking people or institutions across the borders of nation states (...) [and creating] hybrid identities going beyond national and ethnic belongings“ (Kontos und Shinozaki 2010, S. 86-87; vgl. Koch und Metz-Göckel 2004, S. 128). Die hin und her wandernden PendelmigrantInnen verbinden gleichzeitig zwei oder mehr Lebensumfelder (vgl. Praszałowicz 2007a, S. 20). Sie sind deswegen imstande, ihr Leben und ihre Arbeit infolge der Migrationserfahrung unterschiedlich einzurichten, z.B. durch den Transfer ihrer Kompetenzen aus dem Herkunftsland oder durch den Erwerb neuer im Gastland.

Die Beschäftigung der Migrant Care Workers gehört in der Literatur zu der *haushaltsbezogenen Dienstleistungsarbeit*, „die im Privathaushalt erbracht wird und alle Tätigkeitsbereiche umfasst, die im Englischen mit *Care-Work* bezeichnet werden: Betreuung, Versorgung, Erziehung, Pflege von Menschen und Dingen, Unterstützung und Beratung“ (Lutz 2008a, S. 59). Diese Arbeit wird häufig auf einer *Job-sharing-Basis* organisiert, in dem „die Stelle untereinander aufgeteilt wird“ (Rerrich 2002, S. 12).

Da es das Ziel dieser Arbeit ist, die Pflegearbeit von Migrant Care Workers präzise zu beschreiben und die Position der PflegerInnen aus dem Ausland im Pflegemix zu prüfen, ist es wichtig, die Ursachen für die Entstehung des Pflege-notstands näher zu betrachten und die Entstehung des deutsch-polnischen Marktes der häuslichen Pflege zu reflektieren. Diese Ursachen sind mit dem demographischen und gesellschaftlichen Wandel eng verbunden und werden im weiteren Teil ausführlicher beschrieben.

---

<sup>11</sup> Diese wird in der Literatur vielfach unterschiedlich bezeichnet: vgl. *underground economy*: Bettio und Solinas 2009, S. 14; vgl. *irreguläre bzw. unsichtbare Migration*: Nowicka 2011, S. 23; vgl. *undocumented workers, sans papiers, clandestine*: Rerrich 2002, S. 10.



### 1.3 Folgen des demographischen Wandels im XXI Jahrhundert für die Pflege

Der demographische Wandel bildet eine der größten Herausforderungen der heutigen westlichen Zivilisation. Er betrifft das Individuum auf der Mikro-, Meso- und Makroebene (vgl. Dziegielewska 2006, S. 207). Um das Ausmaß des demographischen Wandels in Zahlen fassen zu können, wurde der *partielle Koeffizient der demographischen Belastung* bzw. der *demographische Faktor des demographischen Alters* eingeführt. Der *partielle Koeffizient der demographischen Belastung* bedeutet das Verhältnis der Zahl der Personen im vor- und postproduktiven Alter zu den Personen im produktiven Alter. Der *demographische Faktor des demographischen Alters* bildet die Zahl der Personen im postproduktiven Alter ab, die auf 100 Personen im vorproduktiven Alter fallen (vgl. Szweda-Lewandowska 2006, S. 448).

Statistisch ist von einer *alternden Gesellschaft* dann zu sprechen, wenn ihre Mitglieder, die über 60 Jahre alt sind, 12 Prozent und mehr der Bevölkerung ausmachen (vgl. Szarota 2004, S. 28). Andere Quellen legen nur einen Prozentsatz von 7 - 10 Prozent für eine demographisch *alte Gesellschaft* zu Grunde (vgl. Orzechowska 2001, S. 84). Eine *demographische Überalterung* weist eine regressive Alterspyramide auf, bei der die ältesten BürgerInnen ca. 30 Prozent bilden, wohingegen Personen im produktiven Alter 50 Prozent und Kinder 20 Prozent ausmachen (vgl. Szarota 2004, S. 29).

Bezüglich der oben genannten Voraussetzungen ist die deutsche Gesellschaft als eine alternde zu bezeichnen. Der in dieser Gesellschaft fortschreitende demographische Wandel ist durch mehrere Trends charakterisiert. Die Phase des Alters dauert immer länger, das Alter wird *verjüngt* und gleichzeitig werden immer mehr Menschen hochaltrig, was als das sog. *double aging* bezeichnet wird (vgl. Szukalski 2004, S. 12). Merkmale der sich demographisch wandelnden westlichen Gesellschaften sind darüber hinaus Vereinzelung und Feminisierung, Pauperismus und eine Heterogenität des Alters. Last but not least ist ein Wechsel der Lebensstile und Familienformen, besonders bei den jüngeren Generationen zu verzeichnen (vgl. Priddat 2007, S. 358). Auch eine immer länger dauernde Erwerbstätigkeit ist Kennzeichen einer alternden Gesellschaft (vgl. Spitznagel 2010, S. 74).

Forschungsergebnissen zufolge ist Hochaltrigkeit vom sozialen Status und Geschlecht abhängig und weist auf die höhere Mortalität der älteren Männer hin (vgl. Orzechowska 2001, S. 87-88). Nicht ohne Bedeutung im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit sind die Gene, eine positive Lebensbilanz sowie der Kulturkreis (vgl. Olbermann und Reichert 1993, S. 203-204; Burda 2009, S. 58-61). Der Einzelne kann seine Lebensdauer positiv bzw. negativ beeinflussen im Hinblick auf die Umgebung, in der er lebt, seine gesundheitliche Haltung, sei-

nen Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.), seine sozialen Netzwerke, seine Lebensbilanz und Mechanismen der Stressbewältigung (vgl. Alley und Crimmins 2010, S. 86-88; Tokaj 2000, S. 66-67; Zych und Bartel 1990, S. 31-37). Einen Einfluss auf die Alterung der Bevölkerung haben auch das Wohlstandsniveau der Bevölkerung, das (mittlere) Bildungsniveau und die sozioökonomischen Unterschiede innerhalb der Gesellschaft (vgl. Szweda-Lewandowska 2006, S. 449). Auch demographische Faktoren auf der Makroebene prägen diesen Wandel. Dazu zählt vor allem der Rückgang der Geburtenzahl, gleichzeitig die Senkung der Mortalität und transnationale Bewegungen der Bevölkerung, d.h. Auswanderung aus Deutschland (vgl. Ebd., S. 449; Struck 2008, S. 280). Die sinkende Mortalität wird u.a. von der medizinischen Entwicklung und dem Zugang zu gesundheitlichen Leistungen beeinflusst (vgl. Garms-Homlová 2011, S. 405-406), ebenso von den Lebensumständen in der jeweiligen Gesellschaft (vgl. Burda 2009, S. 58), die u.a. durch ein Umfeld frei von Kriegen und bewaffneten Konflikten (in entwickelten Ländern) gekennzeichnet sind (vgl. Tesch-Römer und Motel-Klingebiel 2004, S. 561-562). Einen nicht unbedeutenden Einfluss haben die gesunde Ernährung und der Umweltschutz (vgl. Priddat 2007, S. 376). Eine relevante Rolle spielen in diesem Fall auch bessere Arbeitsbedingungen und die technologische Entwicklung, die das Erkrankungsrisiko bei Personen in gesundheitsschädlichen Berufen verringern (vgl. Szarota 2004, S. 29). All diese Faktoren ermöglichen zwar ein länger dauerndes gesundes Leben, tragen aber auch dazu bei, dass dieses lange Leben das Risiko der Pflegebedürftigkeit erhöht und sowohl für den Einzelnen als auch für die ganze Gesellschaft eine Herausforderung darstellt.

Nach Romuald Derbis (2007, S. 13) steigt die Zahl der älteren Menschen in Europa am schnellsten<sup>12</sup>. Bis 2030 soll der Anteil der Personen über 65 Jahre 20-25 Prozent der europäischen Bürger ausmachen (vgl. Grundy et al. 2006, S. 215). Bis 2050 sollen auf 1000 EinwohnerInnen 326 Menschen kommen, die 65 Jahre oder älter sind (vgl. Frąckiewicz 2002, S. 12). Der größte Anstieg ist in der Gruppe der Hochaltrigen zu erwarten. Kurzum Europa erwartet einen rapiden Anstieg der Hochbetagten, was Piotr Szukalski (2004, 25) als „Explosion der Nestoren“<sup>13</sup> bezeichnet.

Deutschland gehört zu den Ländern, in denen der Alterungsprozess sehr intensiv ist (vgl. Tippelt und Schmidt 2009, S. 13). In 40 Jahren werden die Deutschen mit über 60 Jahren 37 Prozent der Bevölkerung ausmachen (vgl. Priddat 2007, S. 357). Laut Prognosen von Piotr Szukalski wird die Zahl der hochaltri-

<sup>12</sup> Zurzeit leben in den entwickelten Ländern über 700 Mio. Menschen über 60 Jahre und in nächster Zukunft soll diese Zahl 850 Mio. (Zych 2007, zit. nach Kniejska 2011b, S. 3-4) bzw. 987 Mio. (vgl. Orzechowska 2001, S. 83) überschreiten. Den größten Anteil Hochaltriger haben Kanada, Westeuropa, Australien und Japan, den kleinsten wiederum Afrika (vgl. Burda 2009, S. 61).

<sup>13</sup> pl. eksplozja stulatków.

gen Personen im Jahre 2050 fast 9 Mio. in Deutschland betragen, also 12 Prozent der deutschen Bevölkerung (vgl. Müller 2011; Szukalski 2004, S. 12-13). Zum Vergleich zählten die Hochaltrigen im Jahr 2000 nur 3,3 Mio. (vgl. Kade 2009, S. 19). Gleichzeitig wird die Gesamtbevölkerung Deutschlands insgesamt um 10 Mio. schrumpfen (vgl. Gielas 2004, S. 35) und das bedeutet, dass die Alterspyramide die Form des *Dönerspießes* bzw. der *Spindel* annehmen wird (Statistisches Bundesamt 2007, S. 23).

Bei diesen Schätzungen ist darauf zu achten, dass die „Experten die Chance, ein hohes Alter zu erreichen, generell eher überschätzt wird“<sup>14</sup> (Szukalski 2004, S. 11). Diese Prognosen müssen nicht der Realität entsprechen, vor allem dann nicht, wenn in dieser Zeitspanne unerwartete, die Gesellschaft beeinflussende Ereignisse, wie z.B. Kriege, Epidemien etc., geschehen. Außergewöhnliche Faktoren sind in der Lage, die Richtung und Form der Entwicklung der Population stark zu beeinflussen. Gegenwärtig, u.a. in Bezug auf die politische Stabilität in Deutschland und Europa sowie die rasch fortschreitende Entwicklung der Medizin scheint das oben geschilderte Szenario jedoch sehr realistisch zu sein, was gesellschaftliche Chancen und Gefahren bzw. Herausforderungen mit sich bringt.

## 1.4 Pflegenotstand

Auch wenn sich in Deutschland immer noch in den meisten Fällen die Familie um den pflegebedürftigen Angehörigen kümmert, wird in der Literatur häufig das Problem der Überforderung und Belastung dieser Gruppe von Pflegenden angesprochen<sup>15</sup>.

Gerade im Zusammenhang mit den Migrant Care Workers spricht man seit längerer Zeit vom sog. *Pflegenotstand*. Er bedeutet „großer Mangel an Pflegekräften“ (Duden 2007, S. 1279) und erschwert gegenwärtig die Gewährleistung einer sicheren und umfassenden Versorgung der Pflegebedürftigen.

Das deutsche Pflegesystem entlastet die Pflegenden nur teilweise und seine Strukturen werden trotz vieler Reformen und die Familie entlastender Angebote immer noch als unzureichend angesehen. Die Entwicklung, Struktur und die politischen Ziele, die in diesem System verfolgt werden, werden im nächsten Kapitel besprochen. Aus diesen Parametern leitet sich das Pflegeleitbild

<sup>14</sup> „coraz większą skłonność prognostyków do generalnie bardziej optymistycznej oceny szansy dożycia wieku sędziwego.“

<sup>15</sup> Im Extremfall können eine zu große Belastung der erwachsenen (berufstätigen) Kinder und/oder immer höhere Unterhaltskosten sogar in Einzelfällen zu einem extremen Verhalten führen, z.B. zum *granny-dumping*, was das „Aussetzen“ oder Zurücklassen einer alten Person, oft der eigenen Angehörigen im Krankenhaus, an einer Bushaltestelle etc. bezeichnet (vgl. Künemund 2008, S. 221-224).

Deutschlands ab, welches maßgeblich den Trend, ausländische Pflegerinnen zu beschäftigen, beeinflusst hat (vgl. Gielas 2004, S. 31; Struck 2008, S. 275-276).

### 1.5 Die Entwicklung des Altenpflegesystems und die Verantwortung für die Pflege in Deutschland

Das Jahr 2011 wurde als Pflegejahr bekannt gegeben. Dies bedeutet, dass sowohl die Altenpolitik als auch der Pflegenotstand auf der internationalen Ebene relevanter werden. Pflegestrukturen zu schaffen und Hilfe zu sichern, sind Prinzipien, die laut der Vereinten Nationen im Gesetz aller Länder enthalten sein sollen (vgl. Szarota 2010, S. 195-196). Die Leitlinien der Sozialpolitik des Alters sollen „(...) auf geplante und gezielte Weise die Lebenssituation der älteren Menschen positiv (...) beeinflussen“ (Błędowski 1996, S. 99).

Das gegenwärtige Altenpflegesystem in Deutschland ist Ergebnis einer über zwei Jahrhunderte währenden Tradition, die mit der Entwicklung des Wohlfahrtsstaates<sup>16</sup> verbunden ist.

Bei den Pflegebedürftigen sieht sich der Staat bis heute als Unterstützer und nicht als Ablösung oder Ersatz der Pflegenden, d.h. Familienmitglieder. Dies zeigt auch die Einordnung Deutschlands zu einem der vier Typen europäischer Fürsorgemodelle. Es werden unterschieden:

- ✦ *der skandinavische Typ*, d.h. die Versorgung durch den Staat mit der Hervorhebung des Spezialfalls Frankreich und
- ✦ *der Südeuropäische Typ*, d.h. Modell der familiären Versorgung plus Schwarzarbeit,
- ✦ *der bismarcksche Typ*, also das Modell der familiären Versorgung mit staatlicher Unterstützung plus Schwarzarbeit und
- ✦ *der Transformationstyp*, zu dem die Osteuropäischen Gesellschaften gehören, die auf der einen Seite patriarchalische Werte und Verantwortung der Familie für die Pflege der Angehörigen kennzeichnen, auf der anderen Seite in ihrer Geschichte von sozialistischen Regimen geprägt wurden (vgl. Larsen et al. 2009, S. 160-164).

Im Bismarckschen Modell, das für das deutsche System charakteristisch ist, basiert der Altenpflegesektor auf dem *Solidaritätsprinzip*, das die „Pflichtenauf-

<sup>16</sup> Aufgrund der Kriterien wie Struktur und Niveau der erbrachten Dienstleistungen, Anstellungsvorschriften, die im Arbeitsgesetz enthalten sind etc., unterscheidet man: den konservativen Wohlfahrtsstaat, das Mittelmeermode, das angelsächsische Modell, das postkommunistische Modell, den sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat (Deutschland) und andere (vgl. Gilejko 2006, S. 372).

teilung der sozialen Leistungen zwischen dem öffentlichen und privaten Sektor reguliert“<sup>17</sup> (Brückner 2004, S. 10-12; vgl. Leś 1996, S. 6). Es wird durch das *Reziprozitätsprinzip* ergänzt. Ziel ist es, den Angehörigen bzw. BürgerInnen ein Sicherheitsgefühl durch organisierte Hilfeleistungen im Fall der Pflegebedürftigkeit zu geben und gegenseitige Interaktionen zu ermöglichen (vgl. Stegbauer 2002, S. 117). Das Prinzip ist demzufolge auf zwei Fundamenten aufgebaut: Familie – Staat und zwischen den Angehörigen innerhalb der Familie. Die Familienmitglieder übernehmen die Rolle des/der Betreuers/Betreuerin bzw. Hildegewährenden in besonderen Lebenssituationen, wie Geburt oder Pflegebedürftigkeit, und sie sind sich dessen bewusst, dass sich diese Rollen auch umkehren können. Erst wenn diese primären Akteure der häuslichen Pflege nicht imstande sind, ihre *fürsorgliche Rolle* selbständig zu erfüllen, können sie vom Staat eine entsprechende Unterstützung erhalten.

### Die Struktur und Vielfalt der Angebote im deutschen Pflegesystem

Wie schon oben angedeutet, gehörte die staatlich regulierte Altenpflege lange Zeit nicht zu den Schwerpunkten der Sozialpolitik. Diese wurde „lange Zeit primär als Rentenpolitik aufgefasst“ (Bäcker und Naegelé 2010, S. 372). Aktuell ist die Lage älterer Pflegebedürftiger ein Schwerpunkt sowohl in der Gesundheits- als auch in der Pflegepolitik. Infolgedessen kam es auf der Makroebene zum Ausbau und zur Schaffung von Pflegestrukturen und Pflegeangeboten. Aber auch hier ist das Subsidiaritätsprinzip maßgeblich für Art und Umfang der gewährten Leistungen (vgl. Błędowski 1996, S. 111-112).

Wenn die Angehörigen nicht in der Lage sind, selbst zu pflegen und Hilfe von den öffentlichen bzw. privaten Institutionen benötigen (vgl. Krzyszkowski 2006, S. 154), kann diese sowohl im offenen d.h. im häuslichen Umfeld, halböffentlichen bzw. halbstationären oder geschlossenen stationären bzw. institutionellen Bereich geleistet werden (vgl. Uliasz 1996, S. 64; Hermesen 1991, S. 21).

Die Hilfestellung in der häuslichen Umgebung wird durch professionelle Dienste der oben genannten Träger in der Wohnung der Pflegebedürftigen geleistet. Die Unterstützung basiert auf dem Transfer von pflegerischen Leistungen, wie z.B. Nachtwache bei Demenzzkranken, sowie der Hilfe bzw. Beratung in der Haushaltsführung und Wohnraumanpassung mit dem Zweck, barrierefreie Zimmer zu schaffen, Pflege- und technische Hilfsmittel zu besorgen u.a.m. (vgl. Häming-Rekers 2007, S. 28). Auch Hilfe in der sozialen Kommunikation, z.B. sog. Telefonketten zwischen den Kranken und einsamen Senioren, bei der Mo-

<sup>17</sup> „reguluje podział obowiązków pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym w dziedzinie świadczeń i usług społecznych.”

bilität, bei der Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen und der allgemeinen gesundheitlichen und sozialen Betreuung werden in Anspruch genommen (vgl. Błędowski 1996, S. 103 u. S. 121-123; Synoradzka 2007, S. 170). Zur Verfügung stehen den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen neben diesen Sachleistungen auch Geldleistungen, die entweder getrennt oder miteinander kombiniert werden können (vgl. Bäcker und Naegele 2010, S. 184-185; Szarota 2010, S. 233).

Die Pflegepolitik versucht besonders, den zu Hause pflegenden Angehörigen entgegenzukommen, die auf ihre Berufsarbeit für die Pflege verzichten. Sie haben Anspruch auf Deckung der Kosten für ihre Renten-, Pflege- u. Unfallversicherung, die von Pflegekassen übernommen werden (vgl. Häming-Rekers 2007, S. 29). Für diejenigen, die ihre Berufstätigkeit nicht aufgeben können oder wollen, ermöglicht die Reform der Pflegeversicherung aus dem Jahr 2008 die Inanspruchnahme der sog. *Pflegezeit*, d.h. eines sechsmonatigen Urlaubs von der Arbeit, um sich der Pflege des pflegebedürftigen Angehörigen widmen zu können. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die Person nach dieser Zeit wieder einzustellen. Eine andere Möglichkeit stellt der *Pflegeurlaub* dar, der bis zu 10 zusätzliche freie Tage vorsieht, die für die Organisation der Pflege benutzt werden sollen (vgl. miCura 2012).

Die zweite Art der Hilfe wird meistens in teilstationären Einrichtungen geleistet. Sie erfordert keine permanente Anwesenheit des/der Pflegebedürftigen vor Ort. Es werden also z.B. Altenclubs, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen für Angehörige von Menschen mit Demenz, Senioren- bzw. Demenzbegleitung, Senioren- und Demenzcafés (vgl. Häming-Rekers 2007, S. 34-37), Tageseinrichtungen, Tagespflege, Urlaub bzw. Kuren für Ältere organisiert. Teilstationäre Hilfe zielt darauf, die Selbständigkeit der beeinträchtigten Menschen zu fördern und die pflegenden Angehörigen zu entlasten, so dass sie sich erholen können. Für diese Zeit wird eine professionelle Pflege für den pflegebedürftigen Angehörigen organisiert (vgl. Błędowski 1996, S. 126-129).

Im Rahmen der stationären Hilfe, die von ca. 30 Prozent der LeistungsempfängerInnen in Anspruch genommen wird, koordinieren die überlokalen Träger die Organisation der Pflege in den stationären Alteneinrichtungen.

Die Angebote der stationären Pflege sind allerdings nicht nur als Wohnangebote auf Dauer zu verstehen, sondern können auch als temporäre Lösung von zu Hause Pflegenden angenommen werden (Kurzzeitpflege: vgl. Büscher et al. 2010, S. 103).

Auch wenn die (befristete) stationäre Pflege eine Entlastung darstellt und in Notsituationen in Anspruch genommen wird, ist sie eine sehr kostenaufwendige Pflegealternative und mit ambivalenten Gefühlen bei vielen älteren und pflege-

bedürftigen Menschen verbunden (vgl. Kuchcińska 2003, S. 277-278; Ruszkiewicz 2007, S. 334). Den Forschungsergebnissen von Ulrich Schneekloth und Hans Werner Wahl nach möchte die Mehrheit zu Hause gepflegt werden (2005, S. 157; vgl. Bojanowska 2008, S. 90), was eine starke Nachfrage im häuslichen Pflegesektor mit sich bringt. Eine Erklärung für die Bevorzugung häuslicher Pflegedienstleister könnte in der unterschiedlichen Finanzierung der einzelnen Pflegeangebote liegen. Hier könnte des Weiteren auch eine Erklärung für die Inanspruchnahme von „Schwarzarbeit“ zu finden sein.

### Die Rolle der Pflegeversicherung und Finanzierung in der Altenpflege

Die Pflegeleistungen werden aus mehreren Finanzierungsquellen abgedeckt. Ein Teil wird vom deutschen Sozialversicherungssystem finanziert, zu dem über 90 Prozent der Versicherten in höchst entwickelten Sozialsystemen weltweit gehören. Die Säulen dieses Systems bilden die Renten-, die Arbeitslosen-, die Kranken-, die arbeitsbedingte Unfall- und die Pflegeversicherung (vgl. Jodkowska 2009, S. 60-61; Leś 1996, S. 8).

Vor Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurden die pflegerischen Leistungen nur vom Renteneinkommen bzw. von der Kriegsopferfürsorge abgedeckt. Wenn dies nicht ausreichend war oder es keine anderen Möglichkeiten gab, musste ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt werden (vgl. Hermsen 1991, S. 6). Infolgedessen waren ca. 80 Prozent der Bewohner von Altenpflegeheimen in der damaligen Zeit auf Sozialhilfe angewiesen (vgl. Bäcker und Naegele 2010, S. 181).

Um pflegebedürftige Menschen vor Armut bzw. Abhängigkeit von Sozialhilfe<sup>18</sup> zu schützen, wurde im April 1994 eine Reform beschlossen und genau ein Jahr später die Pflegeversicherung eingeführt (vgl. Błędowski 2006b, S. 162-164; Saraceno 2008, S. 251). Sie hat den Charakter einer *Teilkaskoversicherung* (vgl. Richter und Bunzendahl 2008, S. 98) und soll die Versicherten vor dem *finanziellen Risiko der Pflegebedürftigkeit* absichern. Dies bedeutet, dass die Kosten der Pflegeleistungen dank dieser Versicherung (zum Teil) abgedeckt werden.

Laut Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit ist das Pflegegeld (44 Prozent) immer noch die am häufigsten nachgefragte Leistung, des Weiteren sind es die stationäre Pflege (26 Prozent), die Kombileistungen (16 Prozent) und die Sachleistungen (5 Prozent) (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014c;

<sup>18</sup> Zu ergänzen ist, dass diese von den Ärmsten weiterhin in Anspruch genommen wird – 2012 waren es 412 081 Personen (vgl. Statistisches Bundesamt 2012).

Bäcker und Naegele 2010, S. 191-192). Zu betonen ist, dass die Kombileistungen in den letzten Jahren immer mehr in Anspruch genommen werden.

Hohe Kosten verursachen vor allem stationäre Pflegeleistungen. In einer Studie aus dem Jahr 2007 zur Finanzierung der Pflegebedürftigkeit zeigte sich bereits, dass 59,1 Prozent der Beitragsausgaben auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung fielen, 22 Prozent für die private stationäre Pflege, 8,6 Prozent für die Sozialhilfe, 7,4 Prozent für die private Hauspflege und 1,9 Prozent für die Kriegsopferfürsorge (vgl. Rothgang et al. 2009, S. 111). Über die Hälfte der Geldleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung wurde für die stationäre Pflege ausgegeben (Ebd., S. 102-103). Dieser Trend ist bis heute aktuell, wobei zu betonen ist, dass der/die LeistungsempfängerIn jedoch nur die sog. *Hotelkosten*, wie Aufenthalt und Mahlzeiten in der Einrichtung bezahlt erhält. Es wird kritisiert, dass durch die deutlich höhere finanzielle Förderung der institutionellen Pflege wenig Geld und Unterstützung für die im eigenen Haus erbrachten Pflegeleistungen bleiben. Auch die Initiativen der Bundesländer, die diese Kosten zu senken versuchen, sind angesichts des bestehenden Bedarfs unzureichend<sup>19</sup>.

### Die Zukunft des deutschen Wohlfahrtsstaats und der Altenpflege – einige kritische Anmerkungen

Von Jahr zu Jahr sinkt die Zahl der BeitragszahlerInnen und die der PflegeleistungsempfängerInnen steigt, was einen negativen Saldo in den Pflegekassen verursacht (vgl. Häming-Rekers 2007, S. 103-106; AOK 2007, S. 21). Es wurde berechnet, dass nach der Umsetzung der Pflegereform 2011/2012 die Zahl der Leistungsempfänger um 300 000 gestiegen ist, was zum Anstieg der Pflegekosten um ca. 3,6 Milliarden Euro geführt hat (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011).

Die Pflegeversicherung wird nicht zuletzt im Hinblick auf ihre mangelnde Unterstützung der Prävention kritisiert. Dies führe zu der Situation, so Matthias Dammert (2009, S. 117), dass wenn sich der Zustand der pflegebedürftigen Person verbessere, es z.B. zum Wechsel von Pflegestufe II zu Pflegestufe I komme, gleichzeitig niedrigere Geld- bzw. Pflegeleistungen folgen. Aus finanzieller Sicht sei die Rehabilitation *dann nicht mehr rentabel*. In Bezug auf die Pflegeeinstufung wird auch auf ihre starren Kriterien hingewiesen, die eigent-

<sup>19</sup> Das Land NRW hat beispielsweise das sog. *Wohngeld* eingeführt, also zusätzliches Geld für die Altenpflegeheime zur partiellen Abdeckung der Kosten, die einige BewohnerInnen nicht bezahlen können. Um Anspruch auf das Geld zu haben, muss der/die Pflegebedürftige pflegeversichert sein und mindestens Pflegestufe I haben (vgl. Häming-Rekers 2007, S. 41-42).



lich die (mobilen) Demenzkranken ausschließen sowie auf die sehr knapp bemessene Zeit zur Ausübung bestimmter Pflegetätigkeiten. Betont wird auch die schwierige Lage der Bedürftigen, die in die juristische Definition der *Pflegebedürftigkeit nicht reinpassen*, also keinen Anspruch auf Pflegeleistungen haben.

Das Prinzip *Vorrang der häuslichen Pflege vor stationärer* ist angesichts dessen nur bei bestimmten Graden der Pflegebedürftigkeit und mit entsprechenden finanziellen Ressourcen der Pflegebedürftigen bzw. pflegenden Angehörigen realistisch (Ebd., S. 121). Dass die Finanzierung der öffentlichen Pflegeversicherung und der Pflegeleistungen immer problematischer wird, zeigt sich auch beispielsweise in der Kritik an den Gesetzesvorschlägen regierender Parteien (vgl. Meier-Gräwe 2014, S. 22-24; Prantl 2013, S. 4)<sup>20</sup>.

Die Arbeit an der Pflegereform dauert schon 40 Jahre und endet wahrscheinlich nie, weil die sozialen Bedürfnisse und Lebensbedingungen einem steten Wandel unterliegen und die Alterung der Gesellschaft in diesem Ausmaß etwas Neues in der modernen Welt ist.

Den Wohlfahrtsstaat in seiner alten Form aufrecht zu erhalten, ist nicht einfach. Die Wiedervereinigung Deutschlands und die Unterschiede, die im Zusammenhang damit aufgetaucht sind, z.B. geringere Produktivität in Ostdeutschland, die Alterung der Bevölkerung und Globalisierung, die Wirtschaftskrise und immer höhere Kosten der sozialen Sicherung blieben nicht ohne Einfluss (Jodkowska 2009, S. 65-69). Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes stieg zwischen 2011 und 2012 die Zahl der Hilfeempfänger über 65 Jahre um 6,6 Prozent und umfasste knapp 465 000 Personen (vgl. Statistisches Bundesamt 2013). Da auch die Pflege immer teurer wird, steigt trotz Einführung der Pflegeversicherung die Zahl der Pflegebedürftigen, die Sozialhilfe beantragen müssen (vgl. von Hardenberg 2012, S. 4-5).

Diskutiert wird die Förderung der interpersonellen Pflege im Rahmen des *Bürger-Profi-Mixes*, darunter die Weiterbildung von Langzeitarbeitslosen bzw. Personen mit pädagogischer oder ähnlicher Ausbildung in Altenpflegeberufen, die auf dem Arbeitsmarkt keine Stelle finden können<sup>21</sup>. Ein weiterer Vorschlag ist auch die Fortbildung und berufliche Aktivierung älterer Witwen, die Erfahrung in der häuslichen Pflege haben.

<sup>20</sup> Kritisiert wurde beispielsweise die Pflegereform vom Gesundheitsminister Daniel Bahr, der eine Milliarde Euro zur Unterstützung aller Demenzkranken in Deutschland angesagt hat, obwohl dieser Betrag „ein Tropfen auf den heißen Stein“ ist (Ruhr Nachrichten 07.11.2011).

<sup>21</sup> Dieses Projekt ist letztlich gescheitert. Einerseits suchen stationäre Einrichtungen meistens nach hoch qualifizierten Pflegekräften, deren Zahl in der Arbeitslosenquote zu gering ist. Andererseits wird das Angebot in der Gruppe der Langzeitarbeitslosen nicht gerne in Anspruch genommen bzw. viele kündigen diese Beschäftigung nach kurzer Zeit. Es wird auch der Argument gebracht, dass diese Initiative vor allem *billige Pflegekräfte* zugunsten der Pflegekassen und der Bundesagentur für Arbeit in die Einrichtungen holen soll (vgl. Westfälische Rundschau 17.08.2008).

Das Prinzip *ambulant vor stationär* soll verstärkt werden z.B. durch neue Wohnformen im Alter und Technologisierung der Pflege z.B. durch japanische intelligente Roboter bzw. Geräte, die ein relativ selbständiges Leben ermöglichen (vgl. Priddat 2007, S. 380; Krzyszkowski 2006, S. 151; Saraceno 2008, S. 253) sowie durch Förderung der rehabilitativen Maßnahmen, z.B. mit Bonusleistungen für pflegende Familien, die die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen optimieren (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011). Auch die Investitionen in die Entwicklung der Pflegestrukturen für pflegebedürftige Menschen aus Deutschland im Ausland sind zu erwähnen, z.B. in den Ländern Mittel- und Osteuropas bzw. Thailand (vgl. Fritzsche 2013, S. 10-15; Vega 2014, S. 1-4).

Für die Fragestellung dieser Arbeit ist besonders die (fehlende) Verortung bzw. Positionierung der Pflegekräfte aus dem Ausland in dem Konzept des Pflegemixes interessant, das zurzeit eine partielle Lösung des Pflegenotstands darstellt. Erörtert werden nämlich im Rahmen dieses Pflegemixes verschiedene Aktivitätskonstellationen im Pflegefall (vgl. Bubolz-Lutz und Kricheldorf 2006, S. 21) bzw. verschiedene Formen der Unterstützung, die Pflegebedürftige in Anspruch nehmen können. D.h. es wird „[der] Ausbau wohnortnaher, kleinräumiger, flexibler Pflegearrangements [und] die Gestaltung eines intelligenten Hilfe-Mixes (...)“ gefördert (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2012, S. 1). Dieses Konzept wird mit besonderer Berücksichtigung der potenziellen Pflegepersonen sowie der Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen im nächsten Kapitel genauer beschrieben.

Zusammenfassend läßt sich sagen, dass staatliche Reformen und ihre Folgen vor allem pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen betreffen, deren Situation nicht immer durch den Gesetzgeber beachtet wird. In Anbetracht der raschen Veränderungen in der modernen Gesellschaft versuchen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen auch unabhängig von den angebotenen Leistungen die besten Lösungen für die Organisation der Pflege für sich selbst bzw. für ihre hilfebenötigenden Familienmitglieder zu finden. Die Entscheidung für eine entsprechende Form der Pflege stellt in Anbetracht der Komplexität der Pflegebedürftigkeit und des individuellen Bedarfs an Hilfeleistungen eine Herausforderung für alle Akteure dar.

## 2. Lebens- und Problemlagen der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen

### 2.1 Charakteristik der pflegebedürftigen Personen, ihrer Bedarfe und Messverfahren ihrer Beeinträchtigungen

Die einzelnen Statistiken zur gesetzlich definierten Pflegebedürftigkeit in Deutschland unterscheiden sich unerheblich und zeigen immer die gleichen Tendenzen. Die Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter, d.h. die ältesten Altersgruppen sind meistens von der Unterstützung anderer abhängig. Bei Personen über 80 Jahren sieht man den schnellsten Anstieg des Hilfebedarfs (vgl. Robert Koch Institut 2002, S. 19). Bei *jüngeren* Alten überschreitet dieser Prozentsatz in der Regel keine 10 Prozent (vgl. Pflegestatistik 2011; Schneekloth und Potthoff 1993, S. 11). Das Risiko der Pflegebedürftigkeit betrifft vor allem Frauen, obwohl sie ihre Gesundheit mehr als Männer pflegen und die Risikofaktoren der Pflegebedürftigkeit einzuschränken versuchen (vgl. Altgeld und Kolip 2007, S. 40). Jede vierte Frau im Alter zwischen 80 und 85 Jahren braucht Pflege, aber und *nur* jeder sechste Mann im gleichen Alter (vgl. Menning und Hoffmann 2009, S. 70). Die Frauen achten zwar mehr auf ihre Gesundheit und leben länger als die Männer, es ist aber davon auszugehen, dass Männer, die ein hohes Alter erreichen, sich eines besseren Gesundheitszustands erfreuen (vgl. Das Demografieportal 2011).

Der Wandel in der modernen Gesellschaft wird am Beispiel der Pflegebedürftigen am deutlichsten. 30 Prozent der pflegebedürftigen Personen sind zwar verheiratet, aber 43 Prozent sind verwitwet, 6 Prozent geschieden und 19 Prozent ledig (vgl. Reichert 2009, S. 6). Die Mehrheit (68 Prozent) der Personen wohnt allein in Privatwohnungen (vgl. Dammert 2009, S. 125). Es sind meistens Personen mit Pflegestufe I (57,4 Prozent) und Pflegestufe II (33,6 Prozent). Sie werden in der Regel ausschließlich von Angehörigen gepflegt. Ein ambulanter Pflegedienst unterstützt am Wohnort ca.  $\frac{1}{4}$  der Pflegebedürftigen, davon 48,2 Prozent der Personen mit Pflegestufe I, 38,4 Prozent mit Pflegestufe II und 13,4 Prozent mit Pflegestufe III (vgl. Naegele und Bäcker 2010, S. 179; Richter und Bunzendahl 2008, S. 97).

Eine bedeutsame Gruppe der Pflegebedürftigen bilden Demenzzranke, deren Anzahl im Jahre 2011 ca. 1,2 Mio. betrug (vgl. Alzheimerinfo 2011). 50 Prozent – laut anderer Quellen 57 Prozent – der Pflegestufe II und bis zu 75 Prozent (bzw. 53 Prozent: vgl. Reichert 2009, S. 10) der Pflegestufe III leiden an kognitiven Beeinträchtigungen (vgl. Landtag NRW 2005, S. 82), am häufigsten an der Alzheimer Krankheit.

Eine besondere Aufmerksamkeit beim Thema Pflegebedürftigkeit zieht nicht nur die steigende Zahl Pflegebedürftiger, sondern auch der anspruchsvolle Pflegeaufwand bei Demenzerkrankung auf sich. Wie schon angedeutet, sind dementielle Erkrankungen eine der häufigsten Ursachen für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit. An verschiedenen Demenzarten leiden ca. 15 Prozent der Personen über dem 80. Lebensjahr und 40 Prozent der über 90-Jährigen (vgl. Robert Koch Institut 2002, S. 21). An Formen der Demenz erkranken ca. 5,4 Mio. der Europäer, darunter ca. 1,2 Mio. der Deutschen (vgl. Richter 2008, S. 27), was zur Schlussfolgerung führen kann, dass sie eine „zivilisatorische“ Dimension erreicht hat. *Der Alterschwachsinn* ist seit einiger Zeit kein Tabuthema mehr, aber ein *coming out* von Demenzkranken bzw. deren Angehörigen, die öffentlich über ihren Schmerz und ihre Erfahrungen erzählen, geschieht noch selten.

In Anbetracht der Schwere und Vielzahl der Merkmale von Pflegebedürftigkeit ist eine umfassende Versorgung zu organisieren und zu sichern. Dazu gehört die entsprechende körpernahe Pflege und Hilfe im Haushalt, aber auch die Befriedigung der sozialen und emotionalen Bedürfnisse und kompensatorische bzw. rehabilitative Maßnahmen. Zur Aufgabe der Altenpflegekräfte gehört oft nicht nur die „reine“ Pflege, sondern auch die Gestaltung des Alltages und des Lebens der pflegebedürftigen Person. Die pflegebedürftige Person darf nicht nur als Kranke, sondern muss als komplexe Persönlichkeit mit eigener Biographie und eigenen Erfahrungen, Bedürfnissen und Wünschen von den Pflegenden wahrgenommen werden, kurz ihr muss eine menschenwürdige Pflege zuteil werden. Dazu gehört im großen Maße auch der Ort, in dem die Pflege stattfindet. Das Altern im eigenen Haus nach dem Motto *einen alten Baum verpflanzt man nicht* und die Unterstützung durch Angehörige ist ein Wunsch der meisten älteren Personen (vgl. Halicki 2008, S. 261; Apotheken Umschau 2006a, S. 28). Dieses zu ermöglichen, erfordert nicht nur eine entsprechende finanzielle Absicherung und technische Hilfen, um dem/der Pflegebedürftigen den Alltag zu erleichtern (vgl. Mollenkopf et al. 2000, S. 162), sondern auch oder vor allem die Anwesenheit eines Pflegeteams, das gleichzeitig ein soziales Netzwerk für sie ist. Dieses Team besteht aus verschiedenen Akteuren, die im Rahmen des sog. Pflegemixes (vgl. Bubolz-Lutz und Kricheldorf 2006, S. 26) agieren.

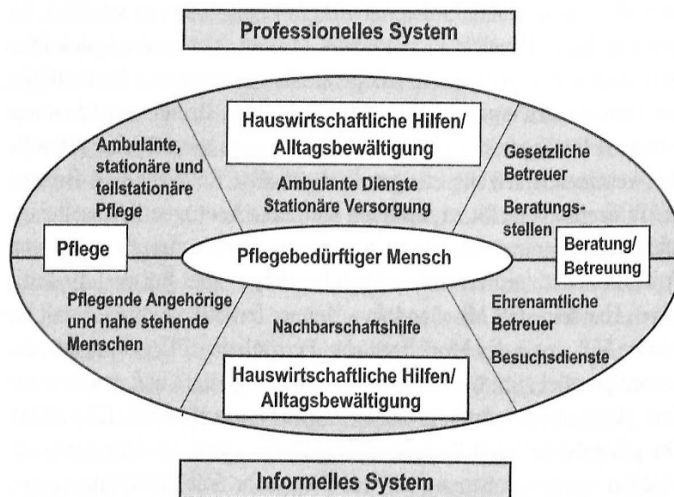


Abbildung 1: Akteure im Pflegemix.

Quelle: Bubolz-Lutz und Kricheldorf 2006, S. 26.

In der Mitte dieses Systems stehen die Pflegebedürftigen, die im Idealfall auf ein breites Spektrum von informellen und professionellen Hilfeleistungen verschiedener Anbieter zurückgreifen können. Die Angebote der einzelnen Anbieter überschneiden bzw. ergänzen sich stellenweise. Zu diesem Netzwerk gehören pflegende Angehörige (vgl. Bień 2002, S. 76; Błędowski 2002, S. 297), ambulante Pflegedienste, stationäre Einrichtungen, Beratungsstellen sowie informelle Personen, z.B. Nachbarn oder Ehrenamtliche. Die Spezifika ihres Engagements in der (häuslichen) Pflege werden im nächsten Kapitel genauer beschrieben. Besonders wird die Situation der pflegenden Angehörigen berücksichtigt, die in Deutschland nach wie vor, der „größte Pflegedienst der Nation“ sind (Landtag NRW 2005, S. 101).

## 2.2 Pflegende Angehörige – der größte Pflegedienst der Nation

Die Pflege der Eltern bis zum Tod war in der Vergangenheit ein moralischer Imperativ (vgl. Bojanowska 2008, S. 96; Trabert 2010, S. 94) und wurde in der Regel nicht hinterfragt. Ein eventueller Widerstand war äquivalent mit der

Missachtung menschlicher Regeln und implizierte die sog. „heilige Schuld“ (Preuß 1990, zit. nach Gröning und Kunstmann 2008, S. 123). Die Familienpflege ist also, wie schon angedeutet, das traditionelle Modell der Altenpflege. Die professionellen Pflegedienste bildeten in der Vergangenheit eine Alternative für einsame oder alleinstehende Personen (vgl. Jerábek 2008, S. 153). Die Familienmitglieder sind die bevorzugte Gruppe von Pflegenden, nicht nur aufgrund der hohen Kosten für die öffentlichen Einrichtungen, sondern auch, weil die meisten Mitglieder der jetzigen Altengeneration Älterer sich zu Hause im Umkreis der Angehörigen am wohlsten fühlen (vgl. Krzyszkowski 2006, S. 150-151).

Die Pflege älterer Familienmitglieder wird bestimmt durch Austausch- und Verpflichtungsmotive, durch Altruismus, religiöse Motive und Zuneigung (vgl. Dammert 2009, S. 137; Romoren 2003, S. 476; Jerábek 2008, S. 149; Cze-kanowski 2006, S. 103; Perek-Białas 2004, S. 214; Klott 2012, S. 16). Das Anerkennungsbedürfnis spielt hier auch eine große Rolle. Die Motive sind eng mit dem *Konzept des innerfamiliären Belastungsausgleichs* verbunden. Demzufolge helfen die besser situierten Angehörigen den Familienmitgliedern, die sich in schlechterer Lebenssituation befinden (vgl. Bubolz-Lutz 2006, S. 135; Kołodziej 2009, S. 278). Es gibt auch psychoanalytische Motive der Übernahme von Pflege in der Familie. Sie sind mit dem traditionellen *Bild des guten Kindes* verbunden, das immer für seine Eltern da ist (*Haltung des Ritters und Helden*<sup>22</sup> im Sinne des *Familienromans* von Sigmund Freud<sup>23</sup>). Sie werden u.a. auch durch Blutsbande<sup>24</sup>, Elternerbe (vgl. Gröning und Kunstmann 2008, S. 103-108; Kołodziej 2009, S. 274), Schuldgefühle, Mangel bzw. Unkenntnis der Alternativen und eine schwierige Lebenssituation erklärt (vgl. Lyonette und Yardley 2003, S. 499; Dienel 2007, S. 285; Gräbel 1998, S. 55).

Die unterschiedlichen Motive, die Angehörige zur Übernahme der direkten Pflege bewegen, zeigen sich auch in den Statistiken. 92 Prozent der Pflegebedürftigen in Deutschland können auf die Betreuung und vorübergehende Hilfe der Familie hoffen<sup>25</sup> (vgl. Schneekloth 2006, S. 406). Über ein Drittel wird

---

<sup>22</sup> Begriff der Autorin.

<sup>23</sup> *Familienroman* heißt der Titel der Schrift von Freud und das dort dargestellte Phänomen der Idealisierung der eigenen Familie. Familienmitglieder stellen sich und andere Angehörigen als Vorbilder vor, als Retter der alten Eltern vor Unterbringung im Altenpflegeheim, vor Einsamkeit etc. Der Familienroman erweist sich oft in Bezug auf traumatische Krisensituationen als Fiktion, z.B. im Fall des Erkrankens eines der Familienmitglieder an Depression etc. (vgl. Gröning und Kunstmann 2008, S. 108).

<sup>24</sup> Im diesem Kontext wird das *hierarchische Kompensationsmodell* angeführt. Laut dieses Ansatzes sind die Angehörigen je nach Verwandtschaftsgrad zur Pflege des Pflegebedürftigen verpflichtet (vgl. Naegele 2011b).

<sup>25</sup> vgl. zur Situation der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund: Gesundheitsamt Bremen 2007.

durch einen Angehörigen gepflegt, 29 Prozent durch zwei, und die übrigen Personen durch drei oder mehr Familienmitglieder (vgl. Rothgang et al. 2009, S. 82). Die Pflegebedürftigen werden meistens von Frauen<sup>26</sup> gepflegt: von Ehepartnerinnen, Töchtern und Schwiebertöchtern (vgl. Radtke-Röwekamp 2008, S. 241; Szukalski 2004, S. 17; Perek-Białas 2004, S. 212-213). Sie machen 73 Prozent aller Betreuenden aus. In dieser Gruppe sind 69 Prozent verheiratet, 12 Prozent verwitwet, 12 Prozent ledig und 5 Prozent geschieden. 62 Prozent der Angehörigen wohnen zusammen mit dem Pflegebedürftigen, darunter 8 Prozent im selben Haus, 14 Prozent in einer nicht weit entfernten Wohnung und 8 Prozent weiter weg. Das durchschnittliche Alter der pflegenden Familienmitglieder beträgt 59 Jahre (vgl. Reichert 2009, S. 17-18). Über ein Drittel der PflegerInnen ist älter als 65 Jahre (vgl. Richter und Bunzendahl 2008, S. 99).

Obwohl die Bereitschaft zu pflegen immer noch hoch ist, gibt es Unterschiede in der bevorzugten Form der (direkten/indirekten) Pflege durch Angehörige, abhängig von Geschlecht und Bildungsstand. Je höher die Bildung und berufliche Position der Familienmitglieder, desto größer ist die Bereitschaft, die direkte Pflege an dritte Personen bzw. professionelle Pflegekräfte zu übergeben (vgl. Blinkert und Klie 2004, S. 319-325). Da es von Männern – im Unterschied zu Frauen – aus gesellschaftlicher Sicht immer noch nicht erwartet wird, dass sie die Familienpflege übernehmen, sind ihre Beweggründe für die Übernahme der Pflege hauptsächlich emotionaler Natur (vgl. Au und Sowarka 2012, S. 9). Der Anteil der pflegenden Männer ist zwar viel niedriger als der der Frauen, aber da sie im Vergleich zu Frauen seltener verwitwet sind, steigt ihre Zahl mit dem Alter (Ebd., S. 3). Interessanterweise betreuen in den neuen Bundesländern zweimal so viele Männer ihre Angehörigen wie in den alten (vgl. Bartjes und Hammer 2006, S. 141).

Die Pflege von Familienangehörigen kann man in zwei Gruppen klassifizieren: *caregiving* bzw. *caring for* und *caring about* (Dalley 1996, zit. nach Franke 2008, S. 157-158). Die zwei ersten Termini bedeuten Arbeitstätigkeiten, strikt pflegerische oder haushaltsbedingte Pflichten (vgl. Salomon 2005, S. 14), der letzte Begriff ist mit dem affektiven Handeln verbunden, wie Liebesbeweisen, Zärtlichkeit (vgl. Büschel 1995, S. 199) oder der Fähigkeit zur Beobachtung und zum Erkennen der Bedürfnisse einer pflegebedürftigen Person. Andere Autoren unterscheiden zwischen unterstützender Pflege (*subsidiary care*), z.B. mit finanzieller Hilfe verbunden, unpersönlicher Pflege (*impersonal care*), z.B. Hilfe im Haushalt und persönlicher Pflege (*personal care*) (vgl. Jerábek 2008, S. 148; Romoren 2003, S. 477).

---

<sup>26</sup> Für 75 Prozent der männlichen Pflegebedürftigen ist die Ehefrau die Hauptpflegeperson, gefolgt von den Kindern. Bei den Frauen ist es anders, aufgrund der hohen Anzahl der Witwen sind es die Töchter oder fremde Personen (vgl. Schupp und Künemund 2004, S. 292).

In Anbetracht des Einflusses Dritter auf Pflegebedürftige und die Unterstützung ihrer Selbständigkeit ist auch von den *Models of Helping and Coping* zu sprechen. Diese von amerikanischen Psychologen entwickelten Modelle wurden in vier Gruppen unterteilt (*The Moral Model, The Enlightenment Model, The Compensatory Model, The Medical Model*). Sie unterscheiden sich im Grad der Verantwortung der hilfebenötigenden Person für ihren Zustand und im Grad des Engagements Dritter bei der (selbständigen) Lösung ihres Problems (vgl. Karuza et al. 1986, S. 379). Sie sind grundsätzlich auch in der Untersuchungsgruppe der polnischen PflegemigrantInnen zu finden.<sup>27</sup>

Bei der Angehörigenpflege kann es zur sog. Überprotektionspflege kommen, wenn Selbständigkeit und Autonomie der pflegebedürftigen Person ignoriert werden und so ihre Abhängigkeit befördert wird (vgl. Baltes 1995, S. 168).

Frauen üben in der Regel sog. *hands-on activities* aus, also Kochen, Baden und Aufräumen. Wie oben angedeutet, erwartet man von Männern aufgrund des immer noch aktuellen *Archetyps der traditionellen Geschlechtsrollen* keine Grundpflege der pflegebedürftigen Person (vgl. Beckmann 2008, S. 247; Brode und Leibiger 2013, S. 13-18; Glowacka et al. 2008, S. 220). Zu den männlichen Pflichten gehört in Anbetracht dessen z.B. die finanzielle Versorgung, Besuche der pflegebedürftigen Person oder Organisation ihrer Bestattung (vgl. Kodwo-Nyameazea und Nguyen 2008, S. 282). Männer spielen viel seltener als Frauen die Rolle des Hauptbetreuers (vgl. Schneekloth 2006, S. 408), und wenn sie sich mit der direkten Pflege beschäftigen<sup>28</sup>, dann nehmen sie meist das Angebot der professionellen Dienste in Anspruch (vgl. Bartjes und Hommer 2006, S. 141; Radtke-Röwekamp 2008, S. 247), was sie letztlich auch u.a. viel besser als weibliche Pflegerinnen vor psychischen Belastungen wie Burnout schützt (vgl. Kristensena et al. 2005).

Die Vorteile der Pflege durch Angehörige sind dreifach. Sie stärkt die Familieneinheit, den Stolz und das Gefühl, durch die Betreuung gebraucht zu sein (vgl. Gräbel 2000, S. 20). Sie führt auch zur Entstehung fester Familienbindungen (vgl. Lyonette und Yardley 2003, S. 502). Gemäß dem Reziprozitätsprinzip spüren erwachsene Kinder das Bedürfnis, sich um die Pflege ihrer Eltern zu kümmern und deren Lebensqualität zu sichern. Häufig stehen aber die Pflichten der Pflegenden im Widerspruch zu ihren Lebenszielen, wie Selbstverwirklichung oder berufliche Karriere, und implizieren eine Diskrepanz zwischen den gesellschaftlichen Erwartungen und den realen Möglichkeiten, sowie den sozia-

<sup>27</sup> s. Kapitel 3.2 (D) Personal care – umfassende Pflegearbeit, S. 168.

<sup>28</sup> Die Forschung von Cornelia Au und Doris Sowarka (2012, S. 7) zeigt, dass Männer ihre pflegerischen Aufgaben oft mit dem ausgeübten Beruf verbinden und ihre berufliche Qualifikationen in der Ausübung der pflegerischen Tätigkeiten nutzen bzw. sie verstehen Pflege als *eine Managementaufgabe*.



len Rollen und Aufgaben der Pflegenden<sup>29</sup>. Im Zusammenhang damit haben 70 Prozent der Pflegenden physische und psychische Probleme (vgl. Gräbel 2000, S. 26) und 40 Prozent der Angehörigen fühlen sich stark belastet (vgl. Rothgang et al. 2009, S. 89). Manchmal haben diese Beschwerden eine emotionale Grundlage und werden durch ungelöste Konflikte zwischen Eltern und Kindern in der Vergangenheit, die Qualität der Beziehungen mit dem Elternteil<sup>30</sup> und schwache Bindungen zwischen den Familienmitgliedern hervorgerufen (s. dazu *Intimität auf Abstand*: Liß und Lübbert 1993, S. 134; vgl. Orzechowska 2001, S. 31).

Die Belastungen der pflegenden Angehörigen teilt man ein in psychische, physische, Freizeiteinschränkung, Isolation, Rollenkonflikte, Veränderung der Familienverhältnisse, Vereinbarungsprobleme von Pflege und Beruf und finanzielle Belastungen (vgl. Reichert 2009, S. 21; Franke 2008, S. 154; Da Roit 2007, S. 257; Sims-Gould und Gignac 2008, S. 124). Viele Pflegende fühlen sich einsam und verlassen (vgl. Gröning und Kunstmann 2008, S. 124; Ilardo und Rothman 2002, S. 73-80), erschöpft, ermüdet, nicht anerkannt (vgl. Salomon 2005, S. 14-16) und gezwungen, auf ein eigenes Leben und persönliche Interessen zu verzichten (vgl. Füsgen 1998, S. 16; Gräbel 1997, S. 4). Sie haben Schlafprobleme, sind nervös, apathisch, manchmal wütend und aggressiv (vgl. Landtag NRW 2005, S. 84). Es steigt bei ihnen u.a. das Risiko an Knochen-, Muskel- und Gelenkerkrankungen (vgl. Gräbel 1998, S. 60; Ulusoy und Gräbel 2010, S. 331), Herz- und Magenkrankheiten (vgl. Dammert 2009, S. 132), Depression bis zu Suizidgedanken (vgl. Salomon 2005, S. 19; Gietka 2010, S. 29; Oura et al. 2007, S. 115; Wilz und Kalytta 2005, S. 260; Braun et al. 2010, S. 117).

Die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Pflege können bei den Angehörigen Gefühle von Scham oder Ekel vor dem pflegebedürftigen Familienmitglied hervorrufen. Ebenso sind Anspannung (vgl. Hirnliga 2006, S. 41) und Angst vor Verschlechterung des Zustands bzw. Tod des/der Pflegebedürftigen (vgl. Radtke-Röwekamp 2008, S. 247) für viele pflegende Angehörige quasi ständige Begleiter. Je höher die Pflegestufe der älteren Person und je jünger die pflegende Person ist, desto stärker spürt sie die negativen Folgen der Pflege, besonders wenn sie sich um Demenzkranke kümmert (vgl. Salomon 2005, S. 20).

Alter und Umfang der Belastungen der Pflegenden kommen in Begriffen wie *Sandwich Generation*, oder auch *multiple carers* zum Ausdruck (vgl. Künemund 2006, S. 12; Phillips et al. 2002; Yeandle und Wigfield 2002, S. 26).

<sup>29</sup> s. auch das Phänomen des *36-Stunden-Tages*: Gröning 2002, S. 598.

<sup>30</sup> Im Zusammenhang damit ist die Theorie von Emily K. Abel zu erwähnen, die von *intimacy* d.h. Nähe in der Pflege der Väter durch ihre Töchter vs. *critical detachment* d.h. von kritischer Distanz in der Pflege der Mütter durch ihre Töchter spricht (Abel 1991, zit. nach Bubolz-Lutz 2006, S. 179).

Laut der Studie von Harald Künemund (2006, S. 18), die auf der Analyse des Alters-Survey basiert, versorgen und erziehen über 75 Prozent der Frauen im Alter zwischen 40. und 44. Jahre ihre Kinder und haben ältere Eltern, aber nur 3 Prozent von ihnen betreut gleichzeitig Personen, die zu beiden Gruppen gehören, und auch noch auf dem Arbeitsmarkt tätig sind<sup>31</sup>. Dieser Prozentsatz sinkt mit steigendem Alter der Pflegenden. Aufgrund der längeren Lebenserwartung steigt derzeit die Wahrscheinlichkeit, dass in einem Haus sogar drei Generationen zusammenleben und die Zahl der Großeltern größer ist als die der Enkelkinder (vgl. Szatur-Jaworska 2000, S. 95). Der Trend zur immer späteren Mutterschaft in den modernen Gesellschaften kann künftig zur Verstärkung der Belastung der Sandwich Generation führen, wenn man bedenkt, dass immer mehr Frauen ihre Kinder im mittleren Alter bekommen und gleichzeitig Eltern haben, bei denen das Risiko der Pflegebedürftigkeit größer wird. Eine Frage ist, ob diese Konstellation die familiäre Pflege verstärkt oder eher zur Suche nach alternativen Pflegeformen führen wird.

Nicht ohne Bedeutung ist die Tatsache, dass der Unterstützungsbedarf in der Regel plötzlich auftaucht und die betroffene Person von der Hilfe Dritter abhängig macht (vgl. Orzechowska 2001, S. 18) und die Dauer der Pflegebedürftigkeit schwierig einzuschätzen ist (vgl. Zielke-Nadkarni 2003, S. 71, Jerábek 2008, S. 141). Dies ist vor allem für diejenige berufstätige Pflegende ein brennendes Problem, die ihr Familienleben mit Verpflichtungen am Arbeitsplatz in Einklang bringen müssen.

### Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bei erwerbstätigen Angehörigen

Immer mehr Frauen sind außer Haus berufstätig<sup>32</sup> (vgl. Price 2006, S. 60-61; Schmidt 2001, S. 46) und immer öfter kommt es bei ihnen zum Gefühl, rund um die Uhr in Einsatzbereitschaft sein zu müssen. Dies bleibt nicht ohne Einfluss auf ihren Gesundheitszustand, ihr Wohlbefinden und last but not least auf die pflegebedürftige Person (s. auch *Trend zu ‚24/7‘-Gesellschaft*: Presser 2003, zit. nach Jurczyk 2010, S. 64). Eine Lösung dieses Vereinbarkeitsproblems ist das Delegieren an (bezahlte) Dritte und die Verbindung mehrerer Pflegeformen.

Dass die multifunktionale Rolle der berufstätigen Pflegenden immer mehr Personen betrifft, zeigen die Zahlen. Über 40 Prozent aller Pflegenden sind berufstätig (vgl. Lehr 2010, S. 10), darunter 19 Prozent in Vollzeit, 15 Prozent

<sup>31</sup> In der Situation befinden sich laut dieser Studie 8 Prozent der Frauen im Alter von 45-49 Jahre und 3 Prozent im Alter von 50-54 Jahre (vgl. Künemund 2006, S. 18).

<sup>32</sup> Allerdings zeigen einige Studien, dass auch die Männer immer häufiger familiäre und berufliche Pflichten miteinander in Einklang bringen müssen (vgl. Mature Market Institute 2003, S. 3).

unter 30 Stunden und 6 Prozent kürzer als 15 Stunden in der Woche (vgl. Franke und Reichert 2010). Es sind meistens verheiratete Frauen im Alter zwischen dem 40. und 55. Lebensjahre (vgl. Reichert 2010, S. 11), die als sog. *white-collar workers* arbeiten (vgl. Naegele und Reichert 1995, S. 78). Forschungen zur Vereinbarung von Pflege und Beruf ermittelten viele negative Folgen wie Stress (vgl. Masuy 2009, S. 746-747), labile interpersonelle Verhältnisse (vgl. Weiling und Geiping 2008, S. 4-5), gesundheitliche und finanzielle Probleme (vgl. Johnson und Lo Sasso 2000, S. 25-26), Freizeit- und Erholungsmangel (vgl. Mooney et al. 2002, S. 16), aber auch Gewissensbisse, „sich nicht genug in der Altenpflege zu engagieren“ (Sims-Gould et al. 2008, S. 124). Die gestressten Angehörigen arbeiten nicht effektiv genug, verspäten sich zur Arbeit, nehmen häufig Urlaub, spüren permanenten Druck und halten seltener Kontakte mit den ArbeitskollegInnen aufrecht (vgl. Reichert 2010, S. 12; Kaiser 2010, S. 22; Wagner 2006, S. 116; Kotowska und Wóycicka 2008, S. 129; Watson und Mears 1999, S. 171; Bernard und Phillips 2007, S. 148; Neal und Wagner 2001, S. 7-8; Phillips und Bernard 2002). Sie verzichten auf zusätzliche Schulungen in der Arbeit und auf berufliche Beförderung (vgl. Franke und Reichert 2010) und treten früher in den Ruhestand. Am Arbeitsplatz sprechen sie oft nicht über ihre Probleme, denn sie halten die Pflege der alten Eltern für ein Tabuthema und eine private Sache (vgl. Stockfish 2008, S. 15). Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es an ihrem Arbeitsplatz wenige Kollegen mit ähnlichen Erfahrungen gibt: „It is extremely difficult to balance work and caregiving because people, who do not know the daily complications of caring for an older relative cannot sympathize“ (Mature Market Institute 2003, S. 3).

Berufstätige pflegende Angehörige sprechen über das Bedürfnis, längeren unbezahlten Urlaub zu nehmen, um die anfallende Hausarbeit im eigenen Zuhause ausführen zu können (vgl. Mooney und Statham 2002, S. 33-35; Kotowska und Wóycicka 2008, S. 118). Sehr wichtig ist ihnen auch die Unterstützung seitens der ArbeitgeberInnen<sup>33</sup> und der ArbeitskollegInnen (vgl. Phillips und Bernard 2002; Naegele und Reichert 1995, S. 83). Sie äußern auch Bedarf an flexibleren Arbeitszeiten. Nicht in allen Betrieben bzw. Berufen besteht aber die Möglichkeit einer Teilzeitarbeit. Außerdem haben auf eine Pflegezeit nur diejenigen Berufstätigen Anspruch, die länger als sechs Monate in einem Betrieb arbeiten und es handelt sich dabei nur um Firmen, die mehr als 16 MitarbeiterInnen anstellen (vgl. Leitner und Vukoman 2014, S. 6). Auch ist anzumerken, dass Berufstätige, die pflegen, aber nicht zur nahen Verwandtschaft der pflege-

---

<sup>33</sup> In den USA bieten einige Firmen ihren Angestellten z.B. die Möglichkeit die Leistungen der sog. *geriatric manager* zu nutzen. Er organisiert die Pflege für ihre pflegebedürftige Eltern (vgl. Naegele 2011a).

bedürftigen Person gehören, z.B. NachbarInnen oder FreundInnen, keinen Rechtsanspruch auf die Pflegezeit haben (Ebd., S. 6).

Zusammenfassend ist zu betonen, dass trotz staatlicher Initiativen die familiäre Pflege zu fördern, die Zahl der Personen sinkt, die ihre pflegebedürftigen Angehörigen selbst versorgen und sich in der Zukunft dazu bereit erklären werden (vgl. Dienel 2007, S. 298; Landtag NRW 2005, S. 102). Dagegen steigt aber die *caregiving burden* (vgl. Szukalski 2004, S. 18). Der Trend bei der familiären Pflege geht konsequent in Richtung Organisation durch Angehörige, die künftig aufgrund eigener Lebensziele eher ManagerInnen und nicht Ausführende der Altenpflege werden<sup>34</sup> (vgl. Backes 1997, S. 351; Gröning 2007, S. 218; Grzebałkowska 2009, S. 12). Zu beobachten ist, dass auch diejenigen, die eine direkte Pflege ausüben, jetzt schon Unterstützung Dritter in Anspruch nehmen können und es auch tun. Wie diese aussieht und mit welchen Vorteilen und Nachteilen sie verbunden ist, wird im nächsten Kapitel genauer geschildert.

### 2.3 Unterstützung für pflegende Angehörige im Pflegemix-Konzept – ausgewählte Beispiele

Die Organisation zusätzlicher Hilfen für die Pflege eines Angehörigen ist zwar für die Familie nicht immer einfach, bietet aber Entlastung oder eine Möglichkeit, die Pflege mit der Berufstätigkeit und anderen Beschäftigungen zu vereinbaren. Nach der *Rational Choice Theorie* (Lindenberg 1977, zit. nach Drobníč et al. 2001, S. 369) ist die Entscheidung der einzelnen Akteure im Rahmen von Handlungsalternativen davon abhängig, welche Optionen sie für vorteilhaft und nützlich halten. Die Wahl der Personen, die den Hauptpflegenden helfen, ist dagegen von organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten sowie von sozialen Netzwerken und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen abhängig. In Deutschland wird je nach finanziellen Ressourcen die familiäre Pflege durch bezahlte Angebote unterstützt. 9 Prozent der Pflegenden stellen private, darunter auch nicht professionelle Pflegekräfte an, 8 Prozent ambulante Pflegedienste und 28 Prozent verbinden beide Alternativen (vgl. Reichert 2009, S. 24; Schneekloth 2006, S. 424).

---

<sup>34</sup> Diese Tendenz wird durch die *Empowerment Theorie* bestätigt. Menschen, denen ihre eigenen Bedürfnisse bewusst sind und die ihre Lebenslage verbessern möchten, suchen nach günstigen und vorteilhaften Mitteln, um diese Ziele zu erreichen (vgl. Herringer 2002, S. 11).

## Ambulante Dienste

Der Aufschwung professioneller Pflegedienste geschah nach der Einführung der Pflegeversicherung (vgl. Dräger et al. 2003, S. 345). Sie ermöglichte es, diese Dienste im Rahmen der von der Pflegeversicherung bezahlten Sachleistungen in Anspruch zu nehmen. Allerdings zeigt Lydia W. Li (2004, S. 161) in ihrer Studie, dass sich Pflegebedürftige erst dann für diese Leistungen entscheiden, wenn sie nicht mehr auf informelle Hilfe zählen können oder wenn sich der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person stark verschlechtert (vgl. Dräger et al. 2003, S. 344). Ambulante Dienste unterstützen pflegende Angehörige bei bestimmten Pflegeaufgaben, hauptsächlich bei der Grundpflege, Behandlungs- und Krankenpflege. Sie leisten auch komplementäre Hilfen, z.B. beim Einkaufen oder bei leichten handwerklichen Tätigkeiten (vgl. Häming-Rekers 2007, S. 30; Diabetiker Ratgeber 2006, S. 36). Einige Firmen bieten auch eine Notrufzentrale, Fahrdienste (vgl. Biermann 2006, S. 42), Tagespflege für fünf bis zehn Stunden durch private Personen oder sogar eine Rund-um-die-Uhr-Pflege an (vgl. Richter 2005b, S. 36).

Das Verhältnis zwischen der Familie und den Leistungserbringern kann problematisch sein. Einerseits können die Pflegebedürftigen gegenüber fremden Personen, die sie pflegen, negativ eingestellt sein. Andererseits sind die Möglichkeiten der Angehörigen begrenzt, wenn es um die Auswahl professioneller PflegerInnen geht, weil ein „vorheriges Prüfen der Qualität bestimmter Pflegeleistungen“ nicht möglich ist (Douma 2005, S. 39-40). Ein anderes Problem bilden die hohen Kosten der professionellen Leistungen, vor allem in der häuslichen 24-Stunden-Pflege (vgl. Dammert 2009, S. 49; Szczepińska 2006, S. 368), die bis zu 6000 Euro im Monat betragen können (vgl. Schmidt 2006, S. 15). Kritisiert wird auch die begrenzte Zeit für bestimmte pflegerische Tätigkeiten, weil dies „Oberflächlichkeit und eine mechanistische Behandlung“ fördern kann<sup>35</sup> (Da Roit 2007, S. 252; vgl. Rothgang und Kulik 2009, S. 101). Die Angehörigen fürchten sich last but not least vor negativen Reaktionen der Umgebung, häufiger Rotation der MitarbeiterInnen, wie auch vor dem Eindringen fremder Personen in ihr Privatleben (vgl. Dräger et al. 2003, S. 344).

Diese angespannte Lage in der professionellen Pflege hat ihre Ursache nicht zuletzt in den geringen Kapazitäten an verfügbaren examinierten Pflegekräften. Arbeit unter Zeitdruck, tariflich<sup>36</sup> und außertariflich nicht angemessene Bezah-

<sup>35</sup> Laut der Forschung von Ann Mooney und June Statham assoziieren Pflegebedürftige professionelle Pflege mit mechanischer Ausübung der Pflegetätigkeiten und emotionaler Distanz und lehnen sie ab: „(...) having access to facilities for the elderly is good, but if they will not use them it makes life difficult for the carer“ (Mooney et al. 2002, S. 37).

<sup>36</sup> Die tarifliche Eingruppierung kann angesichts der Belastungen der Arbeit auch problematisiert werden und betrifft viele Berufe im Sozialen Bereich (Drebes 2015).

lung und der Mangel an Anerkennung belasten die Professionellen und erschwert nicht nur eine solide und engagierte Erfüllung ihrer Aufgaben, sondern führt auch zur hohen Fluktuation (vgl. Naegele 2011). Da die professionellen ambulanten Dienste meist nicht alle Pflegeaufgaben abdecken und die Kosten für ihre Leistungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen oft beträchtlich sind, werden in das häusliche Pflegesetting auch informelle Pflegekräfte eingeführt.

### Unterstützung durch informelle oder freiwillige (Pflege-)Kräfte

Die Gruppe der informellen UnterstützerInnen stellt ein bedeutendes Glied in der häuslichen Pflege dar. Aufgrund der Belastung der pflegenden Angehörigen und steigender Kosten für professionelle Pflege differenzieren sich die Pflegearrangements immer mehr aus. Man versucht, Freunde, Bekannte, Nachbarn und Ehrenamtliche stärker in die Pflege einzubeziehen (vgl. Bubolz-Lutz und Kricheldorf 2006, S. 22). Ihre Rolle besteht in erster Linie darin, die Angehörigen bei Bedarf und/oder in Not- und Krisensituationen zu entlasten. Informelle HelferInnen sind auch durch ihre kleinen sozialen Netze imstande (vgl. Bäcker und Naegele 2010, S. 576 u. 584), den Pflegebedürftigen soziale Kontakte zu ermöglichen und emotionale Unterstützung zu leisten (vgl. Backes und Clemens 2008, S. 307-311; Priddat 2007, S. 371; Leve und Zimmer 2009, S. 10). Zu den Aufgaben dieser Gruppe gehört auch Hilfe bei haushalterischen Tätigkeiten wie Einkaufen und regelmäßige Überwachung der Pflegebedürftigen, wenn sie noch alleine im eigenen Haushalt leben.

Last but not least ergänzen sie mit ihrem Wissen, ihrer Erfahrung und Einsatzbereitschaft andere Pflegende (vgl. Yeandle und Wigfield 2002, S. 8; Schneekloth 2006, S. 408; Jung et al. 2007, S. 20) und versuchen somit, der pflegebedürftigen Person zu ermöglichen, relativ lange im eigenen häuslichen Umfeld zu bleiben. Gemeinsam mit den Professionellen gehören sie zu den „familienentlastenden Diensten“ (Bubolz-Lutz und Kricheldorf 2006, S. 29) und bilden in der Literatur eine konstruktive und attraktive Möglichkeit, den Pflegenotstand durch gesellschaftliche Solidarität und enge Zusammenarbeit zu mildern.

Als Motivation der informellen Pflegepersonen, den/die Pflegebedürftige zu unterstützen, wird u.a. Freude an pflegerischen Tätigkeiten und ein Gefühl der Selbstverwirklichung genannt. Ihre persönliche Beziehung zu den Pflegebedürftigen und ihr Mangel an beruflichen Qualifikationen kann allerdings Konflikte mit dem ambulanten Pflegedienst auslösen (Ebd., S. 32).

## 2.4 Kritische Bemerkungen zur Konstellation der Pflegeakteure und Verortung der Migrant Care Workers im Pflegemix-Modell

Nicht selten kommt es auch zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräften zu Interessenkonflikten und Kompetenzgerangel. Die Professionellen werfen z.B. den Ehrenamtlichen vor, *Jobkiller*, d.h. eine Gefährdung ihrer Stellen zu sein, bzw. sie kritisieren ihre „zu emotionale“ Haltung, die sich negativ auf die Pflege der älteren Person auswirken könnte. Dagegen beschweren sich informelle Pflegende über Kommunikationsschwierigkeiten und eine mechanische Behandlung seitens der AltenpflegerInnen (Ebd., S. 33-37). In der Literatur wird auch die Sorge formuliert, dass Ehrenamtliche die Rolle der Lückenbüßer einnehmen und einen Teil der Aufgaben von Professionellen übernehmen (Ebd., S. 34). Dies ist allerdings eine Befürchtung, mit der Freiwillige in der stationären Pflege häufiger konfrontiert werden. Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass pflegebedürftige Personen und professionelle wie nicht professionelle Pflegedienste im Idealfall eine sog. Zwischenebene, also *intermediate domain* schaffen, die ein integratives, die öffentliche und private Sphäre verbindendes und ergänzendes Handeln ermöglicht (vgl. Mahmood und Martin-Matthews 2008, S. 37). Jedoch überall dort, wo diese Konstellation nicht ausreichend entwickelt ist bzw. nicht eingesetzt werden kann, entsteht eine Lücke, die durch MigrantInnen aus Mittel- und Osteuropa, Asien bzw. Afrika gefüllt wird, sei es aus finanziellen Motiven, eingeschränkten Versorgungsangeboten vor Ort u.a., (vgl. Dienel 2007, S. 284-285). Aufgrund ihrer geographischen und kulturellen Nähe gehören Pflegekräfte aus Polen zu den am häufigsten nachgefragten Personen in dieser Branche, ohne bisher im Pflegemix-Konzept berücksichtigt zu werden. Ihre Integration in den Pflegemix ist aber wichtig, da sie quantitativ gesehen als Gruppe von Pflegenden nicht zu übersehen sind und qualitativ gesehen in keine der drei Hauptgruppen von Pflegekräften (Familie, Professionelle, Freiwillige) wirklich passen. Migrant Care Workers bilden somit eine eigene Gruppe von Pflegepersonen. In der Literatur wird der Eindruck erweckt, ihre Arbeit sei als Schwarzangestellte von „mangelnder Qualität, Transparenz und Versorgungssicherheit“ gekennzeichnet (Bubolz-Lutz und Kricheldorf 2006, S. 23). Bisher ist ungeklärt, ob diese Behauptung mit der Annahme zusammenhängt, die Pflegekräfte würden alle Pflegeaufgaben abdecken, auch solche, die nur den professionellen Pflegenden erlaubt sind. Eine andere Annahme ist, dass sie unter unklaren Bedingungen und Vereinbarungen, meist ohne Zertifikate und mit geringen Sprachkenntnissen arbeiten – ganz zu schweigen davon, dass sie selbst in einem solchen Arbeitsverhältnis nicht versichert sind – und daher die pflegebedürftigen Personen gefährden könnten. Ob diese Befürchtungen ihre Berechtigung haben, ist bislang nicht belegt; aber es ist fraglich, ob die oben

genannten arbeitsrechtlichen Mängel, die zweifelsohne in einigen Fällen gegeben sind, ursächlich für eine geringere Qualität der ausgeübten Pflege sind. Welchen Umfang hat ihre Pflege und was veranlasst sie zur Ausübung gerade dieser und nicht anderer Pflegeformen? Dies sind bisher nicht tiefer analysierte Fragen, die aber für die gerontologische Auseinandersetzung mit der Pflege und dem Wohlbefinden älterer Pflegebedürftiger von hoher Relevanz sind.

Um einen genaueren Einblick in die Lebenslage der Migrant Care Workers zu bekommen, ist die bisherige Forschung zu dieser Zielgruppe zu reflektieren. Die PflegemigrantInnen ziehen ein breites Interesse von WissenschaftlerInnen aus unterschiedlichen Ländern auf sich. Besonders die Migrations- und Genderforschung beschäftigt sich schon länger mit dieser Thematik. Die nächsten Kapitel dieser Arbeit sind der Analyse der bisherigen Forschungsergebnisse gewidmet. Besonders berücksichtigt werden polnische PendelmigrantInnen und die Rahmenbedingungen auf dem Pflegemarkt in Deutschland.

### **3. Migrant Care Workers – ein Überblick der internationalen Forschungsergebnisse**

Der Zugang zur häuslichen Pflege, in der ausländische, schwarz angestellte PflegerInnen arbeiten, ist für Externe nur schwer herzustellen. Allerdings sind SchwarzarbeiterInnen in der Pflege ein Phänomen, das in mehreren Ländern zu beobachten ist, und die Aufmerksamkeit der ForscherInnen, aber auch der Politik und Öffentlichkeit auf sich zieht. In der Wissenschaft wurde das Thema bisher aus der juristischen bzw. politischen Perspektive betrachtet sowie aus der Mikroperspektive der Angehörigen und der Migrant Care Workers. Im Fokus dieser Forschungen waren oft die Situation der Frauen und ihre (prekären) Arbeitsbedingungen sowie die Ursachen und Folgen der Migration. Weniger Aufmerksamkeit schenkte man dagegen dem Verhältnis PflegerIn – Pflegebedürftige sowie der ausgeübten Pflegearbeit.

In der Migrationsforschung wird das Phänomen der Anstellung von Migrant Care Workers in Privathaushalten wohlhabender Länder aus der ökonomischen Perspektive betrachtet und als Folge der globalen sozialen Ungleichheit gesehen und kontrovers diskutiert. Arlie Russell Hochschild (2003, zit. nach Mears 2009, S. 4) vergleicht den Wert der *quasi-familiären* Pflege, die durch MigrantInnen aus Entwicklungsländern geleistet wird, mit Gold und Elfenbein, die in diesen Gebieten, im 19. Jahrhundert abgebaut wurden: „The notion of extracting resources from the Third World is hardly new. It harks back to imperialism in its most literal form: the nineteenth century extraction of gold, ivory and rubber from the Third World. That openly male centred imperialism, which persists



today, is paralleled by a quieter imperialism in which women are far more central. Today, as love and care become the new gold, the female part of the story has grown in prominence (...) [as] women choose to migrate for domestic work". In dieser Aussage findet sich eine implizite Kritik an der Politik der hochentwickelten Länder. Aus Jane Mears Aussage geht hervor, dass die Ausbeutung der ärmeren Länder durch reichere und mächtigere Staaten einen indirekten Charakter annimmt. Es wird nicht mehr nur nach Bodenschätzen gesucht, sondern auch nach den menschlichen Ressourcen, die den Mangel an bestimmten, haushälterischen und pflegerischen Dienstleistungen in den westlichen Staaten lindern sollen. Die ökonomische Ungleichheit zwischen den Ländern<sup>37</sup> fördert heutzutage eine *symbolische Gewalt* (Bourdieu 2001), weil sich die Menschen aufgrund materieller Notwendigkeit und einer schwierigen Lage auf dem heimischen Arbeitsmarkt gezwungen fühlen, nach Verdienstquellen in immer weiter vom eigenen Haus entfernten Orten zu suchen, die nicht selten Landesgrenzen überschreiten.

Zofia Kawczyńska-Butrym (2009, S. 39) spricht von einer „Rückkehr der Dienstmädchen und Pflegerinnen im Exil Anfang des XX Jahrhunderts“. Sie macht damit auf die prekären Arbeitsbedingungen und Ausbeutung der Frauen im Privathaushalt bzw. in der häuslichen Pflege aufmerksam sowie auf die steigende Zahl der Angestellten in dieser Branche, vor allem in wohlhabenderen Milieus. Die Beschäftigung von Frauen in der Mittelschicht zur Pflege und Führung des Haushalts ist wieder ein Trend geworden und beruht heutzutage u.a. auf der zunehmenden Berufstätigkeit der Frauen und Mobilität der Mitglieder moderner westlicher Gesellschaften.

Allerdings gelten für die Anstellung von Migrant Care Workers bestimmte, oft informelle Kriterien. Beispielsweise hat die Staatsangehörigkeit der Pflegerinnen eine nicht geringe Bedeutung für die ArbeitgeberInnen. Frauen aus bestimmten Ländern werden bevorzugt angestellt, andere werden aufgrund nationaler Stereotypisierungen nicht berücksichtigt. Philippinerinnen hält man beispielsweise für gute Hausfrauen, kompetente und gesellige Personen. Lateinamerikanerinnen schätzt man als fürsorgliche und liebevolle Familienmenschen (vgl. Harzig 2006, S. 66), ähnlich werden Polinnen gesehen. Bei den osteuropäischen Frauen betont man auch ihre Tüchtigkeit, Sparsamkeit und Sauberkeit bei der Führung des Haushalts (vgl. Odierna 2000, S. 89). Diese Assoziationen geben den Angehörigen das Gefühl von Sicherheit, eine gute „Ersatzpflege“ für ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder zu organisieren, die der (idealisierten) Vorstellung der von ihnen gewünschten Pflege entsprechen.

<sup>37</sup> vgl. z.B. mit der Studie zu philippinische PflegerInnen in Hawaii: Browne und Braun 2009, S. 540.

## Zur Perspektive der pflegenden Angehörigen

Auf die Bedeutung der Migrant Care Workers für die Angehörigen deutet u.a. eine israelische Studie hin. Laut Esther Iecovich arbeiten viele Philippinerinnen, Bürgerinnen Indiens, Nepals, Sri Lankas, Osteuropas und Lateinamerikas in dieser Branche in Israel, die dort als billige und flexible Beschäftigte angesehen werden. Da sie den Umzug vieler pflegebedürftiger Israelis in Altenpflegeheime verhindern und pflegende Angehörige in der Arbeit vor allem psychisch entlasten, sind sie stark nachgefragt (vgl. Iecovich 2009, S. 82). Diese Studie hat auch eine enge Zusammenarbeit zwischen den ausländischen PflegerInnen und den Angehörigen festgestellt. Die Kinder der Pflegebedürftigen engagieren sich aktiv in der Pflege ihrer Eltern, z.B. durch Einkaufen oder Saubermachen der Wohnung und ersetzen die Migrant Care Workers, wenn diese einen freien Tag nehmen möchten (vgl. Iecovich 2010, S. 70). Dies bedeutet, sie übergeben die Verantwortung für die Pflege ihrer älteren Familienmitglieder nicht vollständig den Migrant Care Workers. Diese Haltung könnte mit dem historischen Hintergrund zusammenhängen und mit den Erfahrungen in der Diaspora. Die Israelis haben als BürgerInnen eines jungen Staates ihre Wurzeln in vielen europäischen und außereuropäischen Ländern. Für sie haben familiäre Bindungen trotz Modernisierung und Entwicklung des Landes immer noch einen sehr hohen Stellenwert. Die Studie aus Israel zeigt ein good-practice-Beispiel für eine gelungene Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und den Migrant Care Workers. In anderen Untersuchungen, die in den folgenden Unterkapiteln zusammengefasst werden, werden die ausländischen Pflegekräfte als Alternative bzw. Ersatz für Angehörige dargestellt. Ihr Schwerpunkt liegt auf ihrem rechtlichen Status sowie erlebten Belastungen.

## Zur Integration der Migrant Care Workers in das öffentliche Pflegesystem in Großbritannien und Österreich

Mehrere europäische Studien legen den Schwerpunkt bislang auf den rechtlichen Status der Migrant Care Workers und auf den Prozess der Regulierung und Integration in das Pflegesystem der jeweiligen Länder. In Großbritannien sind ca. 1/5 aller Pflegenden MigrantInnen (vgl. Gentleman 2009). Sie stammen aus Polen, Ungarn, der Slowakei (vgl. Doyle und Timonen 2009, S. 345), den Philippinen, Indien, Nigeria, Zimbabwe und aus Südafrika (vgl. Olad 2011) und arbeiten in privaten Haushalten sowie in Altenpflegeheimen. Um eine Stelle in einer stationären Einrichtung zu erhalten, müssen sie eine pflegerische Ausbildung, d.h. einen Professionalisierungsprozess durchlaufen. In der häuslichen

Pflege hat der Bewerbungsprozess einen eher informellen Charakter. Migrant Care Workers, die eine Stelle im Privathaushalt suchen, finden diese meist dank der sog. Mundpropaganda und informeller Netzwerke (vgl. Spencer et al. 2010, S. 30).

In Österreich ist die Anstellung der Migrantinnen in privaten Haushalten in den 1990er Jahren besonders populär geworden<sup>38</sup> (vgl. Österle und Bauer 2011, S. 66). Ein Grund dafür war das teure und begrenzte Angebot der professionellen Pflegedienste. Am Anfang stellte man die Migrant Care Workers meistens aus Tschechien, der Slowakei und Ungarn auf undokumentierter Basis ein, aber seit 2007 haben sie das Recht, legal beschäftigt zu werden, z.B. durch ein eigenes Kleingewerbe, Anstellung durch Angehörige oder Wohlfahrtsverbände (vgl. Theobald 2010, S. 9-10; Österle und Bauer 2011, S. 53). Zu den Pflichten der *HeimhelferInnen*<sup>39</sup> (Ebd., S. 55) gehören offiziell die Führung des Haushalts und Hilfe bei der Grundpflege. Sie arbeiten im Rotationssystem. Die Nähe zwischen Wohn- und Arbeitsort ist von großem Vorteil für die Fortführung ihrer Beschäftigung, weil die Pflegerinnen oft nach Hause fahren und somit den Konflikt zwischen familiären und beruflichen Pflichten (teilweise) lösen<sup>40</sup>. Diese Studie betont, dass es in Österreich durch Änderungen im Recht gelungen ist, einen deutlichen Anstieg der legal angestellten Pflegekräfte zu erreichen (Ebd., S. 67). Das bedeutet im Umkehrschluss, eine bessere Kontrolle der Arbeitsverhältnisse und sicherere Arbeitsbedingungen. Dass die „Schwarzanstellung“ in der Pflege zu Missbrauch und Ausbeutung führt, zeigen einige Studien u.a. aus Singapur, Irland und Polen, in denen die ausländischen Pflegerinnen direkt befragt wurden (vgl. Mehta 2009; Doyle und Timonen 2009; Kindler 2008; Lamura 2010).

### Zur Blaupause des westlichen Versorgungssystems auf ukrainische PflegemigrantInnen in Polen

Einige internationale Studien erforschten die Perspektive der Pflegerinnen, unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsbedingungen und Belastungen am Arbeitsplatz. Dazu zählt z.B. die Studie von Marta Kindler zur Beschäftigung von Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion in Haushalten in Polen. Laut Eurofamcare stellen ca. 0,5 Prozent der polnischen Familien eine ausländische Pflegekraft an (zit. nach Lamura et al. 2009), in der Regel aus der Ukraine. Sie ar-

<sup>38</sup> Ähnlich wie in Deutschland gehört die Pflege der Angehörigen traditionell zu den Aufgaben der Familie.

<sup>39</sup> Offizielle Bezeichnung der häuslichen Pflegekräfte in Österreich.

<sup>40</sup> vgl. dazu die Studie zur transnationalen Haushaltsorganisation ukrainischer Haushaltsarbeiterinnen/ Migrantinnen in Österreich: Haidinger 2013.

beiten schwarz (vgl. Surdej und Ślęzak 2009, S. 180), allerdings eher nicht in der Betreuung der Kinder, deren Eltern selbst in westeuropäischen Ländern arbeiten, wie Maria Rerrich behauptet (vgl. Rerrich 2002, S. 14). Sie werden meistens von PolInnen aus der Mittelschicht beschäftigt. Oft beherrschen sie die Grundlagen der polnischen Sprache und finden Arbeitsstellen in größeren Städten, wo sie ca. 10 Euro pro Tag verdienen (vgl. Błędowski und Pędich 2004, S. 17). Laut Marta Kindler (2008, S. 155-156) werden die Migrantinnen als Familienmitglieder bezeichnet, was wahrscheinlich den Verdacht auf illegale Arbeitsverhältnisse verwischen soll. Sie beschreibt Fälle von Missbrauch ukrainischer Pflegekräfte und Probleme bei der Auszahlung des Lohnes. Die Interviews mit den Frauen aus der Ukraine zeigen, dass viele von ihnen einem *migration myth* (Musiał 2002, S. 24) folgen und den Angehörigen zu Hause nur über positive Erfahrungen in der Arbeit erzählen.

### Migrant Care Workers als prekär Beschäftigte und ihre Belastungen am Arbeitsplatz

In weiteren Studien wird auf die Belastungen der Pflegerinnen hingewiesen. Als MigrantInnen erleben sie Schwierigkeiten in der Arbeit, die u.a. mit Sprachbarrieren, unbezahlten Überstunden (vgl. Gentleman 2009) und Stress durch den illegalen Anstellungscharakter verbunden sind (vgl. Spencer et al. 2010, S. 39).

In Singapur sind 25 Prozent aller Pflegenden Migrantinnen aus den Philippinen, Indonesien, Nepal und Sri Lanka. Zu ihren Pflichten gehören die Führung des Haushalts, Einkaufen und Körperpflege des/der Pflegebedürftigen (vgl. Mehta 2009a). Die beruflichen und persönlichen Grenzen werden insofern oft überschritten, als sie als Familienmitglieder behandelt werden (vgl. Mehta 2009b, S. 82). Ausländische Pflegerinnen beklagen sich über Kommunikationsprobleme mit den pflegebedürftigen Personen, über Heimweh und ihre ungeklärte Position als Angestellte und „Familienmitglied“. Auch hier kommt es laut Kalyani Mehta (2009a) zu Missbrauch und Ausbeutung am Arbeitsplatz.

In Irland befragte PflegemigrantInnen, die häufig sehr gut ausgebildet sind, erwähnten, dass sie aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit diskriminiert würden, ihre Freiheit eingeschränkt und ihr Engagement nicht anerkannt und oft unter dem Vorwand der *familiären Beziehungen* mit den Pflegebedürftigen ausgebeutet würden (vgl. Doyle und Timonen 2009, S. 343-346).

Die am Arbeitsplatz erlebten Belastungen bestätigen sich in mehreren Studien und stellen eine Herausforderung sowohl für Betroffene als auch für die Politik und Praxis dar.

## Migrant Care Workers aus der Mikro- und Makroperspektive in Italien

Einer der größten Studien zum Thema Migrant Care Workers (italienisch *badanti*) wurde in Italien veröffentlicht. Der Projektleiter Giovanni Lamura hat das Phänomen aus der Perspektive der Politik, der Angehörigen und der ausländischen Pflegekräfte untersucht. Diese Studie analysiert die Struktur, die Effektivität und die Schwächen des italienischen Pflegesystems. Sie hat auch die Motive der Anstellung von Migrant Care Workers und ihre Arbeits- und Lebensbedingungen untersucht und damit bisherige Forschungsprojekte zu diesem Thema ergänzt (vgl. Hillmann 1997; Elrick und Lewandowska 2008; Kawczyńska-Butrym 2008).

Laut der Studie von Felicitas Hillmann (1997, S. 30) entwickelte sich das Phänomen in Italien seit den 1990er Jahren. Damals wurde die katholische Kirche zur Vermittlungsinstanz der Beschäftigung für MigrantInnen (vgl. Bettio et al. 2006, S. 276). Die große Nachfrage hängt damit zusammen, dass die Verantwortung für die Pflege zwar bei den Kindern der pflegebedürftigen Personen liegt, diese aber aufgrund der steigenden Berufstätigkeit von Frauen aus der Mittelschicht und der hohen Kosten der professionellen Pflegeleistungen, sich immer öfter nicht für die *direkte* Übernahme, sondern für die Organisation der Pflege entscheiden (vgl. Da Roit 2007, S. 258). Die ArbeitgeberInnen erwarten von den Migrant Care Workers vor allem sog. *soft skills*, d.h. Ehrlichkeit, zeitliche Verfügbarkeit, Geduld, Respekt, Hingabe und nicht unbedingt eine pflegerische Ausbildung bzw. Sprachkompetenzen (vgl. Bettio und Simonazzi 2006, S. 282).

Dieser Pullfaktor war für die Entstehung eines bedeutenden Pflegemigrationsstromes verantwortlich. Vor allem Frauen im Alter zwischen dem 26. und 45. Lebensjahr suchen Arbeit im Pflegesektor. Diese Frauen stammen vor allem aus Polen, der Ukraine, Rumänien, Russland, den Philippinen und Lateinamerika (vgl. Bettio und Solinas 2009, S. 15-16). Viele von ihnen haben eine Schulbildung der mittleren Reife und 12 Prozent einen Hochschulabschluss (vgl. Lamura et al. 2009). Über 60 Prozent arbeiten illegal. Oft werden die Stellenangebote durch private Kontaktpersonen, nicht selten durch ehemalige Migrant Care Workers vermittelt, die für ihre Leistungen eine Provision von bis zu 350 Euro verlangen. Dafür bieten sie den Migrantinnen Unterstützung, Beratung und Schutz im Falle von Problemen in der Arbeit (vgl. Elrick und Lewandowska<sup>41</sup> 2008, S. 723-729).

<sup>41</sup> Tim Elrick und Emilia Lewandowska (2008, S. 723-729) haben zur häuslichen Pflege durch polnische MigrantInnen in Italien und Deutschland geforscht. Den Fokus ihrer Forschung legen sie aber auf Kontaktpersonen, sog. *Migration Agents*, die bei der Suche und Organisation der Arbeit helfen.

Die Migrantinnen leisten die 24-Stunden-Pflege im Rotationssystem und leben im Haus der Pflegebedürftigen (*live in*). Sie verdienen zwischen 800 und 900 Euro, die meistens für größere Sanierungskosten im eigenen Haus oder für die Bildung ihrer Kinder ausgegeben werden (vgl. Da Roit 2007, S. 258; Bettio und Solinas 2009, S. 16-17). Für einen Teil der Befragten handelt es sich dabei nur um eine vorübergehende Beschäftigung<sup>42</sup> (vgl. Lamura 2010). Für die Anderen bedeutet die Arbeit in der häuslichen Pflege in Italien eine Chance zum Verlassen des bisherigen, aus beruflicher Sicht unattraktiven Wohnorts und für den Anfang einer Karriere im Ausland. Es gibt Pflegerinnen, die in ihrer Freizeit Nebenjobs annehmen, z.B. Putzstellen. Ältere Frauen mit geringen Sprachkenntnissen verbringen ihre freie Zeit im Hause des Pflegebedürftigen oder in der Kirche (vgl. Kawczyńska-Butrym 2008, S. 63-67). Lamuras Studie weist auch auf Belastungen am Arbeitsplatz hin, wie Kommunikationsprobleme, Mangel an Respekt seitens der ArbeitgeberInnen, Verweigerung der Lohnauszahlung, zu viele Aufgaben, Angstzustände, Burnout, Freizeitmangel und soziale Isolation (vgl. Lamura et al. 2009). Zofia Kawczyńska-Butrym (2008, S. 69)<sup>43</sup> geht in ihrer Studie zu polnischen Pflegerinnen in Italien konkret auf Probleme am Arbeitsplatz ein. Selten treten bei den befragten PflegerInnen Alkoholabhängigkeit oder ein anderes Suchtverhalten auf. Die Beschäftigung von Migrant Care Workers in Italien ist nicht nur für die Familien günstig, sie soll auch dem Staat durch Senkung der Kosten in der Langzeitpflege Ersparnisse bis zu 6 Milliarden Euro gebracht haben (vgl. Di Santo und Ceruzzi 2010, S. 27). In der englischen Version von Giovanni Lamuras Forschung fehlt eine biographische Analyse der Lebenslagen ausländischer Pflegekräfte, was den Vergleich mit anderen Studien zu dem Phänomen erschwert.

Die internationale Forschung konzentriert sich auf Schätzungen zum Umfang der Beschäftigung von Migrant Care Workers und auf ihre rechtliche Lage im jeweiligen Land. Es werden Strategien der Arbeitssuche, die Kontaktnetze und Verhältnisse zwischen den ausländischen PflegerInnen und der Familie der Pflegebedürftigen dargestellt und auf die von den Pflegerinnen erlebten Belastungen hingewiesen. Diese Studien kennzeichnen diverse Schwerpunkte und Fragestellung und unterschiedliche Untersuchungsmethoden. Sie deuten aber alle auf die immer größere Relevanz der Nachfrage nach einer 24-Stunden-Pflege und zeigen Trends, die für das Phänomen typisch sind, wie z.B. der unklare Status der angestellten Pflegerinnen im Privathaushalt, die Rahmenbedingung der Arbeit in der häuslichen Pflege etc. Zum Thema Migrant Care Work-

<sup>42</sup> vgl. mit der Studie zum Migrationsdauer/Migrationsbedeutung für ausländischen PflegerInnen in Australien: Howe 2009, 544.

<sup>43</sup> In dem Artikel fehlt eine methodische Beschreibung der Forschung, deswegen ist nicht klar, ob die Studie einen quantitativen bzw. qualitativen Charakter hatte.

ers in Deutschland wurden bisher einige qualitative Studien veröffentlicht (vgl. Metz-Göckel et al. 2010; Karakayali 2010; Lutz 2008). Es sind Pionierstudien, die aus der Gender- und Migrationsperspektive analysiert. In diesen Studien sehr präsent ist die Gruppe der polnischen PendelmigrantInnen. Da der Fokus dieser Arbeit ebenfalls auf polnische Pflegekräfte gerichtet ist, werden im nächsten Teil die Entstehung und Entwicklung der deutsch-polnischen Migration sowie die Arbeitssituation der polnischen MigrantInnen in Deutschland mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beschäftigung in der häuslichen Pflege sowie wichtige theoretische Migrationsansätze dargestellt. Ein Überblick über die Migrationstheorie und die Geschichte der polnisch-deutschen Wanderungsbewegung ist notwendig, um die Entwicklung der Migrationsströme aus Polen in die häusliche Pflege nach Deutschland nachvollziehen zu können und eine Grundlage für die Interpretation und nachfolgende Diskussion der Ergebnisse zu schaffen.

#### **4. Zur Geschichte polnischer Pflegekräften in Privathaushalten in Deutschland**

##### **4.1 Modelle und Konzepte der Arbeitsmigration**

Schon Cicero meinte, dass „niemand seinen Willen zum Trotz in einem Staat bleiben soll“<sup>44</sup> (zit. nach Jurczak 2009, S. 107). Dem Migrationsforscher Ludger Pries zufolge leben die Menschen in einer globalisierten Welt, die die Entstehung komplexer, transnationaler Kontaktnetze impliziert und einen neuen Sozialisationstypus schafft: „National, global, supranational and transnational coming together of people and durable networks of economic, cultural, political and social practices, symbols and artefacts are not *replacing* each other but are *differentiated* and *complementary* means of socialisation“ (Pries 2005, S. 99). Dies bedeutet, dass die moderne Migration nicht nur als eine globale, politische Dimension betrachtet werden muss, sondern auch als ein Prozess, der Einfluss auf die Lebenslage einzelner Akteure hat, die mehr oder weniger direkt an der Migration beteiligt bzw. von der Migration betroffen sind. Dieser Prozess hinterlässt Spuren in der Gesellschaft des Aufnahme- wie des Entsendungslandes.

In der Migrationsforschung hat das kolonial-humanitäre Modell (vgl. Kaczmarczyk und Okólski 2008, S. 15) eine besondere Bedeutung und wird u.a. durch den deutschen Staat repräsentiert. Demnach fühlen sich einige Länder aufgrund historischer Ereignisse dazu verpflichtet, auf ihrem Territorium

---

<sup>44</sup> „nikt wbrew swej woli nie powinien pozostawać w państwie“.

BürgerInnen aufzunehmen, die in ihren Ländern verfolgt werden. Hans-Joachim Hoffmann-Nowotny zufolge entscheiden sich Menschen für die Migration, um Mitglieder in einer Aufstiegschancen bietenden Umgebung zu werden (zit. nach Becker 2010, S. 31). Eine nicht ausreichend vorbereitete Migrationspolitik<sup>45</sup> kann allerdings diesen Prozess negativ beeinflussen und Folgen implizieren, z.B. die Entwicklung eines illegalen Beschäftigungssektors oder die Entstehung ethnischer und nationaler Ghettos innerhalb des Einwanderungslandes (vgl. Bade 2007, S. 16-17; Pallaske 2001, S. 127).

Ökonomische Faktoren stärken diese Tendenz. Die Theorie des dualen Arbeitsmarktes erklärt, dass die Wanderungen nicht entstehen würden, wenn es keine Einkommensunterschiede zwischen bestimmten Ländern gäbe. Ein zusätzlicher Faktor ist auch der Bedarf an billigen und unqualifizierten Arbeitskräften<sup>46</sup> (vgl. Sengenberger 1987, S. 221-229; Kępińska 2005, S. 310; Pries 2001, S. 22-23). Die potenziellen MigrantInnen, die in ihren Heimatländern unter schwierigen Bedingungen leben, werden durch den sog. *Westmythos* (Musiał 2002, S. 24) motiviert, also durch die Aussicht auf Wohlstand und Erfolg, die man im Aufnahmeland vermeintlich erreichen kann<sup>47</sup>. Dies veranlasst sie zur Flucht/Auswanderung vor ökonomischer und sozialer Diskriminierung<sup>48</sup> und wird sowohl durch diejenigen MigrantInnen, die ausgewandert sind und eine gelungene Integrationsgeschichte im Ausland vorzuweisen haben, als auch durch die Medien verstärkt (vgl. Hirsfeld und Kaczmarczyk 2000, S. 16). Diese Theorie ist in Bezug auf die Pendelmigration plausibel. Das Pendeln fordert zwar ein ständiges Grenzenüberschreiten, ermöglicht aber ein *doppeltes Leben* – in der Arbeit im Ausland und im engsten Familienkreis im Herkunftsland (vgl. Koch und Metz-Göckel 2004, S. 125). Oft beschränkt diese Migrationsform jedoch den MigrantInnen den Zugang zu einigen Sektoren des Arbeitsmarktes im Aufnahmeland, vor allem zum primären Arbeitsmarkt, da dieser

<sup>45</sup> s. dazu Klaus Bades (2007, S. 16-17) *Einwanderungssituation ohne Einwanderungsland*.

<sup>46</sup> Der deutsche Arbeitsmarkt ist charakterisiert durch eine Aufspaltung und Segmentierung, was einen eingeschränkten Zugang bestimmter Arbeitskräfte zu den angebotenen Arbeitsplätzen einschließt. Die Segmentierung hat zur Folge, dass vorwiegend Personen mit bestimmten Merkmalen, z.B. Frauen, Migranten etc. in bestimmten Branchen beschäftigt werden. WirtschaftswissenschaftlerInnen deuten auf eine größer werdende Abhängigkeit einiger Arbeitsmarktsektoren von MigrantInnen hin (vgl. Kaczmarczyk 2005, S. 162-173).

<sup>47</sup> Wenn der/die MigrantIn im Ausland das beabsichtigte Ziel nicht erreicht, eigene Lebensaspirationen nicht erfüllt, erlebt er/sie ein sog. *Anerkennungsdrama* (Taylor 1995, zit. nach Praszalowicz 2007a, S. 28-29).

<sup>48</sup> Christophe Guilmo und Frédéric Sandron formulierten die Annahme, dass die Arbeitsmigration gleichermaßen sowohl dem materiellen Gewinn als auch den Investitionen im Privathaushalt der MigrantInnen dient. Das verdiente Geld soll zusätzlich zur Ausbildung der jüngeren Generation beitragen, deren VertreterInnen in Zukunft die Hilfe- und Pflegepflicht der älteren Familienmitglieder übernehmen, die jetzt im Ausland arbeiten (zit. nach Górný und Kaczmarczyk 2003, S. 72).



gesetzlich reguliert wird und bestimmte berufliche Qualifikationen voraussetzt (vgl. Metz-Göckel und Münt 2007, S. 75).

Dem Konzept des *transnational social space* zufolge entstehen zwischen dem Versand- und Empfangsland *Verbindungsnetze* und ein *soziales Kapital*<sup>49</sup>, die ihrerseits eine Antriebskraft für die Migration sind (Faist 2000, zit. nach Górny und Kaczmarczyk 2003, S. 66-67). MigrantInnen, die über persönliche Netzwerke verfügen und auf Bekannte und im Ausland lebende Familienmitglieder zählen können, sind eher zur Ausfahrt motiviert, weil solche Situationen mit einem niedrigeren Risiko für sie verbunden sind (vgl. Meyer 2001, S. 93; Knothe 2005, S. 183). Thomas Hylland Eriksen spricht in diesem Kontext auch über *ethnische Organisationen*. Gemeint sind formelle Gruppen, deren Mitglieder ähnliche bzw. gleiche Interessen verbinden (Münt 2007, S. 161), und deren Ziel es ist, sich zur Seite zu stehen, gemeinsame Hilfe, Informationen- bzw. Leistungen und ein Vertrauensgefühl anzubieten (vgl. Elrick und Lewandowska 2008, S. 722). Zu den Kontaktnetzen zählen häufig die Kirchengemeinden und kulturelle wie religiöse Organisationen, die mit den MigrantInnen einen sozialen Kontext für Kommunikation und Austausch schaffen. Eine starke Vernetzung mit Akteuren, die radikale Einstellungen und nationalistische Werte vertreten, kann allerdings zu Schwierigkeiten für die Integration im neuen Lebensumfeld führen (vgl. Weiss und Thränhardt 2005, S. 11-12).

Das Konzept des Vaterlands in Miniaturform (Rożnowski und Bryk 2008, S. 54) bezieht sich darauf, dass die MigrantInnen ihre Traditionen und Sitten am neuen Wohnort beibehalten bzw. einführen und *institutionelle Vollständigkeit*, d.h. Institutionen und eine Infrastruktur herstellen, die ein stabiles Funktionieren außerhalb der Heimat ermöglichen<sup>50</sup> (Breton 1964 zit. nach Praszałowicz 2002, S. 36; vgl. Sadowski 1999, S. 16-17). Dieser Prozess wird unabhängig davon realisiert, ob die Auswanderung den Charakter einer Pendelmigration, Kettenmigration oder einer Migration, die mit einer beruflichen Karriere verbunden ist, annimmt (vgl. Praszałowicz 2002, S. 17); sie beeinflusst allerdings sowohl die Motivation als auch die Temporarität der Migration.

Auf diese Art und Weise bilden sich sog. *Migrationsströme* und *Migrationsketten*, die MigrantInnen miteinander zusammenschweißen, die im Aufnahmeland erworbene Erfahrungen sammeln und die Heimat mit dem Ausland verbinden (vgl. Koch und Metz-Göckel 2004, S. 129-130). In diesem Kontext

<sup>49</sup> Laut Pierre Bourdieu (1983, S. 191) ist das soziale Kapital „die Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind“.

<sup>50</sup> Daniel R. Williams et al. (1992) weisen darauf im *Konzept der Bindung an den Wohnort* (zit. nach Rożnowski und Bryk 2008, S. 49) hin, das erklärt, dass abhängig vom subjektiven Bild der bisherigen Lebensumgebung ihr Verlassen mehr oder weniger problematisch für den/die potenziellen/potenzielle Migranten/Migrantin sein kann.

ist auch von *global care chains*<sup>51</sup> und *care drain* die Rede (vgl. Lutz 2007, S. 216-217; Lutz 2008a, S. 67; Fudge 2010; Haidinger 2013, S. 64).

Migration als Prozess führt zur Entstehung einer *Bi- bzw. Multi-Identität*<sup>52</sup> (Ebd., S. 72-73), die ein konfliktfreies Funktionieren in unterschiedlichen Umgebungen ermöglicht<sup>53</sup>. Elżbieta Budakowska geht gegenwärtig eher von *hybriden*, sich überlagernden Identitäten aus, die es erlauben, sich mehreren kulturellen Räumen zugehörig zu fühlen aus: „Sprachen, Bilder, verschiedene Sinne, Wirrwar an Geräuschen führen dazu, dass sich das Individuum im Netz der verschiedenen kulturellen Welten bewegt und mit der Spannung umgehen muss, die zwischen seinem individuellen Erbe und dem quasi gemeinsamen kulturellen Raum entsteht“<sup>54</sup> (Budakowska 2005, S. 51-53; vgl. Foroutan und Schäfer 2009; Becker 2010, S. 37-44). Hybride Identitäten entstehen dann, wenn sich die bestimmte Person gleichzeitig mit mindestens zwei oder mehreren Kulturen bzw. Nationen identifiziert (vgl. Fürstenau und Niedrig 2007, S. 259; Kniejska 2012, S. 46-48). Das Phänomen *des modernen Nomadismus* hat sich in den letzten Jahren verstärkt. Es bedeutet jedoch nicht nur den ständigen Wechsel des Wohnortes, sondern auch den Mangel an einem festen Arbeitsort bzw. einer ununterbrochenen Arbeitsstelle (vgl. Budakowska 2007, S. 34-35). Moderner Nomadismus kann als permanente Suche nach einer geeigneten Beschäftigung verstanden werden, die sicher und planbar ist, und in der man nicht mehr schnell durch andere ersetzt werden kann.

Aus ökonomischer Sicht erfasst man MigrantInnen, die in privaten Haushalten beschäftigt sind, mit dem Begriff *Arbeitsnomaden* oder mit einem neutralisierten Terminus Arbeitskräfte. Den zweiten Begriff kritisiert Carole Pateman (1988, zit. nach Anderson 2006, S. 137-142) in ihrer *Theorie der politischen Fiktion*. Sie behauptet, *Arbeitskräfte* würden schon aufgrund dieser Art der Bezeichnung als enthumanisierte LeistungserbringerInnen für private KundInnen gesehen. Eine solche Wahrnehmung der Beschäftigten hindere die ArbeitgeberInnen daran, das Arbeitsverhältnis zu regulieren und die persönliche Situa-

<sup>51</sup> Der Begriff definiert MigrantInnen, vor allem Frauen, die zur Arbeit als Au-pair bzw. Altenpflegerin fahren und gleichzeitig Hilfe seitens ihrer Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten zur Betreuung ihrer eigenen Kinder organisieren.

<sup>52</sup> In der Literatur findet man auch die Bezeichnung *Wiedergeburt* (Rogler 1994, zit. nach Roźnowski und Bryk 2008, S. 53).

<sup>53</sup> Diese These wird von einigen ForscherInnen kritisiert. Izabella Bukraba-Rylska behauptet, dass der Migrationsprozess keinen Einfluss auf die Haltung jener Migranten hat, die eine reife Persönlichkeit zeigen und von bestimmten Ideologien- bzw. Wertsystemen stark überzeugt sind. Dies sei Analyse ihren kritischen Äußerungen zum Aufnahmeland und im Lob ihres Herkunftslandes zu sehen (Bukraba-Rylska 2010, S. 287-288).

<sup>54</sup> „Języki, obrazy, znaki, różnorakie sensory, wymieszane dźwięki, sprawiają, że jednostka porusza się w sieci wielorakości światów kulturowych i musi poradzić sobie z napięciem, jakie powstaje pomiędzy jej jednostkowym dziedzictwem a potencjalnie wspólną przestrzenią kulturową.“

tion der ArbeitnehmerInnen, in diesem Fall der Pflegerinnen, zu berücksichtigen. Auch wird die Problematik der Arbeit von MigrantInnen in der häuslichen Pflege, die mit dem emotionalen Kapital, d.h. Anteilnahme, Fürsorglichkeit, Wärme etc. verbunden ist, damit übergangen (Finch und Groves 1983, zit. nach Gerhard 2010, S. 144). Dieses Kapital setzt bestimmte soft skills voraus, die nicht einfach zu standardisieren bzw. in Geld umzurechnen sind, die aber für die ArbeitgeberInnen insofern wichtig sind, als sie andere Mängel, wie geringe Sprachkenntnisse kompensieren können.

Die dargestellten Migrationskonzepte zeigen die für die Arbeitsmigration typischen Merkmale im Leben der Individuen und stellen mögliche Erklärungen für die massive Entwicklung dieses Phänomens vor. Der Versuch, das Leben der PendelmigrantInnen nach quantitativen wie qualitativen Kriterien zu analysieren bzw. zu klassifizieren, stellt allerdings eine besondere Herausforderung dar, weil sich diese MigrantInnen „in einer Art Zwischenraum befinden“ (Turner 1969, zit. nach Kałwa 2007a, S. 168). Da die Pendelmigration einen dynamischen Charakter hat, ist es schwierig, diesen Prozess genau zu verfolgen und quantitativ zu erfassen (Ebd., S. 168).

#### 4.2 Zur Migrationsstatistik in Polen mit dem Schwerpunkt „Schwarzarbeit“ in der häuslichen Pflege

Das Jahr 2006 wurde als *Jahr der Mobilität der Beschäftigten* ausgerufen (vgl. Budakowska 2007, S. 41). Seit dem Eintritt Polens in die EU sind laut Schätzungen von Adam Kurzynowski (2006, S. 199; vgl. Rüsselsheimer Echo 2011) 1 bis 2 Mio. PolInnen auf der Suche nach einer Arbeit ausgewandert. Diese Migrationen hatten meistens einen temporären Charakter (vgl. Fihel et al. 2007, S. 79; Wallace 2002, S. 604).

Ein relativ großer Prozentsatz im Ausland lebender PolInnen ist einer der Hauptfaktoren, der weitere Erwerbsmigrationen stark beeinflusst (vgl. Oczki 2005, S. 65). 36 Prozent der PolInnen sind der Meinung, Deutschland sei das attraktivste Land, wo man eine temporäre Beschäftigung finden kann (vgl. Wallace 2002, S. 605; Haug 2005, S. 200). Die Erwerbsmigration findet immer noch oft in der Schattenzone statt. Die Zahlen variieren zwischen 500 000 und 1,5 Mio. für Personen aus Mittel- und Osteuropa, die schwarzarbeiten (vgl. Düvel 2006, S. 77; Meyer 2007, S. 38), darunter ca. 0,5 Mio. Polinnen und Polen (vgl. Nowicka 2011, S. 23). Frauen entscheiden sich häufiger für die undokumentierte Beschäftigung im Ausland, was erklären kann, warum ihr Anteil an der Erwerbsmigration in den offiziellen Statistiken relativ gering ist (vgl. Kontos und Shinozaki 2010, S. 90; Jończy 2002, S. 211).

Deutsche WissenschaftlerInnen schätzen, dass in ca. 3 Mio. deutschen Haushalten Reinigungskräfte bzw. Migrant Care Workers aus dem Ausland arbeiten, gleichzeitig aber nur für 40 000 dieser Personen eine Sozialversicherung bezahlt wird (vgl. Lutz 2008b, S. 44).

Bridget Anderson (2006, S. 104) behauptet auf der Basis von Interviews mit MigrantInnen in Berlin, dass die undokumentierte Beschäftigung von MigrantInnen in der Pflege einen marginalen Charakter habe. Obwohl die exakte Anzahl dieser MigrantInnen nicht bekannt ist, ist anzunehmen, dass ihre Zahl doch beträchtlich ist. Die Ursachen dafür liegen u.a. in der der Migrationstradition von Polen nach Deutschland und in den wirtschaftlichen bzw. arbeitsmarktbedingten Unterschieden zwischen beiden Ländern.

#### 4.3 Soziohistorischer Kontext der Arbeitsmigration nach Deutschland

Die Erwerbsmigration von Polen nach Deutschland hat eine langjährige Tradition. Schon in der Zeit des deutschen Kaiserreiches stellte man LandarbeiterInnen aus Polen an (vgl. Cyrus 2001, S. 193). Im 19. Jahrhundert wanderten viele polnische ArbeitsmigrantInnen ins Ruhrgebiet ein, um in der Schwerindustrie zu arbeiten (vgl. Stefanski 1984, S. 200; Trzcielińska-Polus 1997, S. 16). Aus dieser Zeit stammt der heute noch benutzte Begriff *Sachsengängerei*<sup>55</sup> (vgl. Glorius 2010, S. 110) für die Migration von Polen nach Deutschland. Eine leidvolle Periode der deutsch-polnischen Migrationen bilden die Zwangsumsiedlungen während und nach dem II. Weltkrieg (vgl. Stola 2007, S. 28-30). Einen großen Einfluss auf die Entstehung der starken Migrationsströme in die häusliche Pflege nach Deutschland hatten die neusten Auswanderungen der Nachkriegszeit. Besonders stark waren sie aus dem Oppelner Gebiet. Krystian Heffner und Brygida Solga teilen die Migration aus dem Oppelner Schlesien in folgende Stadien: Nachkriegsmigration, Auswanderung vor 1989 und die verstärkte Migration nach 1989 (vgl. Solga 2002, S. 62-70). Die Reisen in die BRD in der Nachkriegszeit wurden durch die ökonomische Situation in Polen, den Arbeitskräftemangel auf dem deutschen Arbeitsmarkt, (vgl. Fihel et al. 2007, S. 57-58), die schon erwähnte Aussiedleraktion und das sog. Zusammenführen der Familien intensiviert (vgl. Solga 2000, S. 83). Dies hat zum sog. Exodus der Schlesier geführt, d.h. mehr als 700 000 SchlesierInnen, die als Deutsche anerkannt wurden, haben Polen in den Jahren 1945-1947 verlassen (vgl. Heffner 2012, S. 13; Solga 2002, S. 62-65). In den 1950er und 1960er Jahren wollte die kommunistische Regierung die Massenmigration der PolInnen einschränken, dennoch sind damals mehr als 83 000 Personen ins Ausland gegangen (Ebd., S. 65-66). In den

---

<sup>55</sup> vom Polnischen: *jechać na Saksy*.

1970er Jahren hat Westdeutschland im Rahmen „der freundlichen Politik“ (Anderson 2006, S. 106-107) einen bilateralen Arbeitsvertrag mit den Staaten in Mittel- und Osteuropa unterschrieben und in den 1980er Jahren viele Geflohene aus der Volksrepublik Polen<sup>56</sup> aufgenommen, die ihr Land aufgrund der spürbaren Wirtschaftskrise und dank einer kurzfristig liberalisierten Migrationspolitik<sup>57</sup> verlassen konnten (vgl. Neutsch et al. 1999, S. 111).

Nach der Transformation und der Einführung *des Rechtes auf einen Pass für jeden* sind aus Schlesien dauerhaft bzw. aufgrund einer Erwerbsmöglichkeit in Deutschland 77 000 Personen ausgewandert (vgl. Heffner und Solga 1999, S. 21-23). Attraktive rechtliche Regelungen, unterschiedliche Einkommen und der Bedarf an Arbeitskräften im Niedriglohnsektor, z.B. in der Bauindustrie, im Gesundheitswesen, im Handel und der Hotellerie (vgl. Grabowska-Lusińska 2009, S. 155) sowie in der Landwirtschaft (vgl. Neutsch et al. 1999, S. 112; Glorius 2010, S. 110), haben das Ausmaß der deutsch-polnischen Migrationen deutlich erhöht (vgl. Morokvasic 1994, S. 172; Borkert et al. 2006).

Es trifft nicht zu, dass mehr Männer als Frauen migrieren. Eher gilt die umgekehrte Tendenz, d.h. die *Feminisierung der Migration* (vgl. Kawczyńska-Butrym 2009, S. 42) wird immer sichtbarer. Zu betonen ist jedoch, dass die Frauen vor allem in Länder gehen, die nah an der Landesgrenze liegen und häufiger eine Stelle in der Grauzone suchen (vgl. Prodolliet 1999, S. 26). Ihre bevorzugte Migrationsform ist die zyklische, die eine Strategie darstellt, trotz der Beschäftigung im Ausland wenigstens temporär zu Hause sein zu können (vgl. Pallaske 2002, S. 38; Solga 2000, S. 85; Cyrus 1995, S. 27). Auch diese feminine Migrationsbewegung entwickelt sich schon lange und betrifft bestimmte Gruppen von qualifizierten Frauen.

Małgorzata Irek (1998, S. 63) ordnet die moderne Arbeitsmigration der Polen nach Deutschland chronologisch in drei Perioden ein:

1. Vor der Öffnung der Grenzen war es vor allem für polnische Lehrerinnen und Beamtinnen mit guten Deutschkenntnissen möglich auszugewandern;
2. Die Periode nach der Einführung der Marktwirtschaft in Polen im Jahr 1990, als vor allem ältere, oft arbeitslose Frauen mit schlechten Deutschkenntnissen migrierten; und die
3. Periode nach 1995, als Polinnen, um ihre Wohnung und Bildung zu bezahlen und die deutsche Sprache zu lernen, anfangen als Reinigungs- und Pflegekräfte in Deutschland zu arbeiten. Diese letzte Migration wurde oft als *Überlebensmigration* und *Migration des materiellen und sozialen Aufstiegs* bezeichnet.

---

<sup>56</sup> pl. Polska Republika Ludowa.

<sup>57</sup> Die kommunistische Regierung hat vor allem die Auswanderung ihrer politischen GegnerInnen, also der Oppositionellen begrüßt und aktiv unterstützt.

net (vgl. Hirszfeld und Kaczmarczyk 2000, S. 14). Mit dem Begriff *Überleben* wird darauf hingewiesen, dass die Transformation also die *neue Realität* für die PolInnen ein *Schock des Neuen* und ein dramatisches Erlebnis war. Im kommunistischen System gab es offiziell keine Arbeitslosigkeit; jede/r BürgerIn hatte eine oft von oben beauftragte Beschäftigung und die Lebensmittel wurden nach dem Prinzip der Waren-Rationierung offiziell an alle gerecht verteilt. Die Verlagerung der Verantwortung für die Organisation des Lebens vom Staat auf das Individuum hat viele Menschen sowohl in eine ökonomisch schwierige Lage versetzt, als auch die Motivation zur Erwerbsmigration verstärkt.

Diese arbeitsbedingte Pendelmigration zwischen Polen und Deutschland ist durch ein Funktionieren am Rande der Legalität gekennzeichnet, was sich in der Art der Organisation der Beschäftigung und den Arbeitsbedingungen widerspiegelt.

#### 4.4 Politischer Kampf um die (Il)legalisierung der polnischen Pflegekräfte

Die freie Mobilität von Menschen ist eine der Grundideen der Europäischen Union (vgl. Stadniczenko 2005, S. 173; Lesaar 2006, S. 3). Sie erlaubt auch die Suche nach einer Beschäftigung im Ausland. Zurzeit können viele Arbeitsstellen im Niedriglohnssektor gefunden werden. Die Arbeit dieses Sektors wird vor allem in hochentwickelten, liberalisierten Ländern angeboten, wo die Anstellung billiger Arbeitskräfte zur Kostensenkung führt und die Konkurrenzfähigkeit auf dem Weltmarkt erhöht (vgl. Budakowska 2007, S. 34-35). Dieses gilt auch im Fall Deutschlands, worauf Edward Marek (2008, S. 277) hinweist: „Die Beschäftigung der Ausländer ist immer noch ein wichtiger Faktor für das Funktionieren dieses Landes [Deutschlands]“<sup>58</sup>. Nach der Wende waren SaisonarbeiterInnen in der deutschen Landwirtschaft sehr nachgefragt, was zur rechtlichen Regulierung der Beschäftigung in dieser Branche geführt hat. Die MigrantInnen durften in diesem Sektor bis zu drei Monaten arbeiten, aber nur wenn die Stelle kein/e Deutsche/r oder keine ihm/ihr gleichgestellte Person übernehmen wollte (vgl. Cyrus 1995, S. 34).

Die Geschichte des Regulierungsprozesses in der häuslichen Pflege ist lang und kompliziert. Es mangelt an vielen Stellen an einer sinnvollen Regulierung dieses Arbeitssektors, der den in der Branche Tätigen wie auch den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, ihren Lebensumständen und finanziellen Ressourcen gerecht wird.

<sup>58</sup> „Praca cudzoziemców w Niemczech stanowiła i nadal stanowi istotny czynnik i warunek funkcjonowania oraz rozwoju tego kraju.”

Die Wahrnehmung ausländischer Pflegekräfte in der deutschen Gesellschaft ist ambivalent (vgl. Sattler 2005; Richter 2006b; von Kondratowitz 2010). Dies hängt einerseits mit dem Bild der MigrantInnen, das durch die Medien überliefert wird, und andererseits mit der starken Nachfrage nach ihrer Arbeitskraft zusammen. Unerwartete oder große Ereignisse und die mediale Berichterstattung haben einen starken Einfluss auf die Stimmung in der Öffentlichkeit. Nach Jörg Alt und Norbert Cyrus (2002, S. 150) war die bevorstehende EU-Erweiterung im Jahre 2004 ein solches Ereignis, das durch in bestimmter Weise getönte Berichte in den Medien Ängste in der deutschen Bevölkerung hervorrief<sup>59</sup>. Die Befürchtung, der deutsche Arbeitsmarkt könne durch billige Arbeitskräfte aus dem Osten belastet werden, stand im Mittelpunkt der kritischen Äußerungen angesichts der EU-Erweiterung (vgl. Fihel et al. 2007, S. 141; Boswell und Geddes 2011, S. 90; Morokvasic 1994, S. 186; Astheimer 2005, S. 10). Diese Ängste wurden durch Prognosen zum Migrantenstrom aus den neuen EU-Ländern geschürt (vgl. Golinowska 2000, S. 5; Fihel et al. 2007, S. 150). Die mediale Berichterstattung wurde von Nachrichten über extreme, schwer integrierbare Migrantengruppen beherrscht. Dies blieb auch nicht ohne Einfluss auf die Politik. Besonders in den Blick nahmen die PolitikerInnen und Medien die *graue Zone*. Diese wird offiziell scharf kritisiert, sogar bekämpft (vgl. Pallaske 2002, S. 82) und u.a. als eines der wichtigsten politischen Ziele unter dem Titel „Abbau illegaler ausländischer Beschäftigung“ präsentiert (Weitkamp 1995, S. 112; vgl. Hillmann 1997, S. 19). In der Presse wurden schon 1995 von Razzien berichtet, wo es um die Aufdeckung informeller Beschäftigung in Deutschland ging (vgl. Cyrus 2001, S. 187). Zwischen 1995 und 2004 wurden über 400 Arbeitsvermittlungsagenturen enthüllt, die ohne Genehmigung arbeiteten (vgl. Borkiewicz 2005, S. 169)<sup>60</sup>. Einer der bekanntesten Skandale in Bezug auf illegale Anstellung von Migrant Care Workers in Deutschland, war der sog. *Fall Martha*. Auf Veranlassung von Pflegeverbänden wurden im Jahr 2001 zweihundert, und laut anderer Quellen, über dreihundert Haushalte in Hessen kontrolliert. Es sollten in diesen Häusern schwarz beschäftigte ausländische Frauen arbeiten. Die polnische Krankenschwester Martha hatte viele Polinnen in diese Haushalte vermittelt und alle Daten deutscher ArbeitgeberInnen und der MigrantInnen in einem Notizbuch aufgeschrieben. Dieser Terminkalender erleichterte der Polizei die Kontrolle erheblich. Ausländi-

<sup>59</sup> In den Medien wurde die Stimmung u.a. durch Titel wie: „Überschwemmung durch Ausländer“ (Cyrus 2001, S. 189), „Die Ausländer sitzen auf der Tasche des deutschen Finanzministers“ (Marek 2008, S. 230) etc. verschärft.

<sup>60</sup> Es ist zu erwähnen, dass eine besondere Gruppe von MigrantInnen, also PolInnen mit dem Recht auf deutsche Staatsangehörigkeit, die sog. SpätaussiedlerInnen sind, die als undokumentiert Angestellte eine praktisch *unantastbare Arbeitergruppe* in deutschen Privathaushalten sowie im Niedriglohnsektor waren (vgl. Heffner und Solga 1999, S. 70).

sche Pflegerinnen wurden daraufhin sofort ausgewiesen. Der Fall erregte Aufsehen, weil Frank Lehmann als bekannter Journalist zu der Gruppe der überprüften Fälle gehörte (vgl. Rerrich 2002, S. 6-7; Heubach 2002, S. 169; Cyrus 2001, S. 187; Karakayali 2008, S. 207).

Das Ereignis führte trotz der Proteste der Gewerkschaften und Pflegeverbände zu einer Rechtsänderung, der sog. *Anwerbestoppausnahmegenehmigung für Haushaltshilfen aus Osteuropa* (vgl. Lutz 2007a, S. 175-208). Daraufhin konnten Personen aus Mittel- und Osteuropa ab dem Jahre 2002 durch die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) die *Grey Card* bekommen, d.h. überwachte Arbeitsverträge als Haushaltshilfe im Privathaushalt schließen, die maximal drei Jahre dauern durften (vgl. Finotelli 2008, S. 61; SOPEMI 2003, S. 254; Kontos und Shinozaki 2010, S. 97). Nach den Vorschriften verdienten sie zwischen 967 und 1117 Euro pro Monat und standen dem/der ArbeitgeberIn quasi 24 Stunden zur Verfügung (vgl. Lutz 2007a, S. 175). Es stellte sich aber heraus, dass potenzielle ArbeitnehmerInnen diese legale Alternative ungern in Anspruch nahmen (vgl. Gather 2002, S. 591).

Der stationäre und ambulante Pflegedienst in Hessen betrieb lange Zeit Lobbyarbeit für verschärfte Strafen für schwarz beschäftigte Migrant Care Workers und warnte vor Konsequenzen einer solchen Praxis (vgl. Richter 2005a, S. 14). Im Jahre 2003 hatte die Politik vor, die Strafen für Personen zu verschärfen, die AusländerInnen undokumentiert im eigenen Haushalt anstellten. Dies wurde einem Verbrechen gleichgestellt und bei Entdeckung drohten hohe finanzielle Strafen bzw. Gefängnis. Diese Reformpläne stießen auf Proteste in der Öffentlichkeit. Letztlich ist die illegale Beschäftigung einer Haushaltshilfe offiziell aber eine Rechtsverletzung geblieben (vgl. Lutz 2007a, S. 49; Alt 2003, S. 512).

Im Jahre 2006 gab es erneut Versuche, die Öffentlichkeit für das Problem der Schwarzarbeit in der häuslichen Pflege zu sensibilisieren. Der damalige Sozialminister Josef Hecken (CDU) warnte vor einer illegalen Anstellung von MigrantInnen, die seiner Meinung nach den Pflegebedürftigen aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse und fachlicher Kompetenz Schaden zufügen würden. Er kündigte hohe Strafen für ArbeitgeberInnen an, d.h. bis zu drei Jahre Haft bzw. bis zu 300 000 Euro Bußgeld (vgl. Richter 2006b, S. 8-9). Im Rahmen der Bekämpfung von Schwarzarbeit in der Pflege wurden alternative Modellprojekte gestartet, z.B. die berufliche Aktivierung von Langzeitarbeitslosen und Harz IV-EmpfängerInnen zu sog. *Haushalts-Engeln* erklärt (vgl. Ebd., S. 9). Diese Vorschläge haben ihre Wirkung verfehlt, weder wurde der Schattenmarkt liquidiert, noch ist die Einbeziehung der Arbeitslosen in die Arbeit in der Pflegebranche ein Erfolg gewesen.



Nach der Einführung *der Freizügigkeit der Dienstleistungen* in der EU im Jahre 2006 wurde die Beschäftigung von Migrant Care Workers mit Hilfe von privaten Vermittlungsagenturen organisiert. Im Zusammenhang damit entstand laut Helma Lutz (2008a, S. 64) eine Art „Leiharbeit, bei der ein osteuropäisches Unternehmen mit einer deutschen Vermittlungsagentur zusammenarbeitet“. Die Anstellung von ausländischen Pflegekräften war günstig für die Familie, aber es war z.B. problematisch zu prüfen, ob regelmäßige Sozialabgaben im Herkunftsland geleistet wurden. Auf der anderen Seite wurde argumentiert, dass aufgrund der niedrigeren Kosten der Anstellung von polnischen PflegerInnen die Attraktivität der Beschäftigung von professionellen Pflegekräften aus Deutschland gesunken sei (vgl. Biniek 2010/2011, S. 9). In Wirklichkeit stellte sich aber heraus, dass eine 24-Stunden-Pflegekraft der pflegebedürftigen Person ein längeres Verbleiben in ihrem Haus ermöglichte und somit die Leistung der ambulanten Pflegekräfte ergänzt. Einige deutsche Pflegedienste haben sogar ihr Angebot um die Leistungen der ausländischen PflegerInnen bzw. auf die Qualitätskontrolle ihrer Fähigkeiten ausgeweitet (vgl. Oberschür 2008, S. 22-23; Rzeźniczak 2010/2011, S. 10).

Seit 2010 dürfen polnische, ungarische, slowenische, slowakische, tschechische, rumänische und bulgarische volljährige Haushaltshilfen neben haushaltsbezogenen auch einige pflegerische Leistungen erbringen (vgl. BAGSO 2010, S. 34). Ihre Anstellung vermittelt die ZAV. Zu den Pflichtaufgaben der beschäftigten MigrantInnen gehören die Unterstützung der Pflegebedürftigen beim An- und Auskleiden, Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, Baden, Duschen, Essen, Fortbewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung, Haarpflege, Hautpflege, Mundpflege, Nagelpflege, Rasieren, Toilettengang, Trinken, Waschen, Zahnpflege. Nicht erlaubt sind Tätigkeiten, die eine medizinische oder pflegerische Ausbildung erfordern (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2010, S. 2-4). Jede/r ArbeitgeberIn ist verpflichtet, alle Details der bestimmten Aufgaben direkt mit dem/der ArbeitnehmerIn zu besprechen. Eine Richtlinie bzw. Definition der ZAV zu Aufgaben oder Pflichten für Migrant Care Workers existiert nicht. Die AusländerInnen werden allerdings nicht als professionelle PflegerInnen angestellt, sondern eher als *Familienersatz*, der in Vertretung pflegender Angehöriger Hilfe und Unterstützung leisten soll (vgl. Karakayali 2010a, S. 167).

Die Statistiken zeigen, dass die Alternative der ZAV kaum in Anspruch genommen wird (vgl. Tießler-Marenda 2012, S. 103), was u.a. mit den Kosten und dem komplizierten bürokratischen Verfahren zu erklären ist<sup>61</sup> (vgl. Emunds und Schacher 2012, S. 6).

Am 1. Mai 2011 wurde der deutsche Arbeitsmarkt für PolInnen geöffnet<sup>62</sup> (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2011). Sie haben ein Anmelde- und Erwerbsrecht (vgl. Krasucka et al. 2010/2011, S. 1). Zurzeit gibt es verschiedene Formen der legalen Anstellung in der häuslichen Pflege in Deutschland: die EU-BürgerInnen können sich selbständig machen, durch eine Agentur aus dem Herkunftsland<sup>63</sup> entsendet werden<sup>64</sup> sowie sozialversicherungspflichtig beschäftigt werden (vgl. Tießler-Marenda 2012, S. 106-108). Potenzielle Pflegekräfte können nicht nur Stellen in privaten Haushalten, sondern auch in Krankenhäusern und stationären Einrichtungen annehmen (vgl. Biniek 2010/2011, S. 9). Der Arbeitsvertrag muss nicht, kann aber auf bis zu zwei Jahre beschränkt sein. Im Fall der entsandten Haushaltshilfen, Pflege- und Betreuungskräfte beträgt diese Periode 24 Monate. Der Umfang der Pflichten oszilliert zwischen Aufgaben, die

<sup>61</sup> Die Hinweise der Arbeitsagentur berücksichtigen vor allem die Arbeitszeit, d.h. max. 40 Stunden in der Woche und das Recht auf Urlaub von 28-30 Tagen im Jahr, was im Widerspruch zum Prinzip der *Rund-um-die-Uhr-Pflege* steht. Ausgenommen sind natürlich Haushalte, in denen gleichzeitig mindestens zwei sich abwechselnde PflegerInnen arbeiten (vgl. NDR 2011). Um die Hilfe der ZAV bei der Anstellung einer/eines Migrant Care Worker zu erhalten, muss man eine *Pflegebedürftigkeitsbescheinigung* vorlegen und im Fall einer blinden Person den *Schwerbehindertenausweis mit dem Vermerk der Erblindung*. Man muss der Agentur auch im Haus des Pflegebedürftigen oder in seiner Nähe eine geeignete Wohnbedingung für den/die Arbeitnehmer/in zusichern (vgl. Emunds und Schacher 2012, S. 2).

<sup>62</sup> Nach dieser Öffnung sind viel weniger PolInnen zur Arbeit nach Deutschland gegangen als man anfänglich vermutete. Man erwartete vor allem Personen, die in der Bauindustrie qualifiziert sind. Diese verdienen jedoch gut im eigenen Land und möchten ihre Familie nicht verlassen (vgl. Kapica 2011, S. 1). Klaus Zimmermann, Professor für Wirtschaftliche Staatswissenschaften an der Universität Bonn, ist der Meinung, dass Deutschland eine Immigration von höchstens 100 000 PolInnen in nächsten Jahren erwarten kann (vgl. Wielinski 2011, S. 16). Mit Rücksicht auf den demographischen Wandel und die damit zusammenhängende Tatsache, dass jährlich ca. 250 000 deutsche BürgerInnen in den Ruhestand treten und etwa eine halbe Mio. junge Deutsche ins Ausland migriert, ist das aber keine bedeutende Zahl, die eine Fachkräftelücke auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland füllen könnte (Ebd., S. 16).

<sup>63</sup> In Bezug auf die Sozialversicherung gilt hier das Recht des entsprechenden Entsendelandes.

<sup>64</sup> Die Kosten für die dokumentierte Beschäftigung schwanken zwischen 1.200 und 3.200 Euro, abhängig von der Form der Anstellung (vgl. Kaminski 2011, S. 16). Einfluss haben auch Sprachkenntnisse und Erfahrungen in der Pflegebranche, wobei einige Agenturen auch eine Einzelgebühr, sog. Verwaltungs- und Koordinationskosten, für die Vermittlung fordern. Es ist zu berücksichtigen, dass seit dem 1. Juli 2013 der deutsche Arbeitgeber den ausländischen ausgebildeten AltenpflegerInnen einen Mindeststundenlohn in Höhe von 9,00 Euro in den westlichen und 8,00 Euro in den östlichen Bundesländern auszahlen muss (vgl. Lohn-Info 2014; Seniorenkraft 2009; Seniorenpflege-24h 2011; Bundesagentur für Arbeit 2012; Verbraucherzentrale NRW 2011).

mit den sog. 3 Cs<sup>65</sup>, d.h. Haushaltsführung, Pflege und Betreuung in Verbindung stehen. Migrant Care Workers haben das Recht auf 24 freie Arbeitstage pro Jahr bei bis zu acht bis zehn Arbeitsstunden pro Tag. Die Pause zwischen dem Arbeitsende und dem Beginn der Arbeit soll mindestens 11 Stunden betragen (vgl. Verbraucherzentrale 2012 u. 2014, S. 2-6).

Um eine Schwarzarbeit handelt es sich nach dieser neuen Regelung dann, wenn die „sozialversicherungsrechtlichen oder die gewerberechtlichen Melde-, Beitrags- oder Auszeichnungspflichten oder die steuerlichen Pflichten nicht erfüllt [sind] (...)“ (Tießler-Marenda 2012, S. 109). Es droht in solchen Fällen eine Geldbuße von bis zu 300 000 Euro sowie im Falle des Verzichts auf Abführung des Lohnsteuer eine Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren (vgl. Ebd., S. 109). Allerdings wurde bei dieser Definition von Schwarzarbeit keine besondere Rücksicht auf die Arbeitsbedingungen und Aufgaben in der häuslichen Pflege genommen.

Der Bundestag kündigt weiterhin offiziell den Kampf gegen die undokumentierte Arbeit in Privathaushalten an (vgl. Polska Agencja Prasowa 2011). Renate Heubach (2002, S. 175) ist jedoch der Auffassung, dass im Grunde sowohl seitens der PolitikerInnen als auch der ArbeitnehmerInnen wie der MigrantInnen kein Interesse an der vollständigen Legalisierung<sup>66</sup> dieser Art von Beschäftigung besteht<sup>67</sup>, so dass dieses Phänomen ein sog. *open secret* (vgl. Lutz und Palenga-Möllnbeck 2010, S. 419) bleibt, d.h. trotz Bemühungen wahrscheinlich nie verschwinden wird. PolInnen, die schwarz arbeiten, geben als Gründe für die Bevorzugung der undokumentierten Beschäftigung eine bessere Verdienstmöglichkeit und mangelndes Vertrauen in staatliche Institutionen

<sup>65</sup> 3 Cs: Cooking, Caring, Cleaning (Anderson 2000, zit. nach Lutz 2008a, S. 61).

<sup>66</sup> vgl. *Kampagne zur Legalisierung der Illegalisierten*: Alt 1995, S. 205.

<sup>67</sup> Diese Situation kann man nach dem Konzept *ethnischer institutioneller Komplexität* [pl. etniczna kompletność instytucjonalna] erklären (vgl. Breton 1964, S. 193). Soziale Institutionen und rechtliche Vorschriften verlieren ihre Macht zu Gunsten der *folkways*, d.h. allgemeiner Vorgehensweisen (Sumner 1995, zit. nach Romaniszyn 2000, S. 11). Massenhaftigkeit dieses Phänomens beeinflusst seine Dauer und impliziert die Inanspruchnahme dieser undokumentierten Beschäftigung sowohl seitens der MigrantInnen als auch der ArbeitgeberInnen. Darüber hat schon der Sozialpsychologe Gustaw Le Bon (2009, S. 18) in seinem Buch geschrieben, wo er versuchte Prinzipien, die die Menschenmenge lenken, zu entdecken: „Erste Ursache ist, dass jeder Mensch in der Menschenmasse das Gefühl der unbesiegbaren Macht bekommt, schon aufgrund der Stärke dieser Menschenmasse. Dank dessen lässt er diesen Leidenschaften freien Lauf, die er normalerweise unterdrücken würde. Er wird sich nicht beherrschen, weil seine Seele das Verantwortlichkeitsgefühl verliert, das ihn immer hemmt; eine Menschenmasse, die immer anonym ist, bleibt damit auch immer unverantwortlich“. [„Pierwszą przyczyną jest to, że każda jednostka w tłumie, już choćby pod wpływem samej jego liczebności, nabywa pewnego poczucia niezwykłej potęgi, dzięki czemu pozwala sobie na upust tych namiętności, które będąc sama z pewnością by stłumiła. Nie będzie ona panować nad sobą, bo znika z jej duszy poczucie odpowiedzialności, które zawsze hamuje jednostkę; tłum, będąc zawsze bezimienny, jest tym samym i nieodpowiedzialny“].

an (vgl. Karakayali 2008, S. 210). Um die Angst vor Kontrollen zu mildern, haben sie in den letzten Jahren einige Handlungsmuster im Fall einer Überprüfung entwickelt, z.B. die Scheinzugehörigkeit zur Familie der ArbeitgeberInnen (vgl. Rerrich 2002, S. 9; Gather 2002, S. 593). Vielen Frauen ist überdies bewusst, dass der Haushalt *eine Tabuzone*, also ein Ort ist, der sich nicht einfach kontrollieren lässt, weshalb die MigrantInnen *unsichtbar* bleiben können (vgl. Lutz 2008b, S. 57).

Die undokumentierte Anstellung von Migrant Care Workers bringt auch den ArbeitgeberInnen Vorteile, die nicht selten zu privilegierten und gut situierten sozialen Milieus gehören, (vgl. Alt 1999, S. 420; Weinkopf 2001, S. 393-394). Sie suchen nach Pflegekräften in der grauen Zone, weil sie damit einerseits Kosten sparen und eine komplizierte, mit der direkten Anstellung zusammenhängende Bürokratie vermeiden und andererseits ihren pflegebedürftigen Angehörigen eine umfassende Rund-um-die-Uhr Versorgung in den eigenen vier Wänden sichern können. Eine zusätzliche Erklärung ist, dass sie oft nicht über das nötige Wissen bzgl. der verschiedenen Unterstützungsangebote verfügen oder für sie das Pflegeangebot der Arbeits- bzw. Vermittlungsagenturen nicht attraktiv ist (vgl. Brückner 2010, S. 45). Nicht immer erfüllen Antragsteller die Voraussetzungen der ZAV, z.B. wenn sie eine Pflegekraft suchen, die sich um eine hilfsbedürftige Person kümmern soll, die aber keine Pflegestufeneingruppierung hat.

Wie oben geschildert, bedeutet die Schwarzarbeit also für beide Seiten eine win-win Situation (Metz-Göckel et al. 2010, S. 19). Auf der Makroebene senkt die Beschäftigung der undokumentierten Pflegekräfte die Kosten für öffentliche und private professionelle Pflege, z.B. Kosten, die eine Heimunterbringung bei den Kommunen verursachen kann. Auf der anderen Seiten wird das Einkommen der Pflegekräfte im großen Maße in ihrem Herkunftsland verkonsumiert bzw. investiert, was auch die Wirtschaft des Entsendelandes stärkt (vgl. Lutz 2007a, S. 172).

Ob der Migrationsstrom aus Polen in die häusliche Pflege nach Deutschland ein dauerhaftes Phänomen ist, ist schwer vorherzusagen. Eine Prognose lautet, dass nach der Einführung der Eurowährung in Polen die Beschäftigung als Pflegekraft in Deutschland für viele Personen nicht mehr attraktiv sein wird, so dass diese durch MigrantInnen aus dem weiteren Osten Europas (vgl. Richter 2005a, S. 15) sowie aus Nordafrika, Asien und Südamerika ersetzt werden wird (vgl. Larsen et al. 2009, S. 166; Pflegehelden 2010). Es werden jetzt schon Versuche unternommen, Pflegekräfte aus weit entfernten Ländern in der stationären Pflege einzusetzen (vgl. Korfmann 2013, S. 1). Der Abzug menschlicher Ressourcen aus anderen Ländern, aus immer weiter entfernten Regionen der Welt kann zwar den ArbeitsmigrantInnen helfen, ihre ökonomische Lage zu verbes-

sern. Dabei nicht zu vernachlässigen ist aber die Tatsache, dass sie auf der anderen Seite aus ihrem heimischen Arbeitsmarkt verschwinden und ihre Familien für längere Zeitspannen alleine lassen. Die Zukunft dieses Trends ist also noch ungewiss bzw. stellt sich problematisch dar.

#### 4.5 Räumliche und kulturelle Nähe als Determinante der Beschäftigung polnischer MigrantInnen

Die PolInnen bilden eine der größeren Ausländergruppen in Deutschland. Sowohl die Migrationstradition nach Westen, als auch die demographischen Analysen weisen auf drei Woiwodschaften<sup>68</sup> hin, in denen das Migrationsphänomen besonders sichtbar ist. Dies sind die Woiwodschaften Schlesien, Oppeln und Niederschlesien (vgl. Fihel et al. 2007, S. 76), wobei aus diesen Gebieten am häufigsten DorfbewohnerInnen auswandern (vgl. Jończy und Rokita 2009, S. 30). In Deutschland suchen die PolInnen Arbeit in Städten, die nah an der Grenze zu Tschechien und Österreich liegen, sowie im Süden und Norden des Landes, in Hamburg, Berlin, Bremen, Baden-Württemberg, Hessen und Nordrhein-Westfalen (vgl. Oczki 2005, S. 37-39; Marek 2000, S. 15).

Die Branchen, in denen polnische MigrantInnen am häufigsten und oft unterhalb ihrer Qualifikationen angestellt werden, sind die Bauindustrie, das Handwerk, die Landwirtschaft, in Reinigungsfirmen, der Kinderbetreuung und Altenpflege, in der Gastronomie sowie der Obst- und Gemüseverarbeitung (vgl. Heubach 2002, S. 168; Kaczmarczyk und Okólski 2008, S. 113; Jończy und Kubiciel 2007, S. 35). Dies sind zumeist Stellen im sekundären Arbeitsmarkt, der eine große Anonymität gewährt und eine attraktive Einkommensquelle für die PolInnen darstellt.

Auch im Bereich der Organisation des alltäglichen Lebens in Deutschland sind polnische ArbeitsmigrantInnen eine privilegierte Gruppe unter anderen MigrantInnen. Aufgrund der geschilderten Migrationsströme in der Vergangenheit wurde in dem Empfangsland eine kulturelle Infrastruktur geschaffen, die aus Pressemedien, Unterhaltungslokalen sowie polnischen Lebensmittelgeschäften besteht, die in Anspruch genommen werden können<sup>69</sup> (vgl. Pries 2005, S. 97). Dagegen sind für ArbeitsmigrantInnen die Leistungen der kulturellen und sozialen Polonia-Organisationen bzw. der deutschen Institutionen von geringem Interesse (vgl. Kawczyńska-Butrym 2009, S. 116). Auf der Suche nach

<sup>68</sup> Einheit der Verwaltungsstruktur Polens.

<sup>69</sup> Diese Infrastruktur bietet meistens die Quellen der Beschäftigungssuche in Deutschland an und schafft Treffpunkte, wo die Informationen *von Mund zu Mund* übermittelt werden können (vgl. Kepińska 2008, S. 191; Korczynska 2001, S. 220-221).

Kontakten und polnischer Kultur engagiert sich ein Teil von ihnen bei der Polnischen Katholischen Mission<sup>70</sup> (vgl. Romaniszyn 2000, S. 20; Budakowska 2005, S. 55), da die katholische Kirche für sie ein Vertrauensort ist, also ein Symbol der eigenen Kultur und ihrer Identität. Diese Mission vertritt eher konservative, manchmal nationalistische<sup>71</sup> Wertvorstellungen. Bei einem Teil der MigrantInnen findet sie Anerkennung (vgl. Szytchmiller 2009, S. 135; Małoszewski 2012; Wallace 2002, S. 618) und kann Misstrauen, Distanz und ein kritisches, stereotypes oder sogar feindliches Verhältnis zur einheimischen Bevölkerung befördern (vgl. Makaro 2010, S. 145; Kawczyńska-Butrym 2009, S. 84-85). Dies betrifft z.B. Personen, die sich durch ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen in Deutschland verloren und frustriert fühlen.

Wenn die Sprachkenntnisse der MigrantInnen gering sind, suchen sie nach zusätzlichen bezahlten Beschäftigungen, die keine Sprachkenntnisse voraussetzen (vgl. Ebd., S. 116), oder sie verbringen die meiste Zeit in der Gesellschaft von Landsleuten (vgl. Wagner 2009, S. 270; Jaworek 2004, S. 31). Dennoch sind die Beziehungen zwischen PolInnen im Exil ambivalent. Einerseits unterstützen sie sich bei der Wohnungs- bzw. Arbeitssuche, tauschen Informationen und Kontaktdaten aus, andererseits bleiben sie untereinander misstrauisch und kritisieren das stereotype Verhalten anderer Landsleute im Ausland. Um den Verdacht der Zugehörigkeit zu einer Gruppe *polnischer Alkoholiker, Diebe* etc. zu vermeiden, distanzieren sie sich in Interviews oft von anderen PolInnen (vgl. Kawczyńska-Butrym 2009, S. 117-118).

Zur Organisation ihres Lebens im Ausland gehört auch die Kontaktpflege mit ihrer Familie in Polen. Dank der technologischen Entwicklung bleiben polnische MigrantInnen im telefonischen bzw. virtuellen Kontakt mit Angehörigen, die zu Hause geblieben sind, und pflegen eine psychische Gefühlsbindung, die über virtuelle Kanäle zustande kommt, mit Familienmitgliedern per Telefon, Handy oder Internet (vgl. Budakowska 2005, S. 66). Diese Möglichkeiten unterstützen nicht selten die Motivation zur Fahrt nach Deutschland. Außer der räumlichen Nähe gibt es weitere Ursachen dafür, dass PolInnen aus Erwerbsgründen nach Deutschland, u.a. in die Pflege, migrieren. Sie benötigen als EU-Bürgerinnen kein Visum, um die Grenze zu überschreiten. Wie der nächste Teil zeigt, hat die Entscheidung für eine gewisse Migrations- oder Anstellungsform vielschichtige Gründe.

---

<sup>70</sup> pl. Polska Misja Katolicka.

<sup>71</sup> Dies wird mit dem *Konzept sich mit dem Polentum umgeben* erklärt, was bedeutet, dass der/die MigrantIn in polnischer, vertrauter Umgebung lebt und eine alternative Kultur sowie Lebensstile aus dem Empfangsland ablehnt (Mrozowski 2008, zit. nach Kawczyńska-Butrym 2009, S. 115).

## Ursachen und Folgen der Arbeitsmigration von PolInnen nach Deutschland

Die meisten Menschen haben gewisse Vorstellungen von ihrem Leben und unternehmen verschiedene Aktivitäten, um sich ihrem Lebensideal zu nähern. Steigende ökonomische Bedürfnisse führen unvermeidlich zur Globalisierung der Migration (vgl. Ebd., S. 50-51). Deswegen suchen Menschen, die durch die Erfolge anderer MigrantInnen motiviert werden, nach Alternativen zur Verbesserung ihrer Lebenssituation: „Menschen, die sich vor die Türen der reichen Welt drängen, möchten sicherlich vor der Armut flüchten, die ihre Landsleute in der Heimat erleben“<sup>72</sup> (Ebd., S. 55; vgl. Beck-Gernsheim 2003, S. 89; Koch und Metz-Göckel 2004, S. 126). Armut kann hier relativ verstanden werden. Es geht nicht nur um das Überleben, sondern um die Angleichung des Lebensstandards an das Wohlstandsniveau sowie um die Befriedigung materieller Bedürfnisse.

Die Arbeitsmigration wird sowohl von der Situation im Entsende- als auch von der im Empfangsland geprägt. Im Zusammenhang damit unterscheidet Everett Lee (1966) zwei Motive der Arbeitsmigration: die sog. *push- and pull-factors* (zit. nach Prodolliet 1999, S. 30; vgl. Młyński und Szewczyk 2010, S. 31). Die *push factors* können z.B. eine akute finanzielle oder materielle Notlage sein, aber auch eine in der Familie durch Jahrzehnte vorherrschende Lebensweise, die als *Migrationsprofessionalismus*<sup>73</sup> (vgl. Solga 2005, S. 68; Harzig 2006, S. 50; Przybylski 2005, S. 46) bzw. als *Migrationssucht* bezeichnet wird (vgl. Hirszfeld und Kaczmarczyk 2000, S. 15; Stelmach 2008). Auch hängt die Motivation in hohem Maße davon ab, wie groß das Risiko ist, das die Person eingehen kann (vgl. Hirszfeld und Kaczmarczyk 2000, S. 13). Je größer die Offenheit für neue Erfahrungen und je niedriger die Kompromissbereitschaft, also die Akzeptanz der gegenwärtigen Lebenssituation der Einzelnen ist, desto größer ist die Migrationsbereitschaft (vgl. Talik und Łaguna 2010, S. 348).

Migrationen können ihre Ursache in individuellen, ehelichen<sup>74</sup>, familiären oder politischen Gegebenheiten haben (vgl. Slany 1997, S. 134-135; Prasałowicz 2007a, S. 21). Die Migration aus Polen ist vor allem mit der Tradition eines Arbeitsexils, mit familiären und freundschaftlichen Kontakten im Ausland sowie mit mangelnder Nachfrage seitens des einheimischen Arbeitsmarktes zu erklären (vgl. Bukraba-Rylska 2010, S. 284).

<sup>72</sup> „Ludzie tłoczący się u wrót bogatego świata z pewnością chcą uciec przed nędzą, w jakiej żyją ich rodacy w kraju.“

<sup>73</sup> pl. profesjonalizm migracyjny.

<sup>74</sup> In der Literatur wird sie *Migration um einen Ehemann zu finden* genannt (vgl. Knothe 2005, S. 179). Im Zusammenhang damit ist das Phänomen der sog. *Scheinehe* zu erwähnen, die zurzeit weniger durch Erwerb des Aufenthaltsrechts bedingt ist (vgl. Jaroszevska 2000, S. 21), sondern mehr durch die finanzielle Absicherung der ausländischen Frau im Tausch gegen Pflege und Betreuung von ihrer Seite, also durch *Austausch der Kapitale*.

## Die Situation auf dem polnischen Arbeitsmarkt

Die Schwierigkeiten, eine Arbeitsstelle in Polen zu finden, motivieren viele Menschen zur Erwerbsmigration (vgl. Kaczmarczyk und Okólski 2008, S. 112; Lutz 2008a, S. 70). Nicht immer suchen sie nach einer dauerhaften Beschäftigung im Ausland. Einige entscheiden sich für die Auswanderung, um ihre Qualifikationen zu verbessern, die deutsche Sprache zu lernen (vgl. Glorius 2010, S. 114-115; Korczyńska 2001, S. 220; Jończy 2000, S. 10) bzw. Mittel zur Eröffnung einer eigenen Firma zu akquirieren (vgl. Korczyńska 2003, S. 67-68).

Es gibt aber auch eine Gruppe, die zur Arbeit nach Deutschland pendelt, weil sie für sich keine Chancen auf dem heimischen Arbeitsmarkt sieht. Dies sind zumeist Menschen, die von der sog. Transformationsarbeitslosigkeit betroffen sind (vgl. Koryś 2003, S. 36; Cyrus 1995, S. 37; Hirszfeld und Kaczmarczyk 2000, S. 14; Kurzynowski 2006, S. 195). Die Arbeitslosigkeit in Polen hatte nach 1989 ihr größtes Ausmaß (vgl. Jarmołowicz und Woźniak 2006, S. 51-65). Vor allem Frauen hatten im neuen System Probleme, eine gute Stelle zu finden (vgl. Robert 2006, S. 162). Während des kommunistischen Regimes waren sie es gewohnt, die berufliche Vollzeitbeschäftigung und das familiäre Leben miteinander zu vereinbaren, was als *double-shift-* oder *double-burden-phenomenon* beschrieben wurde (vgl. Safuta 2011, S. 5)<sup>75</sup>. Deshalb traten sie seltener hohe Positionen an und gründeten weniger häufig eigene Firmen. Sie arbeiteten dafür mehr in den Familiengeschäften (vgl. Kotowska und Sztanderska 2007, S. 35-37).

Auch eine im Vergleich zu den Männern kürzere Berufstätigkeit wegen Kindererziehung, eine längere Ausbildungszeit, häufigere Berufstätigkeit in stark feminisierten Branchen sowie das frühere Eintreten in den Ruhestand<sup>76</sup> (vgl. Pietruszek 2006, S. 193) führten zu niedrigeren Einkommen der Frauen<sup>77</sup>.

<sup>75</sup> Grażyna Firlit Fesnaks (2002) Forschungen bestätigen die immer noch aktuelle intrinsische Motivation von Frauen zur Berufstätigkeit. 53 Prozent ihrer Befragten sind der Meinung, dass sie auf die Arbeit auch dann nicht verzichten würden, wenn der Ehemann genug verdiente. Diese Haltung hängt damit zusammen, dass die Erwerbsarbeit einen privilegierten Charakter in Polen hat und den sozialen Status der beschäftigten Person erhöht.

<sup>76</sup> In Polen treten die Frauen laut Gesetz im Alter von 60 Jahren und die Männer mit 65. in den Ruhestand. Im Mai 2012 hat die Regierung das Rentenalter für beide Geschlechter bis auf 67 Jahr erhöht (vgl. Socha 2012).

<sup>77</sup> In diesem Kontext ist das *conflict-between-family-and-work-phenomenon* (vgl. Mandal 2004, S. 13) sowie *glass-ceiling-phenomenon* zu erwähnen (vgl. Titkow 2003).



(vgl. Kotowska und Sztanderska 2007, S. 35-39) und verschlechterten ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt, was wiederum die Wahrscheinlichkeit der Arbeitsmigration dieser Gruppe erhöht hat<sup>78</sup>.

Temporäre Migration muss nicht nur durch Arbeitslosigkeit bedingt sein, sondern wird von vielen auch als *Geldspritze* angesehen. Viele Personen werden durch die zeitliche Befristung der Migration zur Auswanderung motiviert vor allem dann, wenn sie in Polen fest angestellt sind (vgl. Jaźwińska 2002, S. 95). Als Motive nennen die Befragten die Absicht, die Ausbildung ihrer Kinder zu bezahlen und ihre Familie finanziell absichern zu können (vgl. Lutz 2007a, S. 162). Die Entscheidung fällt leichter, wenn sie von der ganzen Familie unterstützt wird<sup>79</sup> und potenzielle MigrantInnen die Möglichkeit haben, ihre Kinder in der Obhut von Angehörigen bzw. Nachbarn zu lassen (vgl. Tacoli 1999, S. 678). Die Migration kann auch eine Lösung für eine schwierige Familiensituation gesehen werden und stellt für manche einen Ausweg aus familiären Missständen wie Alkoholsucht und Gewalt dar (vgl. Harzig 2006, S. 67; Alt 2003, S. 78-79; Młyński und Szewczyk 2010, S. 34-35). Manchmal ist dieser Schritt ein Indikator für die Befreiung aus *patriarchalen Fesseln* und traditioneller Rollenverteilung (vgl. Kałwa 2007b, S. 217; Lutz 2007a, S. 166). Auch dramatische Erlebnisse, z.B. Diskriminierung der sexuellen Orientierung (vgl. Kontos und Shinozaki 2010, S. 99), oder extreme Lebensereignisse wie der Tod eines Angehörigen oder der erzwungene Ruhestand können zur Migration führen (vgl. Alt 2003, S. 80-81).<sup>80</sup> All diese Pushfaktoren ergänzen die Pullfaktoren, die bereits in der Beschreibung des Pflegesystems, der Pflegebedürftigen und der pflegenden Familien in Deutschland dargestellt wurden.

---

<sup>78</sup> In diesem Kontext spricht Dorota Praszałowicz vom *concept of liminality*. In der Wendezeit treffen Menschen auf Herausforderungen und Möglichkeiten. Andererseits ist nichts sicher und die Veränderungen erzeugen Angst und Unsicherheit. Bisherige Normen und Überzeugungen unterliegen einer Modifizierung. Alle diese Faktoren können zur Entscheidung über Arbeit im Ausland beitragen, besonders dann, wenn Migration als Trend in der lokalen Gesellschaft beobachtet und positiv, also als gute Strategie beurteilt wird. Auch wenn die MigrantInnen im Ausland eine unattraktive Arbeit ausüben, erwerben sie neue Fähigkeiten, Ideen und Selbstbewusstsein. Diese Merkmale können nach der Rückkehr zur besseren Anpassung an neue Umstände führen (Turner 1972, zit. nach Praszałowicz 2008, S. 270-271).

<sup>79</sup> In der Literatur ist von der sog. *joint decision making* die Rede, die einen gemeinsamen Entschluss zur Arbeitsmigration eines Angehörigen bedeutet, wobei alle anderen Familienmitglieder zu Hause bleiben können (vgl. Praszałowicz 2002, S. 24).

<sup>80</sup> Selbstverständlich beziehen sich die Pushfaktoren nicht nur auf Polen, sondern könnten auch für andere Länder zutreffen.

## Die Folgen der Arbeitsmigration auf der Mikro- und Makroebene

Die Konsequenzen der Pendelmigration zur Arbeit ins Ausland sind sowohl auf der Mikro- als auch auf der Makroebene zu beobachten und beeinflussen in großem Maße das Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Bildungssystem sowie das Leben der Familien und Betroffenen selbst (vgl. Bommes 2006, S. 102).

Das Ziel der MigrantInnen ist es, eine *Erfolgsgeschichte* zu erleben, d.h. die materielle und finanzielle Lage der Familie oder der migrierenden Person zu verbessern. Sie möchten das Einkommen erhöhen und ihre Berufserfahrung erweitern (vgl. Korczyńska 2003, S. 83), das Haus renovieren oder ein neues kaufen, eine Reise buchen können etc. (vgl. Jończy 2002, S. 218, Cyrus 1995, S. 41). Die Auswanderung relativiert und beeinflusst die Wahrnehmung des Individuums von Migration. Die eigene Migrationserfahrung kann Offenheit und Toleranz gegenüber MigrantInnen im eigenen Land befördern (vgl. Okólski 2006, S. 51). Sie erwerben neue Fähigkeiten, gewinnen Selbstbewusstsein, modifizieren bisherige Überzeugungen und übernehmen die Rolle „der InitiatorInnen von kulturellen Veränderungen im lokalen Umfeld“ (Praszałowicz 2007b, S. 139).

Für die Region und das Herkunftsland (Polen) bedeutet die Arbeitsmigration die Entwicklung des lokalen Marktes, den Ausbau der Infrastruktur, geringere Arbeitslosigkeit (vgl. Jończy 2000, S. 9; Jończy 2004, S. 13) und die Entstehung von sog. *migrant localities*, d.h. Migrationsgesellschaften<sup>81</sup>, die häufig ganze kleine Ortschaften bzw. Dörfer umfassen (vgl. Okólski 2006, S. 49). Izabella Bukraba-Rylska (2010, S. 286) widerspricht daher der These der regionalen Entwicklung und spricht von einer Hemmung der Innovationen in Orten, wo die Wanderungsbewegung besonders stark ist und „ökonomisch-kulturelle Nischen die soziale Unbeweglichkeit verheimlichen“.

Negative Folgen der Migration entstehen auf der Mikroebene dann, wenn die Menschen ihre Ziele nicht erreichen oder eine Beschäftigung im Ausland finden, die ihren Erwartungen nicht entspricht (vgl. Weitkamp 1995, S. 94-95). Es kann sein, dass das Verhältnis zum/zur (deutschen) ArbeitgeberIn problematisch ist oder es zu Problemen mit der Lohnauszahlung etc. kommt (vgl. Caracciolo et al. 2011, S. 12; Morokvasic 1994, S. 182; Cyrus 1995, S. 29). Dieser Gefahr der prekären Arbeitsbedingungen sind vor allem Personen ausgesetzt, die schwarz in privaten Haushalten angestellt sind (vgl. Nowicka 2011, S. 24). Aufgrund von negativen Emotionen wie Heimweh und schlechten Anstellungsbedingungen kann sich auch der Gesundheitszustand der MigrantInnen verschlechtern (vgl. Rostropowicz-Miśko 2007, S. 185; Korczyńska 2003, S. 83).

---

<sup>81</sup> pl. *migranckie społeczności*.

Nach einem längeren Auslandsaufenthalt können sie sich häufig nicht gut in ihrem Wohnort wieder einfinden, weil sie den Eindruck haben, in Polen sei die Zeit stehen geblieben (vgl. Stelmach 2008). Sie fühlen sich sozial marginalisiert, und im lokalen Umfeld Fuß zu fassen, ist für sie eine ungeheure Anstrengung (vgl. Okólski 2006, S. 51). Eine hohe psychische Anspannung kann u.a. zu flüchtigen sexuellen Kontakten<sup>82</sup> oder zu anderen Abhängigkeiten führen (vgl. Rożnowski et al. 2008, S. 91). Diese „Gefahren der Pendelmigration“ werden in Polen besonders von der katholischen Kirche thematisiert und mit dem Begriff *der schmerzhaften Anomalie* belegt (vgl. Romaniszyn 2000, S. 12). Vor allem kritisiert die Kirche, dass emotionale Bande sich lockern und es zu Missständen und Aggression<sup>83</sup> in der Familie bzw. zum Zerfall der Ehe kommt (vgl. Wojacek 2007, S. 101-102; Rostropowicz-Miśko 2007, S. 188; Stasińska 2012). In der Literatur wird immer häufiger auf den Rollenkonflikt im Versuch der Vereinbarung von Elternpflichten und Arbeitnehmerpflichten und dem Dasein als MigrantIn hingewiesen, vor allem auf die Vereinbarkeit der Arbeit im Ausland mit der Erziehung der eigenen Kinder (vgl. Rerrich 2002, S. 13-14).

## Die Eurowaisen als Folge der Pendelmigration von Eltern

Der Begriff *Eurowaisen* bzw. *Euro-orphans* bezeichnet Kinder, die „ohne mindestens einen Elternteil aufwachsen, der sich zu Erwerbszwecken im Ausland befindet (...) [solche] Kinder, deren Kontakt mit einem Elternteil unterbrochen wird, fühlen sich wie Waisen“<sup>84</sup> (Kozak 2010, S. 113). 2009 wurde offiziell bekannt, dass in mehr als 110 000 polnischen Familien Minderjährige ohne Mutter und/oder Vater aufwachsen, da diese im Ausland für das Familieneinkommen arbeiten. Dieses Phänomen der Eurowaisen<sup>85</sup> wird als *mono- bzw. biparentale Euro-Verwaisung* bezeichnet. (vgl. Ebd., S. 117; ROPS 2008; Wagner 2009, S. 268).

Laut Stanisław Kozak (2010, S. 122) könnten es bis zu 400 000 Kinder sein. Die meisten Eurowaisen wohnen in der Oppelner Woiwodschaft, wo eine der größten Auswanderungsraten Polens zu verzeichnen ist (vgl. Walkowska 2009, S. 115). Die Kinder werden meistens vom daheim gebliebenen Elternteil, von Großeltern oder nur von Nachbarn betreut (vgl. Kozak 2010, S. 119-120). Manchmal müssen ältere Geschwister die Erziehung übernehmen, was wieder-

<sup>82</sup> vgl. das sog. *Wiener-Ehen-Phänomen*: Romaniszyn 2000, S. 26-27.

<sup>83</sup> vgl. die sog. *Wochenendgewalt*, die z.B. bei den Männern bemerkt wurde, die in Deutschland arbeiten und für das Wochenende nach Hause zurückkehren: Łabutin 2012.

<sup>84</sup> „(...) wychowują się bez co najmniej jednego rodzica, który wyjechał za granicę w celach zarobkowych (...) [takie] dzieci pozbawione kontaktu nawet z jednym z rodziców, czują się jak sieroty.“

<sup>85</sup> engl. Euro-orphans.

rum die Rolle der Eltern schwächt oder zumindest stark verändert. Die Generation eines gesamten Landstriches wird nicht mehr durch ihre primären Bezugspersonen sozialisiert (vgl. Kawczyńska-Butrym 2009, S. 44).

Die Kinder der PendelmigrantInnen werden zwar mit Geschenken bedacht und finanziell gut ausgestattet<sup>86</sup>, gleichzeitig aber „auf Distanz erzogen“ per Telefon und Internetmedien<sup>87</sup> (Ebd., S. 44), was die Entstehung von festen emotionalen Bindungen erschwert (vgl. Rostropowicz-Miśko 2007, S. 189). Die zu Hause gelassenen Töchter und Söhne sind auf nur kurze Besuche der Eltern angewiesen und haben den Eindruck, „trotz des zusätzlichen Geldes verloren zu haben“ (Walkowska 2009, S. 121; vgl. Mears 2009, S. 4).

Eurowaisen leiden laut Stanisław Kozak unter Bindungsstörungen und haben oft Schulprobleme und ein geringes Selbstwertgefühl<sup>88</sup>. Vereinzelt kommt es zu Drogenmissbrauch oder sogar Selbstmordversuchen (vgl. Kozak 2010, S. 115-120). Aufgrund des Ausmaßes und seiner dramatischen Konsequenzen wird das Phänomen von ForscherInnen, SozialarbeiterInnen und PolitikerInnen in Polen aufmerksam verfolgt.

Immer öfter spricht man aber auch in Bezug auf ältere Personen, deren Kinder sich im Ausland befinden, von Euro-Verwaisung. Es handelt sich sozusagen um eine Verwaisung der älteren Generation, die auf Unterstützung und Hilfe von ihren Angehörigen angewiesen wären. Oft haben sie noch größere Schwierigkeiten, den Kontakt mit den Angehörigen im Ausland zu halten, weil sie sich mit den modernen Medien wie Computer oder Handy schlecht auskennen. Wiesława Walkowska (2009, S. 117) weist in ihrer Studie darauf hin, dass ein Teil der migrierenden erwachsenen Kinder ihre hilfebedürftigen Eltern zu Hause lässt, ohne ihnen rechtzeitig eine Pflege organisiert zu haben. Es bleibt eine offene Frage, wie viele PendelmigrantInnen nach Deutschland gehen, um dort fremde alte Menschen zu pflegen, und die Pflege der eigenen Eltern aus der Ferne managen. Polnische Pflegekräfte ermöglichen es somit vielen Familien in Deutschland, eine menschenwürdige Pflege nach dem Pflegeleitbild (im eigenen Haus, Rund-um-die-Uhr, Erhaltung des sozialen Umfeldes etc.) zu organisieren, die sie ihren eigenen Familien durch ihre Abwesenheit jedoch nicht angedeihen lassen können.

<sup>86</sup> vgl. *amerikanische Kinder*: Koch und Metz-Göckel 2004, S. 139.

<sup>87</sup> vgl. *commodified motherhood* bzw. *Mutterschaft als Handelsware*: Parrennas 2001, zit. nach Lutz 2002, S. 176.

<sup>88</sup> Die methodische Grundlage dieser Aussage ist unklar.

## 5. Ausgewählte Ergebnisse aus Studien zu Migrant Care Workers in Deutschland<sup>89</sup>

Wie einzelne Umfragen zeigen, wird die Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in der deutschen Gesellschaft positiv gesehen. 6,5 Prozent der Ratsuchenden in der zentralen telefonischen Pflegeberatung der deutschen Organisation COMPASS bitten regelmäßig um Hilfe oder Rat in Bezug auf solche Anstellungsverhältnisse (vgl. Timnik 2012). Laut Befragung für immowelt.de<sup>90</sup> (2011; vgl. Die Tagespost 19.03.2011) würden 43 Prozent der Deutschen bei Bedarf Leistung einer Migrant Care Worker in Anspruch nehmen. Aus der Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. geht hervor, dass die Hauptgründe, eine Pflegekraft aus dem Ausland anzustellen, sind: 1. eine Pflegekraft im Haushalt ist die einzige Alternative zu einer Rund-um-die-Uhr-Pflege in einem Altenpflegeheim; 2. Bedarf an häufiger Unterstützung und Beaufsichtigung der pflegebedürftigen Person sowie 3. Überforderung der Angehörigen (vgl. von der Malsburg und Isfort 2014, S. 3).

Wie stark der Trend tatsächlich ist, ist nicht einfach zu beantworten. Die Schätzungen reichen von 60 000 bis sogar 300 000 Migrant Care Workers in privaten Haushalten<sup>91</sup>. Einige erfassen ausschließlich polnische Pflegekräfte. Ewelina Biniek (2010/11, S. 9) geht von derzeit 300 000 PolInnen in deutschen Haushalten aus. Keine dieser Zahlen kann jedoch mit Sicherheit bestätigt werden. Mehrere Faktoren erschweren die Erhebung. Neben Schwarzarbeit, häufiger Rotation, Flüchtigkeit und Unregelmäßigkeit der Beschäftigung ist es vor allem der begrenzte Zugang zu privaten Haushalten, der die Lage unübersichtlich macht. Bisher wurden in der deutschen Forschung qualitative Studien veröffentlicht, die ausländische/polnische Pflegekräfte aus der Perspektive der Pendelmigration bzw. Geschlechtertheorien untersucht haben. Hier standen z.B. die Motive und die Arbeitsorganisation in Privathaushalten, die Folgen der Pendelmigration sowie das Verhältnis zwischen den ArbeitgeberInnen und Arbeitneh-

<sup>89</sup> Die hier dargestellten Ergebnisse decken sich einerseits teilweise mit den Erkenntnissen aus allgemeineren Studien zu polnischen ArbeitsmigrantInnen in Deutschland, zeigen andererseits auch neue und nur für Migrant Care Workers charakteristische Merkmale.

<sup>90</sup> Es handelt sich um eine repräsentative Umfrage des Immobilienportals Immowelt: „Wohnen und Leben Winter 2011“. In seinem Auftrag wurden 1.014 Personen durch das Marktforschungsinstitut Innofact befragt.

<sup>91</sup> Von 60 000 Pflegekräfte in deutschen Haushalten gehen Sattler 2005; Mollenkopf et al. 2010, S. 36; Kondratowitz 2005, S. 420 aus. Von 100 000 McEvoy 2011, S. 6; Richter 2006a; Nowicka 2011, S. 23; Isfort und Neuhaus 2009; Meyer 2006, S. 39; Theobald et al. 2011, S. 154. Die Schätzungen rund um 200 000 sind bei Lutz et al. 2010, S. 421; Lutz 2009, S. 43 zu finden und von 300 000 ist u.a. beim Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (zit. nach van Dyk und Thiel 2011) die Rede.

merInnen im Mittelpunkt. Auch Merkmale und ihre Verteilung in der Untersuchungsgruppe wie Herkunft, Alter, Bildungsstand wurden analysiert.

### 5.1 Untersuchungen zu Migrant Care Work in Deutschland: Motivation, Organisation, Gewinne und Kosten

In der häuslichen Pflege in Deutschland werden vor allem Frauen aus Polen, Tschechien und Ungarn angestellt (vgl. Richter 2005a, S. 15). Auch Rumäninnen, Bulgarinnen und Frauen aus den Baltischen Staaten werden bevorzugt eingestellt (vgl. Metz-Göckel und Münt 2007, S. 81). Ihre Sprachkenntnisse werden zwar als schwach bezeichnet, Probleme mit der Kommunikation stören aber die ArbeitgeberInnen nicht grundsätzlich. Viel wichtiger sind für sie Charakterzüge wie Wirtschaftlichkeit, Reinlichkeit, Verantwortung und Sorgsamkeit (vgl. Mollenkopf et al. 2010, S. 40; Kondratowitz 2005, S. 419). Hier sind die Motive für die Anstellung einer Pflegekraft von nationalen Klischees beeinflusst, z.B. der *natürlichen weiblichen Herzlichkeit* (vgl. Schmidt 2006, S. 16). Forschungsergebnisse deuten auch darauf hin, dass zwischen den Migrant Care Workers und der pflegebedürftigen Person ein quasi-familiäres Verhältnis entstehen kann, z.B. eine Art Mutter-Tochter-Beziehung, die als *fictive kin relationship* bezeichnet wird (Karner 1998, zit. nach Karakayali 2010a, S. 51). Einerseits entstehen solche Verbindungen meist aus dem Wunsch der Pflegebedürftigen nach Betreuung durch ihre Angehörigen, andererseits aus dem Bedürfnis der Pflegekraft nach Anerkennung und Aufwertung ihrer Arbeit.

Die Pendelmigration kann unterschiedlich motiviert sein. Juliane Karakayali (2010a, S. 11) hat dazu eine Typologie entwickelt, in der sie die Haushaltsarbeit als a) Dequalifizierungserfahrung, b) Passage zur transnationalen Berufskarriere, c) Bedingung eines gelungenen biographischen Neuanfangs und d) Überlebensstrategie darstellt. Sie benutzte biographische Interviews für ihre Untersuchung, was in ihrem Fall allerdings die Frage aufwirft, inwieweit eine biographische Erzählung in einer Nicht-Muttersprache möglich ist und welchen Wahrheitsgehalt Aussagen zu intimen Erlebnissen unter solchen Umständen tatsächlich haben.

Migrant Care Workers stellen in Deutschland eine sehr attraktive Alternative zu den (teureren) professionellen Leistungen dar, besonders im Fall der Pflege demenzkranker Personen. Ihre Löhne auf dem Schwarzmarkt oszillieren zwischen 300 und 800 – 1 300 Euro (vgl. Richter 2004, S. 14; Meyer 2006, S. 39; Kapica 2011, S. 2; Alt 2003, S. 122). Aus den Gesprächen mit Migrantinnen geht hervor, dass sie zu Weihnachten, Geburtstagen etc. zusätzliche Geschenke von ihren ArbeitgeberInnen bekommen (vgl. Lutz 2008b, S. 46). Dafür

üben sie Aufgaben aus, die in der Regel „Cooking, Cleaning und Caring“ also die 3 Cs umfassen (Anderson 2000, zit. nach Lutz 2008a, S. 61). Die Angehörigen der pflegebedürftigen Person erwarten von ihnen manchmal u.a., dass sie ihre Freizeit den Pflegebedürftigen widmen, diese begleiten und anderen Familienmitgliedern beim Vorbereiten von Familienfesten helfen (vgl. Schmidt 2006, S. 18).

Wie es sich auch in den Untersuchungen für andere Länder gezeigt hat, finden sie die Pflegestellen dank privater Kontakte, arbeiten meistens im Rotationsystem und werden in ihrer Urlaubszeit von anderen Angehörigen bzw. Bekannten vertreten (vgl. Karakayali 2010a, S. 291-293). Sie halten den Kontakt mit ihrer Familie im Herkunftsland durch Telefonate und Internet aufrecht (vgl. Mollenkopf et al. 2010, S. 41; Lutz 2007a, S. 164). Dank solcher Organisation der Arbeit und des Familienlebens sind sie imstande, wenigstens teilweise die Komplikationen am Arbeitsplatz zu überwinden.

## 5.2 Migrant Care Workers in Deutschland und Ausbeutung am Arbeitsplatz

So wie auch in den internationalen Studien gezeigt, leiden Migrant Care Workers in Deutschland unter diversen Belastungen. Die Ursachen sind vielfältig. Private Pflegevermittlungsagenturen informieren die potenziellen Pflegekräfte oft nur unzureichend (vgl. Lutz 2009, S. 46). Dies führt dann zu Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, wie Stress z.B. bei der Pflege Demenzkranker (vgl. Mollenkopf et al. 2010, S. 40), Sehnsucht nach der Familie, Aufgabenüberlastung oder sexuelle Belästigung seitens der Arbeitgeber (vgl. Hess und Lenz 2001, S. 143; Anderson 2006, S. 153-156; Heubach 2002, S. 173; Karakayali 2010c, S. 163-164). Auch werden Freizeitmangel und schlechte Wohnbedingungen als Belastung angesprochen (vgl. Alt 2003, S. 122). Last but not least gehört der Mangel an Anerkennung zu den problematischen Aspekten ihrer Beschäftigung, weil die Pflege *touch work* bedeutet, d.h. mit Eingriffen in die Intimsphäre der Pflegebedürftigen assoziiert wird und nicht als „richtige Arbeit“ wahrgenommen wird (vgl. Karakayali 2010b, S. 166).

In Anbetracht dieser prekären Arbeitsbedingungen in der häuslichen Pflege werden auch neue Begriffe eingeführt, nämlich: *Sklaverei des XXI Jahrhunderts*, *moderne Sklaverei*, *Nigger Europas* (Geiselberger 1972 und Klee 1971, zit. nach Karakayali 2008, S. 235). Diese Begrifflichkeiten weisen auf die Ausbeutung der Pflegerinnen hin, auf ihre komplizierte Lebenssituation und letztlich auf den Mangel an beruflichen Perspektiven im Ursprungsland. Sie entmündigen diese Personen und erwecken den Eindruck, die MigrantInnen würden, wie schon angedeutet, zur Annahme eines Arbeitsangebots im Niedriglohn-

sektor im Ausland gezwungen (vgl. Tacoli 1999, S. 661). Die Betroffenen kritisieren diese Bezeichnungen. Sie betonen, dass sie sich freiwillig für eine Pflegearbeit im privaten Haushalt entschieden haben (vgl. Karakayali 2008, S. 236) und Gewinn aus dieser Situation ziehen. Die Darstellung der ausländischen Pflegekraft als Opfer und benachteiligte BrotverdienerIn, die ihre eigene Familie zurücklässt, überwiegt in der Literatur (vgl. Jurt und Roulin 2014). Auch in den deutschen Medien werden ausländische Pflegekräfte zumeist entweder als Opfer von Repressionen (vgl. Ebd.) dargestellt oder als sich aufopfernde Familienernährerinnen, die ihr Herkunftsland immer wieder verlassen, um Geld für ihre Familien zu verdienen. Es gibt aber auch die Darstellung der Pflegekraft als Heldin<sup>92</sup>, die ihre Erwerbsmigration als Erfolg in ihrem Leben bewertet, weil sie durch sie in der Lage ist, ihre Familie zu unterhalten und gleichzeitig deutsche Familien zu entlasten. In den Studien zum Phänomen der polnischen PendelmigrantInnen in der häuslichen Pflege in Deutschland wird ihre Kompetenz, Tüchtigkeit und Zugewandtheit betont.

### 5.3 Studien zu polnischen Pflegekräfte in Deutschland

Studien zu polnischen Pflegekräften in Deutschland sind vor allem qualitative Studien. Sie wurden individuell bzw. im Rahmen der Projekte von ForscherInnen aus Deutschland, Polen und USA durchgeführt. In diesen Studien lag der Fokus auf der Organisation der Arbeit und des Privatlebens von PendelmigrantInnen in zwei Ländern und die Analyse erfolgte meist aus der europäischen Perspektive. Zur Untersuchungsgruppe gehörten im hohen Masse PflegerInnen, die in der Schattenzone arbeiteten.

#### Migrant Care Workers aus Polen und das Gleichgewicht des doppelten Lebensraums

Die Lebenssituation der Migrant Care Workers aus Polen in Deutschland wurde bisher teilweise u.a. im Rahmen des Forschungsprojektes „Grenzenräume – Zwischenräume: Migrationsbewegungen von Polinnen ins Ruhrgebiet“ erforscht (vgl. Kniejska 2011a, S. 52-53). Sigrid Metz-Göckel, A. Senganata Müntz und Dobrochna Kałwa führten Interviews mit 40 Pflege- und Reinigungskräften in Polen und im Ruhrgebiet. Ihre Forschung zeigt die Diversität des Pendelns. Viele InterviewpartnerInnen verbringen im Ausland meistens zwei bis drei Mo-

<sup>92</sup> Diese Perspektive überwiegt in den polnischen Medien, die sich erst in letzter Zeit mit dem Thema intensiver beschäftigen (vgl. Stasik 2013).



nate. Einige Personen kommen nicht regelmäßig zur Arbeit nach Deutschland oder nur sporadisch. Andere wiederum kehren selten nach Hause zurück (vgl. Metz-Göckel et al. 2010, S. 49).

Einen großen Wert während des Aufenthaltes im Ausland haben die persönlichen Kontaktnetze, die teilweise spontan während der Busreise nach Deutschland geknüpft werden (vgl. Cyrus 2008, S. 192). So lernen sie andere Personen kennen, oft ehemalige Migrant Care Workers, die u.a. kostenpflichtige Leistungen anbieten, aber auch Beratung und Hilfe bei der Suche nach einer Stelle. Je besser aber die Deutschkenntnisse sind, desto selbständiger und tüchtiger sind die Frauen in der Organisation ihrer Beschäftigung im Ausland (vgl. Münt 2008, S. 222). Ein anderer Ort, um Kontakte zu suchen und zu pflegen, ist die katholische Kirche in Deutschland (vgl. Metz-Göckel und Münt 2010, S. 80; Münt 2007, S. 173-174).

In der Studie von Metz-Göckel et al. wurde u.a. das Verhältnis zwischen den Migrantinnen, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen berücksichtigt. Die Arbeit in der Pflegestelle wird darin oft als Quasiarbeit bezeichnet, da es zwischen den VertragspartnerInnen nicht selten zu emotionalen Bindungen kommt und die Pflegekraft sich an die Arbeit im eigenen Haushalt erinnert fühlt.

Als größte Belastung nennen sie den Freizeitmangel, weil ihre Lebenssituation als live in ihnen keine Möglichkeit gibt, am Arbeitsort Gäste einzuladen oder die Arbeit zu begrenzen, und sie zudem mit der Angst leben angezeigt zu werden. Dieses Phänomen wird als *Grenzenlosigkeit der Arbeit* bezeichnet (vgl. Metz-Göckel et al. 2010, S. 43 u. 259; Kałwa 2008, S. 136).

Summa summarum stellen die interviewten Frauen aber ihre berufliche Karriere im Ausland als *Erfolgstory* (vgl. Kałwa 2007b, S. 216) und sich selbst als *Familienheldinnen* dar. Im Zusammenhang damit weisen die Autorinnen auf die Bedeutung des „häuslichen Matriarchats“<sup>93</sup> (Walczevska 1999, zit. nach Metz-Göckel et al. 2010, S. 53 u. 280-282) und der *Mutterschaft auf Distanz* im Leben der Migrantinnen hin (vgl. Kałwa 2008, S. 139). Ein Leben im Dazwischen, zwischen Heimat und Arbeit, ist für diese Migrantinnen Alltag. Die Schlussfolgerung der Forscherinnen lautet, dass die Arbeitsmigration der Polinnen einen sich selbst verstärkenden Charakter hat und Ziele und Motive, von denen sie sich am Anfang leiten ließen, durch neue Bedürfnisse ersetzt werden, wie Hilfe für Kinder, Enkelkinder etc. (vgl. Metz-Göckel et al. 2010, S. 343).

<sup>93</sup> Ist ein von Slawomira Walczevska eingeführter Begriff. Er bedeutet System von Normen und Praktiken im polnischen Haushalt, der von der Dominanz der Mutter in der privaten Sphäre realisiert wird, „die eine reale Macht über die Familie und den von ihr geführten Haushalt hat“ (Kałwa 2007b, S. 218). Dies ist u.a. die Folge der Ausschließung polnischer Frauen in der Öffentlichkeit.

## Migrant Care Workers aus Polen als Leben in „zwei Welten“ oder in einem Zwischenraum?

Die Vereinbarung und Organisation der Arbeit in dem einen Land und des Familienlebens in einem anderen Land untersuchten Bernhard Emunds und Uwe Schacher (2012) im ihren Forschungsprojekt „Ausländische Pflegekräfte in Privathaushalten“. Sie führten eine akteurszentrierte Netzwerkanalyse durch. Sie erstellten vier Pflegesettings, wobei jedes aus Interviews mit der Pflegekraft<sup>94</sup> und mit den Angehörigen und in zwei Fällen auch mit der gepflegten Person bestanden, und versuchten die Beziehungen zwischen allen drei Akteuren zu erfassen und dadurch die Struktur der Pflegearbeit darzustellen. Die Wissenschaftler haben die Einstellungen der InterviewpartnerInnen zu ihrem undokumentierten Arbeitsstatus aus verschiedenen Perspektiven aufgezeigt. Sie haben den Lebensalltag der Pflegekräfte und zwei Netzwerke beschrieben: das der Pflegekräfte und das der Pflegenachfragenden. Allerdings wurden in dieser Studie nur vier Familien untersucht. Die interviewten Pflegekräfte bildeten eine relativ homogene Gruppe, die ihre Entscheidung zur Pendelmigration als Erfolgsgeschichte darstellte. Fraglich ist überdies, inwiefern sie sich während der Untersuchung unabhängig und frei gefühlt haben, über ihre Erfahrungen und Verhältnisse mit den ArbeitgeberInnen zu erzählen.

Die Forscher sind zu dem Fazit gekommen, dass die PflegerInnen ihre Situation eher in der Kategorie *Kontinuitätsbrüche*, d.h. *Leben versus Nicht-Leben* wahrnehmen. Das bedeutet: Sie konzentrieren sich während ihres Aufenthalts in Deutschland auf ihre Beschäftigung und während des Aufenthalts in Polen auf das Leben ihrer Familien: „Das Individuum erlebt sich nicht primär in zwei verschiedenen Welten, sondern lebt in der einen Welt außerhalb – und für die Zeit des Pflegesettings ‚nicht‘“ (Emunds und Schacher 2012, S. 58). Diese Deutung bildet einen Gegensatz zur *These der zwei Leben bzw. eines Lebens im Zwischenraum* von Sigrid Metz-Göckel et al. (2010, S. 66-67).

## Rolle der Migrant Care Workers in Pflegehaushalten und Motive der Beschäftigung in der Pflege

Agnieszka Satola (2010) widmet in ihrer Fallanalyse eine größere Aufmerksamkeit den Verhältnissen in der häuslichen Pflege, die im Rahmen des europäischen Forschungsprojektes „Integration of Female Immigrants in Labour Market and Society. Policy Assessment and Policy Recommendations“ (FeMiPol) durchgeführt wurde. Sie reflektiert besonders die Komplexität der Aufgaben, die

<sup>94</sup> Drei Interviewpartnerinnen waren polnischer Herkunft und eine stammte aus Ungarn.

ihre Interviewpartnerinnen erfüllen muss. Die Gewohnheit, verschiedene Pflichten zu vereinbaren, motiviert Migrant Care Worker zur beruflichen Multitasking-Aktivität am Arbeitsplatz in Deutschland, so wie z.B. die Renovierung der Wohnung der pflegebedürftigen Person und der Schutz der Pflegebedürftigen. Die familiären Redewendungen, z.B. *Oma*, die die Pflegerin zur Bezeichnung der Klientin benutzt, hätten einen besonderen Zweck, nämlich die Familie der Pflegebedürftigen für ihre Bedürfnisse zu sensibilisieren und die psychischen Belastungen der Migrantinnen, die mit dem unklaren Charakter ihrer Arbeit verbunden sind, zu reduzieren. Sie deutet auf die zunehmende *Familiarisierung* der pflegerischen Aufgaben und die *24-Stunden-Pflege* hin (Satola 2010, S. 181-190).

Last but not least ist noch eine Vergleichsstudie zwischen Pflegekräften in Polen und in Deutschland zu erwähnen. So einen Vergleich polnischer PflegerInnen in Berliner Privathaushalten und im stationären Sektor in Krakau hat Gwen McEvoy (2011, S. 6-8) durchgeführt. Ihre Ergebnisse haben gezeigt, dass Migrant Care Workers, meist Frauen im mittleren Alter, sowohl zur körperlichen Pflege, zu Haushaltsführung der Pflegebedürftigen als auch zum Gesellschaften verpflichtet sind. Sie verdienen 1 110 Euro monatlich und bekommen Reisekostenerstattung. Viele von ihnen entscheiden sich für diese Art Arbeit im Ausland, weil sie für sich keine Verdienstperspektiven in Polen sehen.

#### 5.4 Polnische Pflegekräfte in Deutschland – kritische Bemerkungen zum Forschungsstand

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in bisherigen Forschungen zu Migrant Care Workers in Deutschland vor allem die Perspektive der Gender- und Migrationstheorie dominierte. Studien aus dem Bereich der Pflegeforschung gibt es kaum nennenswerte. In diesen Projekten bildeten die polnischen Pflegekräfte nur einen Teil der untersuchten Gruppe<sup>95</sup>. Die Analysen betreffen zwar Migrationsmotive, aber nicht unbedingt die Motive der Entscheidung für eine Arbeit gerade in der Pflegebranche. Ein starker Akzent wird auf die Lebensläufe und Familiensituation der Migrantinnen/Pflegerinnen gelegt, also auf die Biographien der Frauen und auf den Einfluss der Pendelmigration auf ihre Lebensläufe. Unterbeleuchtet wurden bisher die Vorbereitung der PendelmigrantInnen auf die Pflegestelle bzw. die erworbenen Fähigkeiten. Es fehlt eine genauere Dar-

<sup>95</sup> Entweder wurden im Rahmen einer Studie Migrant Care Workers aus mehreren Ländern interviewt (vgl. Karakayali 2010a; Emunds und Schacher 2012; Elrick und Lewandowska 2008) oder es wurde die Lebenslage polnischer Migrantinnen analysiert, die zwar größtenteils in der häuslichen Pflege arbeiteten, die aber auch als Reinigungskräfte, Au-Pair etc. in privaten Haushalten oder in der stationären Pflege beschäftigt waren (vgl. Metz-Göckel et al. 2010; Lutz 2007a; McEvoy 2011).

stellung des Pflegeumfangs und der Relevanz der erbrachten Pflege für die Betroffenen wie für das Pflegesystem. Nicht bekannt sind die Erfahrungen der InterviewpartnerInnen mit anderen Pflegeakteuren, z.B. mit professionellen Pflegediensten oder Angehörigen, und es gibt relativ wenige Daten, die die Erfahrungen der Pflegekräfte mit diesen Akteuren erfassen. Der Schwerpunkt vieler Studien liegt in den erlebten Belastungen, die persönlichen Gewinne aus der Beschäftigung als Pflegekraft werden hingegen kaum berücksichtigt. Last but not least bilden männliche Pfleger eine in der bisherigen Forschung kaum berücksichtigte Gruppe.

### 5.5 Fazit: Doppelseitige Antriebskraft – die Motoren der Beschäftigung von Migrant Care Workers in Deutschland

Die Entwicklung und das Ausmaß des hier beschriebenen Phänomens werden von Faktoren sowohl im Entsendungsland Polen als auch in Deutschland bestimmt. Die steigende Zahl der Pflegebedürftigen, die den Wunsch nach einer Pflege im eigenen Zuhause äußern, wo die Entstandardisierung der Lebensläufe der Familienmitglieder und die damit zusammenhängende(n) Belastungen einer Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit auftreten, stellen die Angehörigen vor eine schwierige Situation. Die Unterstützung seitens des Staates erfolgt auf finanzieller Basis, die eine Entlastung darstellt, jedoch in Anbetracht der Kosten der professionellen Pflege und unzureichender pflegerischen Infrastruktur nur bedingt hilft.

Gleichzeitig ermöglicht das Pflegegeld den Angehörigen, Pflegekräfte zu bezahlen, die aus wirtschaftlich schwächeren Ländern kommen und die die Beschäftigung im sekundären Arbeitssektor als eine Chance zur Verbesserung ihrer Lebenssituation sehen. Im Fall polnischer MigrantInnen wird diese Verdienststrategie zusätzlich durch die Nähe der Grenzen und Kontaktnetze zwischen Polen und Deutschland gewählt. Die über 40 Jahre dauernde kommunistische, politische und gesellschaftliche Ordnung hatte nach der Transformation spürbare Konsequenzen für die Wirtschaft und die berufliche sowie finanzielle Situation der polnischen BürgerInnen. Die Nachbarschaft mit Deutschland ermöglichte vielen (vor allem nach Öffnung der Grenzen und des Arbeitsmarktes) das Pendeln zur Arbeit und regelmäßige Rückfahrten nach Hause. Dieser „geschützte“ Raum des häuslichen Pflegesettings und die Vorstellung von (guter) Pflege werden im folgenden Teil genauer analysiert und eine Gruppe von PflegerInnen aus Polen eingehender erforscht, so dass bisherige Erkenntnisse ergänzt sowie Besonderheiten aufgedeckt und neue Fragestellungen beantwortet werden können.

Migrant Care Workers aus Polen in der häuslichen  
Pflege

Zwischen familiärer Nähe und beruflicher Distanz

Kniejska, P.

2016, XV, 287 S. 14 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-14205-6