

ZUWANDERUNG VON INDISCHEN PFLEGEKRÄFTEN NACH DEUTSCHLAND

EINE EXPLORATIVE ANALYSE DER CHANCEN UND HEMMNISSE

Dissertation zur Erlangung des Grades Doctor of Public Health (Dr. PH)
der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

vorgelegt von

MEIKO MERDA, M. A.

Walderseestraße 8, 13407 Berlin

Erstgutachter: PROF. DR. RALF E. ULRICH

Zweitgutachter: PROF. DR. OLIVER RAZUM

Drittgutachterin: PROF. DR. DORIS SCHAEFFER

Berlin, Mai 2017

Geschafft, Frau Doktor.

Inhalt

ABSTRACT	8
ZUSAMMENFASSUNG	12
1 EINLEITUNG	16
2 HINTERGRUND UND FORSCHUNGSSTAND	19
2.1 Demografische Situation in Deutschland	19
2.2 Fachkräftebedarf in der Altenpflege	24
2.3 Situation in potenziellen Herkunftsländern	29
2.3.1 Mittel- und osteuropäische Länder	29
2.3.2 Philippinen	33
2.3.3 Indien	35
2.4 Zwischenfazit	38
2.5 Theoretischer Rahmen	39
2.5.1 Migrationstheoretische Ansätze	39
2.5.2 Integrationstheoretische Ansätze	50
2.6 Ziele und Fragestellungen	58
2.6.1 Ziele	58
2.6.2 Fragestellungen	61
3 METHODE	62
3.1 Sekundäranalyse	63
3.2 Interviews	67
3.3 Befragung	79
3.4 Triangulation	87

4	ERGEBNISSE	90
4.1	Darstellung der Literaturrecherche und Befragungsgruppen	90
4.2	Ergebnisse zu Chancen und Hemmnisse aus der Sicht Deutschlands	95
4.2.1	Anschlussfähigkeit indischer Kompetenzen in Deutschland	95
4.2.2	Sprache und Deutschlernen	105
4.2.3	Kulturelle Aspekte	119
4.3	Ergebnisse zu Chancen und Hemmnissen aus der Sicht Indiens	134
4.3.1	Ökonomische Effekte von Migration in Indien	134
4.3.2	Auswirkungen auf das Humankapital	140
4.4	Ergebnisse zu Chancen und Hemmnissen für indische Pflegekräfte	155
4.4.1	Migrationshemmnisse	155
4.4.2	Migrationstreiber	160
4.4.3	Zielregionen und Bereitschaft einer Auswanderung nach Deutschland	168
5	DISKUSSION UND KRITIK	175
5.1	Chancen und Hemmnisse aus der Sicht Deutschlands	175
5.2	Chancen und Hemmnisse aus der Sicht Indiens	184
5.3	Chancen und Hemmnisse für indische Pflegekräfte	188
5.4	Kritische Reflexion der eingesetzten Methoden	194
6	FAZIT UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	199
7	LITERATURVERZEICHNIS	202
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	231

Abbildungen

Abbildung 1: Entwicklung des Alten- und Seniorenquotienten in Deutschland bis zum Jahr 2060 .	22
Abbildung 2: Bevölkerungsaufbau in Deutschland 2013 (ausgefüllt) und 2060 (transparent)	23
Abbildung 3: Arbeitslose, Arbeitsuchende, gemeldete Stellen Altenpflege (Fachkräfte)	26
Abbildung 4: Vakanzzeiten in Branchen mit größtem Fachkräftebedarf in Deutschland (in Tagen)	27
Abbildung 5: Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter in allen MOEL (2015-2050)	30
Abbildung 6: Bevölkerungsaufbau in Polen 2013 (ausgefüllt) und 2050 (transparent)	31
Abbildung 7: Anzahl der Pflegekräfte und Hebammen in ausgewählten MOEL im Jahr 2012	32
Abbildung 8: Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter auf den Philippinen (2015-2050)	33
Abbildung 9: Bevölkerungsaufbau auf den Philippinen 2013 (ausgefüllt) und 2050 (transparent) .	34
Abbildung 10: Absolventen Studiengang „Medical and Allied“ in den Jahren 2004/5-2011/12	35
Abbildung 11: Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter in Indien zwischen 2015 und 2050	36
Abbildung 12: Bevölkerungsaufbau in Indien 2013 (ausgefüllt) und 2050 (transparent)	36
Abbildung 13: Anzahl der Pflegekräfte und Hebammen in Indien 1991-2011 (in Tausend)	37
Abbildung 14: Ablaufmodell der Datenauswertung	75
Abbildung 15: Auszug der gebildeten Kategorien in MAXQDA	78
Abbildung 16: Hierarchische Einordnung der methodischen Zugänge dieser Arbeit	88
Abbildung 17: Charakteristika der Befragungsgruppe	94
Abbildung 18: Struktur des Kastenwesens und traditionelle Berufe von Kastenangehörigen	121
Abbildung 19: Entwicklung der Remissionen nach Indien seit 1970 (in Mrd. US-Dollar)	137
Abbildung 20: Anteil der Remissionen am Bruttoinlandsprodukt in Prozent (Top 20 weltweit)	138
Abbildung 21: Zahl asiatischer Hochqualifizierte im Verhältnis zu Erwerbspersonen (in Prozent)	146
Abbildung 22: Zustimmungen zu ausgewählten Hemmnissen einer Auswanderung	159
Abbildung 23: Migrationsaspirationen nach beruflichem Hintergrund der Befragten	162
Abbildung 24: Wanderungsverhalten von Pflegekräften innerhalb der OECD	170

Tabellen

Tabelle 1: Veränderung des Altersaufbaus in Deutschland in den Jahren 2013 bis 2060	21
Tabelle 2: Beschäftigte in der Altenpflege in den Jahren 2000 bis 2014 (in Vollzeitäquivalenten) .	25
Tabelle 3: Menschen im erwerbsfähigen Alter in einzelnen MOEL (2015-2050; in Mio.)	30
Tabelle 4: Wesentliche Erklärungsansätze für Migration und Migrationsfolgen	49
Tabelle 5: Kriterien zur Bewertung der Qualität von Studien im Sinne von STROBE	65
Tabelle 6: Kennzeichen der Interviews	69
Tabelle 7: Leitfragen nach Expertise der Befragten.....	72
Tabelle 8: Exemplarisches Vorgehen bei der Kategorienbildung	77
Tabelle 9: Übersicht über die durchgeführten Befragungen	82
Tabelle 10: Übersicht über die Themen bzw. Fragestellungen und Items des Fragebogens	84
Tabelle 11: Rolle der eingesetzten Methoden in Abhängigkeit zur jeweiligen Fragestellung	89
Tabelle 12: Identifizierte Literatur bei der Sekundäranalyse	90
Tabelle 13: Übersicht über die geführten Interviews.....	91
Tabelle 14: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Pflegeausbildung“ und „Anerkennung“	97
Tabelle 15: Antworten auf Kompetenzen indischer Pflegekräfte für Tätigkeit in der Altenpflege	98
Tabelle 16: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Sprache in Pflegeberufen“, „Ressourcen“	106
Tabelle 17: Antworten auf sprachliche Herausforderungen, Ressourcen und Maßnahmen	107
Tabelle 18: Übersicht über die Literaturrecherche zu „kulturellen Aspekten“	119
Tabelle 19: Antworten zu kulturellen Aspekten bei der Beschäftigung indischer Pflegekräfte	120
Tabelle 20: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Ökonomische Effekte von Migration“	135
Tabelle 21: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Auswirkungen auf das Humankapital“	141
Tabelle 22: Antworten auf die Verwertbarkeit altenpflegerischer Kenntnisse in Indien	142
Tabelle 23: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Migrationshemmnissen“	156
Tabelle 24: Antworten zu „Migrationskosten“	156
Tabelle 25: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Migrationstreiber“	160
Tabelle 26: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Zielregionen“ und „Deutschland“	168
Tabelle 27: Antworten zur Bereitschaft einer Auswanderung nach Deutschland	169
Tabelle 28: Erkenntnisse und theoretischer Bezug „Anschlussfähigkeit“	177
Tabelle 29: Erkenntnisse und theoretischer Bezug zu „Sprache und Deutschlernen“	179
Tabelle 30: Erkenntnisse und theoretischer Bezug der „Kulturellen Aspekten“	182
Tabelle 31: Erkenntnisse und theoretischer Bezug der „Auswirkungen auf das Humankapital“ ...	187
Tabelle 32: Erkenntnisse und theoretischer Bezug der „Migrationshemmnisse“	189
Tabelle 33: Erkenntnisse und theoretischer Bezug der „Migrationstreiber“	191
Tabelle 34: Erkenntnisse und theoretischer Bezug der „Zielregionen“, „Deutschland“	193

Abkürzungen

BA	Bundesagentur für Arbeit
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
d. Verf.	des Verfassers
et al.	„et alia“ entspricht dem Deutschen „und andere“
etc.	et cetera
GNM	General Nursing and Midwifery
IBM	International Business Machines Cooperation
i. d. R.	in der Regel
inkl.	inklusive
Mio.	Millionen
MOEL	mittel- und osteuropäische Länder
Mrd.	Milliarden
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
n	Zahl der Befragten einer Studie
S.	Seite
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Dissertation nur die männliche Form verwendet. Es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

Abstract

BACKGROUND

In Germany the demand for care workers is constantly increasing due to a decline in the pool of potential applicants, whilst at the same time the number of persons in need of care is increasing. In the care sector the subject of immigration is becoming an issue in terms of both policy and practice. Moreover, it is to be expected that due to similar demographic conditions in central and eastern European states foreign care workers will no longer come to Germany primarily from these countries. On the other hand, population development in large Asiatic states – such as the Philippines or India – promises considerable recruitment potential.

This paper analyses the immigration of Asiatic care workers in more detail, using India as a case example. The opportunities and risks will be discussed for all parties involved, that is (A) Germany, (B) India and (C) itinerant Indian care workers.

In theoretical terms the study is based upon classic migration theories. The discussion of the integration capacity of Indian care workers in Germany applies standard cultural and linguistic theory approaches.

METHOD

The very broad basis of this explorative study also required a very broad and open methodological instrument set: for the sake of triangulation a secondary analysis was supplemented by interviews and a non-representative written survey.

For the secondary analysis, the main methodological basis of this thesis, a systematic sweep of scientific search engines was performed to find relevant publications. In addition the snowball method was applied.

In addition to the secondary analysis and the interviews a written survey was also conducted among 189 members of Indian educational institutes and one hospital,

exploring the whole complex of issues. In common with most explorative examinations, this survey cannot claim to be representative. Compared to the other methodological approaches the survey was less relevant in the acquisition of information.

On some topics insufficient scientific sources were identified. Therefore, for further delimitation of the issues a total of 41 interviews were held in Germany and India with Indian care workers and experts with specific background knowledge. The interviews were semi-standardised. A discussion guide was used. The analysis was done in line with qualitative content analysis according to Mayring (2015).

RESULTS

The first impediment to the employment of Indian care workers from the viewpoint of German employers was found to be the lack of transparency in the recognition procedure. In addition, Indian care workers have very little experience of basic intimate physical care; however they did not seem opposed in principle to performing these tasks.

The interviews revealed that lack of German language skills was the greatest challenge for Indian care workers when starting work in German care homes. Language barriers came to light particularly in interaction with dementia patients. Basically however the Indian care workers were highly motivated to learn German and they developed language proficiency relatively quickly to a level adequate for work in caring for old people. However this should be supported by systematic German language teaching in India before emigration and supplemented by on-the-job German language teaching. This thesis thus follows the basic premises of research into and approaches to language acquisition with regard to beneficial and obstructive factors in learning a foreign language (motivation, possibilities of contact with the target language, fear).

Cultural challenges in everyday working life arose in particular from a different understanding of hierarchies. In interviews the Indian care workers were perceived as subservient to authority, submissive, reticent and reverential towards superiors. In addition, the study results show that India is a powerfully collectivist society in which elders are held in great respect. Also lifestyles and attitudes to time differ to those

in Germany. But generally the Indian care workers became acclimatised to the different customs relatively quickly – particularly where there were constant contact persons available and intercultural training was offered. The results thus comply with the theoretical premises of the culture dimensions of Hofstede et al. (2010) and Hall (1989).

From the perspective of the country of origin India, the migration of Indian care workers offers economic potential. In line with transnationalism and the new economics of labour migration, Indians living abroad maintain contact with home and make considerable financial transfers home (= remissions). The positive social and economic development of the Indian state most affected by migration – Kerala – is, according to the secondary analysis, largely attributable to the influence of these remissions.

The secondary analysis and the results of the written survey clearly show that no significant brain drain is to be expected in India if Indian care workers migrate to Germany. The pool of potential employees in India is large, employment demand and supply could regulate themselves. In the case of new emigration opportunities, it is foreseeable that more young people would opt to train as caregivers. In the long term positive effects could be expected – e.g. migrants returning to India from Germany could support the professionalization of care for the elderly in India with their newly acquired expertise. This study therefore aligns itself with brain gain approaches. The main assumptions of brain drain (i.e. the loss of workers through migration) are disproved for the case example of India.

Indian care workers have been going abroad in large numbers for decades; in the past especially to the Gulf states. However according to the secondary analysis and interviews western industrialised nations are a more attractive option, even if the costs of emigration there are greater in terms of financial outlay, physical separation from family and to some extent more restrictive emigration conditions. The Indian care workers hope to achieve better professional development opportunities, higher income and better overall living conditions for themselves and their families through migration. These results are thus consistent with classic migration theory (micro and macroeconomics), which see higher wages as the main driver of migration.

In the competition for Indian care workers, Germany has a disadvantage compared to English-speaking industrialised nations (language, small diaspora). However the interviews and the explorative survey indicate that a relatively large number of Indian care workers would be motivated to emigrate to Germany.

CONCLUSIONS

This work largely recognises opportunities in the migration of Indian care workers to Germany. But substantial challenges, inter alia for German employers, were also identified (language, culture). The results suggest various approaches to overcome these.

In the first instance legislation represents a particularly challenging obstacle. Germany would have to take a much more offensive approach in global competition in order to attract immigrant Indian care workers in large numbers. This includes on the one hand establishment of a more transparent unified recognition procedure. On the other hand, a strategic reorientation is required. The German government bases its migration policy on results from the WHO, which on the basis of individual reference values counts India among countries with a critical lack of healthcare personnel. There are fears that further emigration would intensify the lack of specialist staff and so the “active” recruitment of Indian care workers is prohibited. This study was able to show that these fears are unfounded. Thus, the results represent a call for new criteria for evaluating both the risks *and* opportunities of care workers emigration for individual countries of origin which are better able to record the complex migration reality.

Zusammenfassung

HINTERGRUND

In Deutschland nimmt der Bedarf an Pflegekräften durch den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials bei einer gleichzeitig ansteigenden Zahl an Pflegebedürftigen zu. Das Thema Zuwanderung rückt in der Pflege auf die Agenda von Politik und Praxis. Dabei werden aus mittel- und osteuropäischen Ländern aufgrund ähnlicher demografischer Bedingungen aller Voraussicht nach nicht länger die meisten ausländischen Pflegekräfte nach Deutschland zuwandern. In großen, asiatischen Staaten – wie den Philippinen oder Indien – spricht die Bevölkerungsentwicklung hingegen für erhebliche Rekrutierungspotenziale.

Diese Arbeit analysiert die Bedingungen einer Zuwanderung von asiatischen Pflegekräften am Fallbeispiel Indien näher. Für alle Beteiligten, und somit (A) Deutschland, (B) Indien und (C) wandernde indische Pflegekräfte, werden Chancen und Risiken exploriert.

Theoretisch fußt die Dissertation auf klassischen Migrationstheorien. Zur Diskussion der Integrationsfähigkeit indischer Pflegekräfte in Deutschland werden gängige kulturtheoretische und sprachwissenschaftliche Ansätze zugrunde gelegt.

METHODE

Diese inhaltlich sehr breit angelegte explorative Arbeit erforderte auch ein sehr breites und offenes methodisches Instrumentarium: Im Sinne einer Triangulation wurde eine Sekundäranalyse ergänzt durch eine schriftliche Befragung sowie vertiefende semi-strukturierte Interviews.

Bei der Sekundäranalyse, dem wesentlichen methodischen Fundament der vorliegenden Arbeit, wurden Veröffentlichungen systematisch in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken gesucht. Darüber hinaus kam die Schneeballmethode zum Einsatz.

Die schriftliche Befragung unter 189 Angehörigen von indischen Bildungsstätten und eines Krankenhauses fand zur Exploration des Themenfeldes und in Ergänzung der Sekundäranalyse und Interviews statt. Wie explorative Untersuchungen im Allgemeinen, hegt auch diese Befragung keinen Anspruch auf Repräsentativität. Für den Erkenntnisgewinn war sie im Vergleich mit den anderen methodischen Zugängen weniger relevant.

Zu einigen Themen ist die wissenschaftliche Datenlage unzureichend. Diesem Forschungsdefizit wurde durch die qualitativen Interviews entgegengewirkt. Die Interviews ermöglichten zudem die Vertiefung bestimmter Themengebiete. Insgesamt wurden 41 halbstandardisierte Interviews in Deutschland und Indien mit indischen Pflegekräften, deutschen Leitungskräften und Experten mit spezifischem Hintergrundwissen durchgeführt. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

ERGEBNISSE

Als Hemmnis für die Beschäftigung indischer Pflegekräfte stellte sich aus der Sicht deutscher Arbeitgeber zuerst das wenig transparente Anerkennungsverfahren heraus. Darüber hinaus verfügen indische Pflegekräfte kaum über Erfahrungen mit der körpernahen Grundpflege; sie zeigten sich in der eigenen Erhebung aber nicht generell abgeneigt, diese auszuüben.

Mangelnde Deutschkenntnisse galten in den semi-strukturierten Interviews als größte Herausforderung zu Beginn einer Tätigkeit indischer Pflegekräfte in deutschen Altenheimen. Insbesondere in der Interaktion mit dementiell beeinträchtigten Menschen traten Sprachbarrieren zutage. Grundsätzlich waren indische Pflegekräfte aber sehr motiviert, Deutsch zu lernen und sie sprachen und verstanden Deutsch relativ zügig auf einem Niveau, das für eine Tätigkeit in der Altenpflege als ausreichend einzustufen ist. Allerdings sollten bereits vor einer Auswanderung in Indien systematisch Deutschkenntnisse vermittelt und in Deutschland berufsbegleitend vertieft werden. Damit folgt die eigene Untersuchung wesentlichen Annahmen der Sprachlehrforschung in Bezug auf förderliche und hemmende Faktoren zum Erlernen einer Fremdsprache (Motivation, Kontaktmöglichkeiten mit der Zielsprache, Angst).

Kulturelle Herausforderungen ergaben sich im Arbeitsalltag insbesondere durch das andere Verständnis von Hierarchien. Indische Pflegekräfte wurden von Interviewpartnern als obrigkeitshörig und zurückhaltend gegenüber Vorgesetzten empfunden. Zudem ist Indien laut der Sekundäranalyse eine stark kollektivistische Gesellschaft, in der Älteren großer Respekt gezollt wird. Auch Lebensstile und der Umgang mit Zeit sind in Indien anders als in Deutschland. Indische Pflegekräfte hatten sich laut der Interviewpartner i. d. R. aber relativ schnell an die anderen Gepflogenheiten gewöhnt – insbesondere, wenn feste Bezugspersonen zur Verfügung standen und interkulturelle Schulungen angeboten wurden. Die eigenen Ergebnisse sind konsistent mit den theoretischen Prämissen der Kulturdimensionen von Hofstede et al. (2010) und Hall (1989).

Aus der Perspektive des Herkunftslandes Indien bietet die Migration indischer Pflegekräfte ökonomische Potenziale. Im Ausland lebende Inder halten Kontakte in die Heimat im Sinne des Transnationalismus und der Neuen Migrationsökonomie aufrecht und tätigen finanzielle Rücktransfers (= Remissionen) in erheblichem Ausmaß. Die positiven sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungen des von Migration am meisten betroffenen indischen Bundesstaats Kerala lassen sich laut der Sekundäranalyse wesentlich auf den Fluss von Remissionen zurückführen.

Die Sekundäranalyse und die Ergebnisse der eigenen explorativen schriftlichen Befragung verdeutlichen, dass kein nennenswerter Brain Drain in Indien zu erwarten ist, falls indische Pflegekräfte nach Deutschland zuwandern. Das Erwerbspotenzial ist in Indien groß, Arbeitskräfteangebot und -nachfrage könnten sich regulieren. Böten sich neue Möglichkeiten auszuwandern, würde sich voraussichtlich auch mehr Nachwuchs entscheiden, eine Pflegeausbildung zu ergreifen. Stattdessen sind langfristig positive Effekte denkbar – bspw., indem aus Deutschland zurückkehrende Migranten die Professionalisierung in der indischen Altenpflege mit dem neu erworbenen Know-how begleiten. Die vorliegende Arbeit reiht sich damit in die Brain Gain-Ansätze ein. Wesentliche Annahmen des Brain Drain (= Verlust von Arbeitskräften durch Migration) werden für das Fallbeispiel Indien widerlegt.

Indische Pflegekräfte wandern seit Jahrzehnten in großen Zahlen ins Ausland aus; in der Vergangenheit insbesondere in die Golfstaaten. Attraktiver sind laut den Ergebnissen aus Sekundäranalyse und Interviews allerdings die westlichen Industrie-

staaten, auch wenn die Auswanderungskosten dorthin in Form finanzieller Ausgaben, räumlicher Trennung zur Familie und teils restriktiver Zuwanderungsbestimmungen hoch sind. Von einer Auswanderung erhoffen sich indische Pflegekräfte bessere berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten, höhere Einkommen im Sinne der mikro- und makroökonomischen Migrationstheorie und insgesamt günstigere Lebensbedingungen für sich und die eigene Familie.

Deutschland hat im Werben um indische Pflegekräfte Standortnachteile im Vergleich mit den englischsprachigen Industrieländern (Sprache, kleine Diaspora). Dennoch ergeben die Interviews und die eigene explorative Befragung Hinweise darauf, dass relativ viele indische Pflegekräfte motiviert wären, nach Deutschland auszuwandern.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die vorliegende Arbeit zeigt überwiegend Chancen der Zuwanderung indischer Pflegekräfte nach Deutschland auf. Indessen wurden auch deutliche Herausforderungen u. a. für deutsche Arbeitgeber identifiziert (Sprache, Kultur). Zu ihrer Bewältigung liefern die eigenen Ergebnisse diverse Anregungen.

Schwer überwindbare Hemmnisse liegen aktuell in erster Linie auf Seiten des Gesetzgebers. Deutschland müsste sich für die Zuwanderung indischer Pflegekräfte in nennenswerten Zahlen im globalen Wettbewerb offensiver positionieren. Hierzu zählt zum einen ein transparenteres, einheitliches Anerkennungsverfahren. Zum anderen ist eine strategische Neuorientierung gefragt. Die deutsche Bundesregierung richtet ihre migrationspolitische Linie an Ergebnissen der WHO aus, die Indien auf der Basis einzelner Kennzahlen zu den Ländern mit einem kritischen Mangel an Gesundheitspersonal zählt. Eine Verschärfung des Fachkräftemangels durch weitere Auswanderung wird befürchtet und die „aktive“ Rekrutierung indischer Pflegekräfte wird deshalb unterbunden. Die vorliegende Arbeit konnte zeigen, dass diese Sorgen unbegründet sind. Insofern regen die eigenen Ergebnisse an, neue Kriterien zur Beurteilung von Risiken *und* Chancen der Pflegekräftemigration für einzelne Herkunftsländer aufzustellen, mit denen sich die komplexe Migrationsrealität besser erfassen lässt.

1 Einleitung

Zuwanderung zählt aktuell zu den Themen mit der größten medialen Präsenz in Deutschland. Im Jahr 2015 waren 890.000 Flüchtlinge nach Deutschland zugewandert (Spiegel Online 2016). Der Wanderungsüberschuss betrug insgesamt deutlich über 1 Mio. – der höchste jemals in der Geschichte der Bundesrepublik ermittelte Wert (Statistisches Bundesamt 29.03.2016). Für das Jahr 2016 wird erwartet, dass mit maximal 300.000 deutlich weniger Flüchtlinge nach Deutschland zuwandern (ZEIT ONLINE 2016). Ihre berufliche und soziale Integration prägt aber weiterhin die gesellschaftliche und politische Debatte.

Schon vor dem Flüchtlingszustrom intensivierte sich die Diskussion um Zuwanderung. Sie wurde in den letzten Jahren zu den Lösungsstrategien gezählt, um demografisch bedingte Herausforderungen zu bewältigen. Ein neuer „Ton“ im migrationspolitischen Diskurs wurde vernommen: von „Willkommen“ und „Anerkennung“ war auf einmal die Rede (Heckmann 2014, S. 39). Die „Politik der Abschottung“, eingeleitet im Jahr 1973 mit dem Anwerbestopp, wurde de facto ausgehebelt. Migranten sollten nun helfen, den sich deutlich abzeichnenden Fachkräftemangel abzufedern. Ausländische Absolventen deutscher Hochschulen waren plötzlich „ideale Einwanderer“, Fachkräfteinitiativen und -strategien wurden entwickelt sowie zugewanderungsrechtliche Restriktionen abgebaut (Heckmann 2014, S. 40).

Die neue Offenheit gilt allerdings nicht unter allen Bedingungen. Für Migranten aus außereuropäischen Ländern bestehen nach wie vor Einschränkungen. Sie dürfen nur dann zur Ausübung einer Beschäftigung zuwandern, wenn sie, ohne an dieser Stelle auf Ausnahmeregelungen einzugehen, in bestimmten Branchen tätig werden. In diesen muss die Bundesagentur für Arbeit einen Fachkräfteengpass diagnostiziert haben.

Neben technischen und einzelnen handwerklichen Berufen wird die Pflege mittlerweile zu den Branchen mit einem akuten Mangel an Fachkräften gezählt. Die „demografische Last“ aus einem sinkenden Erwerbspersonenpotenzial und einer steigenden Zahl an Pflegebedürftigen erweist sich vor allem in vielen Altenheimen als schwer. Trotz erheblicher Investitionen in Ausbildung und berufliche Rahmenbedingungen - die Zahl der Fachkräfte ließ sich in den letzten gut 15 Jahren auch deutlich erhöhen - rückt Zuwanderung als Lösungsoption auf die Agenda.

Zunächst sollten im Zuge der Eurokrise Pflegekräfte aus südeuropäischen Ländern Linderung verschaffen. Der große Ansturm blieb aber aus und viele dieser Arbeitnehmer sind mittlerweile wieder in ihre Heimat zurückgekehrt. In Zeitungsartikeln und im Internet wurden die Arbeitsbedingungen in deutschen Einrichtungen kritisiert, die Sprachbarriere war hoch und die akademisch ausgebildeten Pflegekräfte fühlten sich unterfordert (Kellner 2013; STERN.de 2014).

Nun werden Bemühungen intensiviert, Pflegekräfte aus Asien zu gewinnen. Das BMWi leitete ein Projekt ein, um rund 100 vietnamesische Pflegekräfte in der deutschen Altenpflege auszubilden (BMBF 2015; GIZ 2016). Der Arbeitgeberverband Pflege engagiert sich in der Rekrutierung chinesischer Pflegekräfte ebenso wie die Bundesagentur für Arbeit sowie private und freigemeinnützige Träger (Böttcher 2016; MEDIAN 19.04.2016; El-Sharif 2012). Und auch um philippinische Pflegekräfte wird vermehrt geworben (Care With Care o. J.; Deutsche Botschaft Manila o. J.; Handelsblatt 2016).

Wissenschaftlich wurde die Zuwanderung von asiatischen Pflegekräften nach Deutschland bislang kaum untersucht. Zwar liegen Studien vor, die sich mit *einzelnen* Herausforderungen der Migration von Pflegekräften befassen. Dies betrifft insbesondere Ursachen und Folgen der Wanderungsbewegungen von Pflegekräften. Bis dato wurde in einer wissenschaftlichen Veröffentlichung aber noch nicht der Versuch unternommen, *alle* wesentlichen Dimensionen der Zuwanderung von Pflegekräften aus einem bestimmten Herkunftsland in ein bestimmtes Zielland systematisch zu erfassen und einzuordnen.

Die vorliegende Arbeit stellt sich mit dem Fallbeispiel Indien dieser Aufgabe. Sie bereitet demnach ein neues Feld vor mit einem sehr breiten Spektrum an Aspekten, um weitere Forschung anzuregen und um Entscheidungsträgern aus Praxis und Politik Hilfestellungen bei der Rekrutierung von Pflegekräften aus Asien zu geben.

Im Einzelnen behandelt diese Arbeit Chancen und Hemmnisse der Zuwanderung indischer Pflegekräfte aus der Sicht (A) Deutschlands, (B) Indiens und (C) wandernder Pflegekräfte. Für deutsche Arbeitgeber werden Herausforderungen in fachlicher, sprachlicher und kultureller Hinsicht diskutiert.

Bei der Identifizierung von Hemmnissen und Potenzialen aus der Perspektive des Herkunftslandes stehen ökonomische Effekte und Auswirkungen auf das Humankapital in Indien im Vordergrund. Für indische Pflegekräfte werden Migrationstreiber, Migrationskosten und mögliche Zielregionen bei einer Auswanderung (v. a. Deutschland) reflektiert.

2 Hintergrund und Forschungsstand

In dieser Arbeit werden Chancen und Hemmnisse der Zuwanderung indischer Pflegekräfte explorativ analysiert. Die demografische Situation in Deutschland (Kapitel 2.1) und der steigende Fachkräftebedarf in der Altenpflege (Kapitel 2.2) begründen die Auseinandersetzung mit dem Thema. Zur näheren Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes wird die demografische Entwicklung und die Ausstattung mit Pflegekräften in möglichen Herkunftsregionen dargestellt (Kapitel 2.3).

Neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisinteresse stehen in der vorliegenden Arbeit praktische Handlungshilfen für Entscheidungsträger aus Pflege und Politik im Vordergrund. Die Generierung, Weiterentwicklung oder Prüfung theoretischer Konstrukte ist weniger Gegenstand. Dennoch liegen der Untersuchung unterschiedliche theoretisch-analytische Konzepte zugrunde, die im Kapitel 2.4 erläutert werden.

Die Erkenntnisse in Bezug auf die Situation in Deutschland, die demografischen Entwicklungen in potenziellen Herkunftsländern und den theoretisch-analytischen Rahmen führen zu den Zielen dieser Arbeit (Kapitel 2.6.1) und den zentralen Fragestellungen (Kapitel 2.6.2).

2.1 Demografische Situation in Deutschland

Demografie erklärt, beschreibt und analysiert die Größe, Struktur und Veränderung von Populationen (Dinkel 1989). Entscheidend für die Prognose demografischer Trends sind (1) die Fertilität, (2) die Lebenserwartung und (3) Wanderungsbewegungen mit den folgenden Ausprägungen in Deutschland (Höpflinger 1997):

- *Fertilität*: Die Gesamtfruchtbarkeitsrate, d. h. die Kinderzahl der Durchschnittsfrau in einer Population, lag in Deutschland im Jahr 2015 bei 1,47 – dem höchsten gemessenen Wert seit der Wiedervereinigung (Karsch und Münz 2007; Pötzsch 2015). Die Frauen des Jahrgangs 1941 brachten im Durchschnitt noch 1,92 Kinder zur Welt (Pötzsch 2015). Ab einer Gesamtfruchtbarkeitsrate von 2,1 bleibt eine Bevölkerungszahl konstant.

- *Lebenserwartung*: In den Jahren 2012-14 betrug in Deutschland die Lebenserwartung, d. h. die Jahre, die eine neu geborene Person in einer Population durchschnittlich lebt, unter Frauen 83 Jahre und unter Männern 78 Jahre. Die Lebenserwartung ist in Deutschland seit Ende des 19. Jahrhunderts, damals betrug die Lebenserwartung unter 40 Jahre, kontinuierlich angestiegen (Statistisches Bundesamt 2016b).
- *Wanderungsbewegungen*: Der Wanderungssaldo, die Differenz aus Zu- und Fortzügen, war im vereinten Deutschland mit Ausnahme der Jahre 2008/09 immer positiv. In der jüngsten Vergangenheit erreichte er im Zuge der Wirtschafts- und Finanzkrise in den südeuropäischen Ländern und vor allem des Flüchtlingszustroms Höchstwerte. Im Jahr 2015 lag der Wanderungssaldo bei über 1,1 Mio., was einer Verdopplung im Vergleich zum Vorjahr entspricht (Statistisches Bundesamt 2016c).

BEVÖLKERUNGSPROGNOSEN

Seit Anfang der 1970er Jahre übersteigt in Deutschland die Zahl der Todesfälle die der Lebendgeborenen. Ausgehend von einer Einwohnerzahl von 80,8 Mio. im Jahr 2013 prognostiziert die 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes in Abhängigkeit der Nettozuwanderung bis zum Jahr 2060 einen Bevölkerungsrückgang auf 68 Mio. (Wanderungssaldo +100.000 jährlich) bis 73 Mio. (+200.000) (Pöttsch und Rößger 2015).

Auch die Altersverteilung verändert sich: Im Ausgangsjahr 2013 der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung betrug das Medianalter 45 Jahre. Bis 2060 wird es in Abhängigkeit des zugrunde gelegten Szenarios um zwei bis sieben Jahre steigen (Pöttsch und Rößger 2015).

In den einzelnen Altersklassen vollziehen sich die folgenden Entwicklungen unter den Annahmen (A) starke Zuwanderung (+200.000), (B) moderate Erhöhung der Lebenserwartung (sieben Jahre bei Jungen und sechs bei Mädchen) und (C) konstante Geburtenrate (1,4):

- *Junge Bevölkerung*: Die Kohorte der unter 20-Jährigen verliert aufgrund der seit Jahrzehnten niedrigen Gesamtfruchtbarkeitsrate an Stärke. Ihre Zahl wird sich

bis zum Jahr 2060 voraussichtlich von 14,7 Mio. (2013) auf rund 12 Mio. reduzieren (Pöttsch und Rößger 2015).

- *Bevölkerung in mittleren Altersklassen:* Die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre) ist in Deutschland am stärksten rückläufig bedingt durch (1) den Renteneintritt der geburtenstarken Jahrgänge zwischen Mitte der 1950er und Mitte der 1960er Jahre („Babyboomer“) und (2) die sinkenden Nachwuchszahlen. Bis zum Jahr 2030 wird sich das Erwerbspersonenpotenzial in Höhe von rund 49,2 Mio. (2013) auf etwa 44,8 Mio. verringern, bis zum Jahr 2060 auf 37,9 Mio. (Pöttsch und Rößger 2015).
- *Ältere Bevölkerung:* Die Zahl der über 64-Jährigen wird in Deutschland anwachsen. Während zurzeit rund 16,9 Mio. Menschen älter als 64 Jahre sind, werden es 2060 unter den oben genannten Annahmen der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung 23,2 Mio. sein.
- *Älteste Bevölkerung:* Die Zahl der Hochbetagten, und damit die Altersklasse mit dem höchsten Pflegerisiko, wird von der demografischen Entwicklung in Deutschland am stärksten betroffen sein. Die Kohorte der über 79-Jährigen wird sich laut Pöttsch und Rößger (2015) von gut 4,4 Mio. im Jahr 2013 auf 9 Mio. in 2060 mehr als verdoppeln. Während damit heute rund 5 % der Bevölkerung älter als 79 Jahre sind, werden es 2060 gut 12 % sein.

Zusammengefasst ergibt sich unter den oben festgelegten Annahmen die folgende Altersverteilung in der deutschen Bevölkerung für die Jahre 2013 und 2060 im Vergleich (Tabelle 1).

Tabelle 1: Veränderung des Altersaufbaus in Deutschland in den Jahren 2013 bis 2060

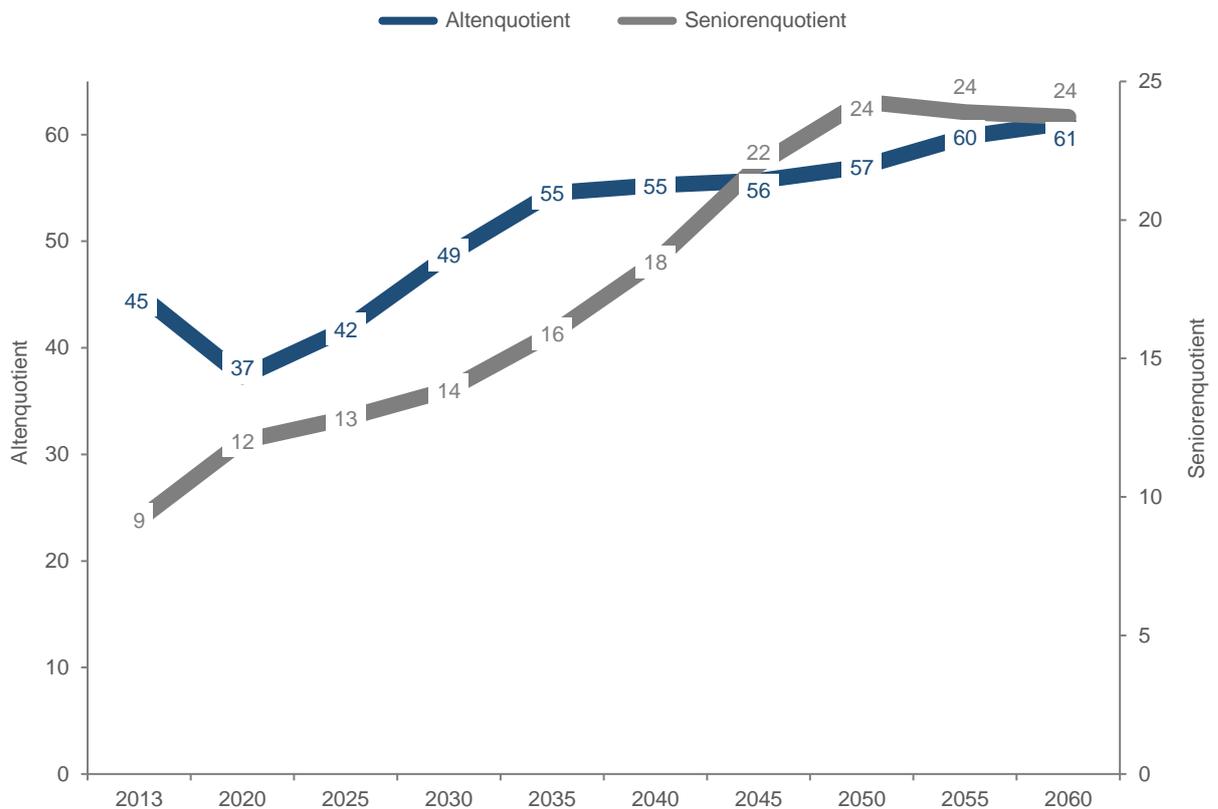
	0 – 19 Jahre	20 – 64 Jahre	über 64 Jahre	über 79 Jahre
2013	14,7 Mio.	49,2 Mio.	16,9 Mio.	4,4 Mio.
2060	12,0 Mio.	37,9 Mio.	23,2 Mio.	9,0 Mio.
Δ in %	-18 %	-23 %	+37 %	+105 %

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen basierend auf Pöttsch und Rößger (2015)
Anmerkung: Δ = Veränderung

Mehr Ältere entfallen in Deutschland zukünftig also auf weniger Nachwuchs. Der Altenquotient, das Verhältnis der 20- bis 64-Jährigen zu den über 64-Jährigen, verschiebt sich. Mit der Annahme eines positiven Wanderungssaldos, Zuwanderer sind i. d. R. jung, könnte er von einem Ausgangswert von rund 34 im Jahr 2013 auf gut 61 in 2060 ansteigen (Pötzsch und Rößger 2015). Während derzeit also gut ein über 64-Jähriger auf drei Erwerbstätige entfällt, werden es voraussichtlich im Jahr 2060 nur noch etwas mehr als zwei sein (Abbildung 1).

Noch stärker steigt das Verhältnis der über 79-Jährigen zu den Erwerbstätigen an. Diese im Folgenden „Seniorenquotient“ genannte Relation erhöht sich auf der Grundlage der Daten der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung von zurzeit ca. neun auf 24 im Jahr 2060. Während heute mehr als zehn Deutsche im erwerbsfähigen Alter auf einen über 84-Jährigen kommen, werden es in 45 Jahren voraussichtlich nur noch knapp vier sein (Abbildung 1).

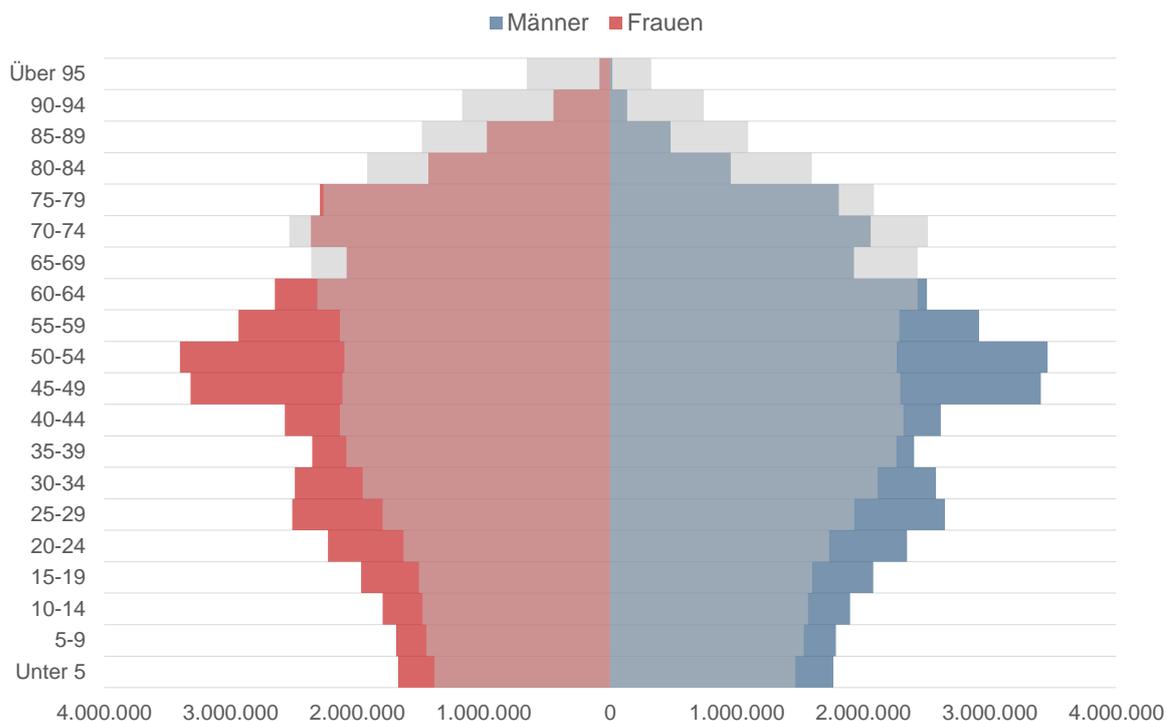
Abbildung 1: Entwicklung des Alten- und Seniorenquotienten in Deutschland bis zum Jahr 2060



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen basierend auf Pötzsch und Rößger (2015)

Die deutsche Bevölkerungspyramide gleicht seit einigen Jahren einer Wetteran-
tenne mit stark besetzten mittleren Jahrgängen. Mit fortschreitendem Aufrücken der
geburtens stärkeren Kohorten in die älteren Altersklassen wird die Basis immer
schmäler und die Spitze breiter (Abbildung 2).

Abbildung 2: Bevölkerungsaufbau in Deutschland 2013 (ausgefüllt) und 2060 (transparent)



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Pöttsch und Rößger (2015)

Die Vorhersagen zur zukünftigen Bevölkerungsentwicklung sind durch den demo-
grafischen Trägheitseffekt, in den Bevölkerungswissenschaften als Momentum be-
zeichnet, relativ stabil (Birg 1994; Ulrich 2006). Selbst wenn zukünftig mehr Kinder
als erwartet geboren werden, wird die Bevölkerung zunächst weiter schrumpfen und
altern, da frühere Jahrgänge durch Gesamfruchtbarkeitsraten unter dem Bestand-
serhaltungsniveau von 2,1 schwächer besetzt sind.

Der Bedarf an Pflegekräften, auf den im folgenden Kapitel näher eingegangen wird,
lässt sich deshalb leichter vorhersagen als die benötigten Arbeitskräfte in anderen
Branchen. Denn er ist nicht in erster Linie von konjunkturellen Entwicklungen ab-
hängig, sondern von der besser prognostizierbaren Zahl der zukünftig Hochbetag-
ten.

2.2 Fachkräftebedarf in der Altenpflege

Der Bedarf an Pflegekräften steigt voraussichtlich nach dem gegenwärtigen Forschungsstand in Deutschland aus den folgenden Gründen:

- *Wachsende Nachfrage nach pflegerischen Dienstleistungen:* Wie aus dem vorherigen Kapitel hervorgeht, nimmt die Zahl der Hochbetagten ohne Zweifel zu. Anhänger der Kompressionsthese nach Fries (1980) vertreten die Meinung, dass sich schwere Erkrankungen und Behinderungen unabhängig von der Lebenserwartung erst in der letzten Lebensphase einstellen. In der Pflege ist die Dominanz von Kompressionseffekten laut Schnabel (2007) jedoch unwahrscheinlich, weil die Fallzahlen ernsthafter Erkrankungen mit langer Therapie- und Pflegedauer wie Demenz oder Diabetes im Alter zunehmen. Daher werden die im Zuge höherer Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre wohl im Sinne der Medikalisierungsthese nach Gruenberg (1977) mit vermehrten gesundheitlichen Einschränkungen einhergehen und sich in einer steigenden Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegedienstleistungen niederschlagen. Dies spiegelt sich u. a. in der Altersabhängigkeit des Pflegerisikos wider: Die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit bei den unter 65-Jährigen beträgt laut Pick et al. (2004) 1,5 %, bei den über 90-Jährigen sind es 57 %.
- *Größere Konkurrenz um Nachwuchs:* Wie im vorherigen Kapitel festgehalten nimmt das Erwerbspotenzial in Deutschland ab. Die Pflege konkurriert in Zukunft daher vermehrt mit anderen Branchen um Nachwuchs.
- *Weniger informelles Pflegepotenzial:* In Zukunft werden weniger Pflegebedürftige häuslich versorgt werden können und somit wird die Nachfrage nach stationären Pflegearrangements steigen. Dieser von Schnabel (2007) so genannte „Heimsogeeffekt“ stellt sich als erstes durch die seit Jahrzehnten niedrige Gesamtfruchtbarkeitsrate ein. Während zurzeit jeder Pflegebedürftige durchschnittlich 2,3 Kinder hat, werden für die Zukunft 1,3 prognostiziert (Schnabel 2007). Zudem haben sich Frauen, die laut Schneekloth und Müller (2000) rund 80 % der häuslichen Pflege übernehmen, in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts auf dem Arbeitsmarkt emanzipiert. Da nun die Pflege eines Familienangehörigen für berufstätige Frauen mit größeren Opportunitätskosten verbunden ist, wird auch aus diesen Gründen die häusliche Pflege vermutlich rückläufig sein. Darüber hin-

aus steigen unter Älteren die Scheidungsraten. Nach Korte (1999) ist eine „Singularisierung des Alters“ die Folge, wodurch eine Pflege von Lebenspartnern seltener wird.

FACHKRÄFTEAUSSTATTUNG IN DER DEUTSCHEN ALTENPFLEGE

Im Jahr 2014 waren in der stationären oder teilstationären Altenpflege insgesamt 471.000 Menschen tätig, von denen 155.000 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Altenpflegefachkräfte waren (Statistisches Bundesamt 2016a).¹ In den vergangenen 14 Jahren wurde die Personalausstattung deutlich erhöht. Knapp 115.000 Stellen insgesamt und 33.000 für Altenpflegefachkräfte wurden in diesem Zeitraum neu geschaffen. Dies entspricht einem Zuwachs von knapp einem Drittel, wie die Tabelle 2 zeigt.

Tabelle 2: Beschäftigte in der Altenpflege in den Jahren 2000 bis 2014 (in Vollzeitäquivalenten)

	2000	2010	2014	Zuwachs
(Teil)Stationäre Pflege	356.000	464.000	471.000	+115.000 (+32 %)
Altenpflegefachkräfte	122.000	172.000	155.000	+33.000 (+27 %)

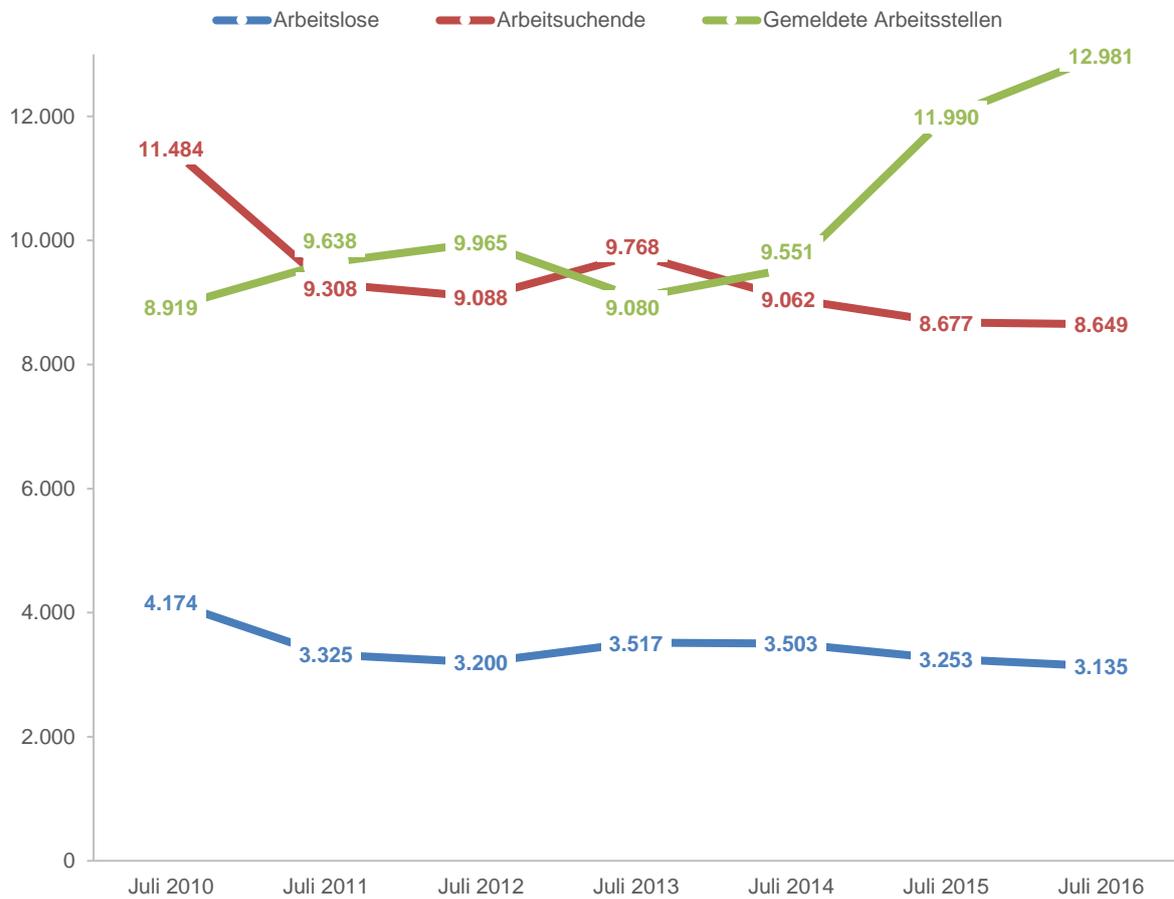
Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes (2010; 2016a)

Die Tabelle 2 verdeutlicht auch, dass die Zahl der Altenpflegefachkräfte zwischen 2010 und 2014 gesunken ist. Neuere, noch nicht in den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes berücksichtigte Daten legen nahe, dass sich dieser Trend wieder umkehren wird. Die von der Bundesregierung in den Jahren 2012 bis 2015 durchgeführte „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ kommt in einem Zwischenbericht zu dem Ergebnis, dass im zweiten Umsetzungsjahr (2013/2014) knapp 14 % mehr Eintritte in eine Altenpflegeausbildung als im Jahr zuvor erfolgten (BMFSFJ 2015).

¹ Die in diesem Abschnitt genannten Zahlen zur Personalausstattung beziehen sich auf Vollzeitäquivalente (VZÄ), also die Zahl der Erwerbstätigen, die sich errechnen würde, wenn es nur Arbeitsplätze in Vollzeit gäbe. Bei der Ermittlung von VZÄ wird eine 39-Stunden-Woche zugrunde gelegt. Eine Teilzeitkraft mit 19,5 Wochenstunden Stelle entspricht also 0,5 VZÄ.

Trotz der erhöhten Personalausstattung wird es in der Altenpflege zunehmend schwierig, offene Stellen neu zu besetzen. Dies verdeutlichen die Daten der Bundesagentur für Arbeit (BA) in Bezug auf arbeitslose Fachkräfte, vakante Stellen und die Dauer ihrer Neubesetzung. Im Juli 2016 wurden bei der BA fast 13.000 offene Arbeitsplätze in der Altenpflege (Fachkräfte) gemeldet. Dem standen 8.600 Arbeitssuchende und ca. 3.000 Arbeitslose mit einer Altenpflegefachkraftausbildung gegenüber. In den letzten sechs Jahren hat sich die Zahl der bei der BA gemeldeten freien Stellen um 50 % erhöht. Die Zahl der arbeitslosen und die der arbeitssuchenden Altenpflegefachkräfte ist jeweils um ein Viertel zurückgegangen (Abbildung 3).

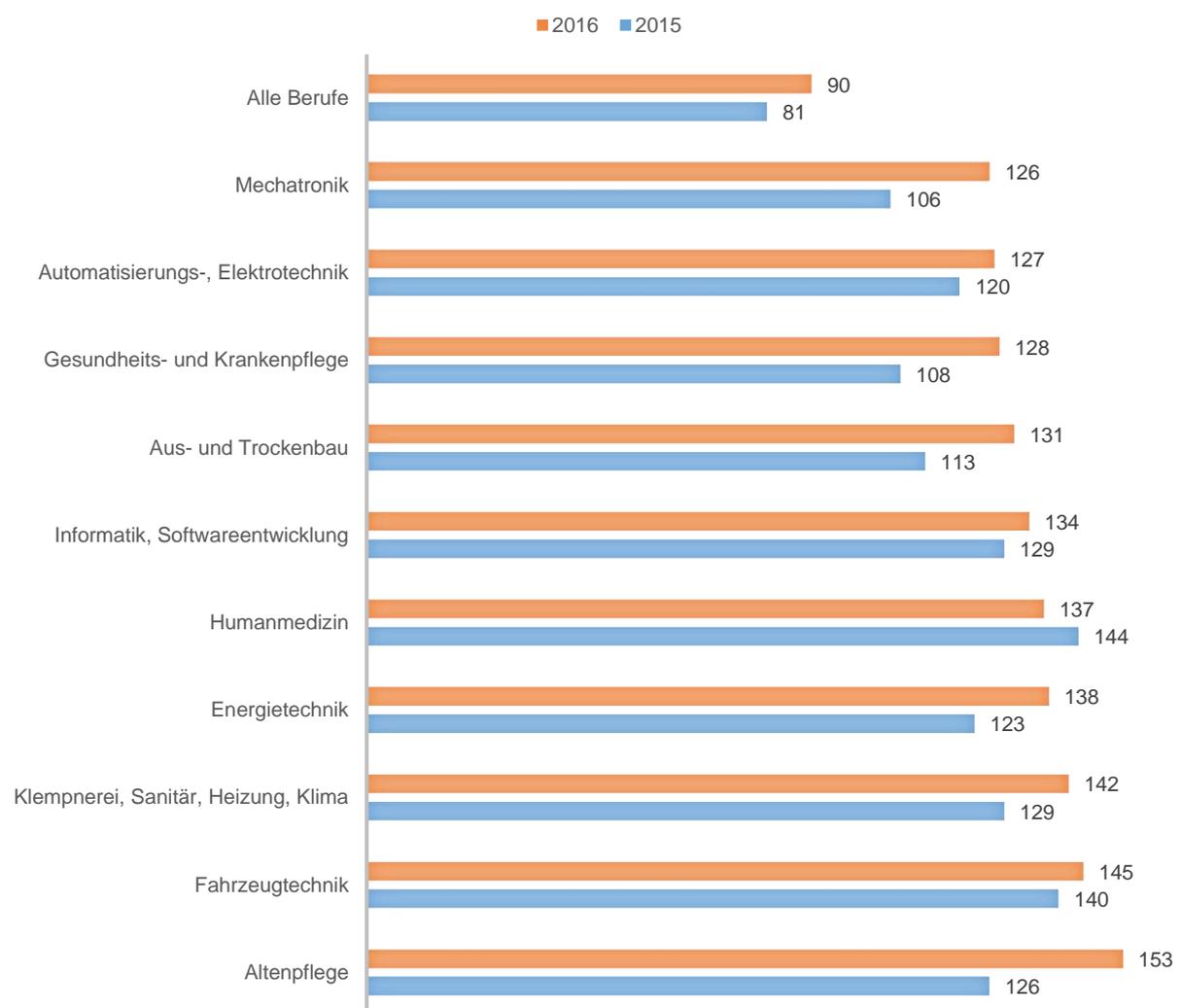
Abbildung 3: Entwicklung Arbeitslose, Arbeitssuchende, gemeldete Stellen Altenpflege (Fachkräfte)



Quelle: Eigene Darstellung nach Bundesagentur für Arbeit (2016a)

Die beschriebenen Entwicklungen in der Altenpflege schlagen sich auch in den von der BA erhobenen „Vakannzeiten“ nieder, der Dauer bis zur Neubesetzung einer freien Stelle. Im Branchendurchschnitt („Alle Berufe“) dauerte es im Juni 2016 drei Monate, bis eine vakante Position wiederbesetzt war. In der Altenpflege waren es mehr als fünf Monate. Im Vergleich mit allen Branchen mit dem größten Fachkräftebedarf in Deutschland nimmt sie damit den „Spitzenplatz“ ein, wie die Abbildung 4 zeigt.

Abbildung 4: Vakannzeiten in Branchen mit dem größten Fachkräftebedarf in Deutschland (in Tagen, Juni 2016)



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Bundesagentur für Arbeit (2016b)

ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG DES FACHKRÄFTEBEDARFS

Basierend auf den vorangegangenen Analysen und Annahmen kommen mehrere Studien zu dem Ergebnis, dass sich der Fachkräftebedarf in der Pflege zukünftig weiter erhöhen wird:

- Schnabel (2007) schätzt den zusätzlichen jährlichen Personalbedarf in der Pflege bis zum Jahr auf 2,4 % (ohne Heimsogeeffekt) bis 3,2 % (mit Heimsogeeffekt).
- Laut Hackmann (2009) beträgt der Mehrbedarf an Pflegekräften rund 840.000 bis zum Jahr 2050.
- Afentakis und Maier (2010) ermitteln eine steigende Nachfrage nach Pflegekräften um 19,5 % bis 27,3 % im Zeitraum zwischen 2005 und 2025.
- Schmidt et al. (2011) gehen davon aus, dass der Bedarf an Pflegefachkräften bis zum Jahr 2030 um 120.000 bis 175.000 ansteigt.
- In ihrem Themenreport Pflege prognostiziert die Bertelsmann Stiftung für das Jahr 2030 eine Versorgungslücke in Höhe von 263.000 bis 492.000 Pflegekräften (Rothgang et al. 2012).
- Augurzky et al. (2015) rechnen bis 2030 mit 128.000 bis 245.000 zusätzlich benötigten Stellen (in VZÄ) in der stationären Altenpflege und mit 63.000 bis 124.000 in der ambulanten Altenpflege.

2.3 Situation in potenziellen Herkunftsländern

Die im letzten Kapitel geschilderte demografische Entwicklung und der steigende Bedarf an Pflegekräften begründen eine nähere Auseinandersetzung mit dem Thema Zuwanderung in der Pflege. Die Situation in Deutschland wird zunächst mit der in anderen Regionen verglichen, um schließlich nach dem Ein- und Ausschlussprinzip geeignete Herkunftsländer für die Migration ausländischer Pflegekräfte zu finden.

Die Analyse konzentriert sich aus pragmatischen Gründen auf die demografische Entwicklung und die Ausstattung mit Pflegekräften in den folgenden Regionen:

- Mittel- und Osteuropa mit dem Schwerpunkt auf Polen, der Region, aus der traditionell die meisten in Deutschland tätigen ausländischen Pflegekräfte stammen
- die Philippinen, den weltweit größten „Exporteur“ an Pflegekräften
- Indien als weltweit größten demokratischen Staat mit einer soliden Pflegeausbildung

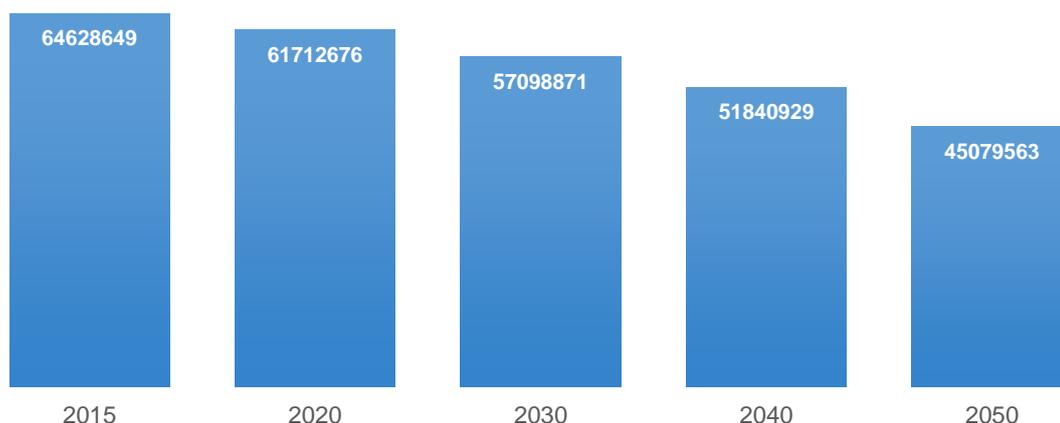
2.3.1 Mittel- und osteuropäische Länder

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

Die demografische Entwicklung in den MOEL ähnelt jener in Deutschland: Die Gesamtfruchtbarkeitsraten sind rückläufig, die Lebenserwartung steigt. Als Folge verlieren die jungen Kohorten an Stärke und die alten gewinnen.

Das Erwerbspersonenpotenzial nimmt in den MOEL ab. Voraussichtlich werden im Jahr 2050 rund 20 Mio. Menschen weniger als heute zwischen 20 und 64 Jahre alt sein, was einem Rückgang um gut ein Drittel entspricht (Abbildung 5).

Abbildung 5: Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter in allen MOEL (2015-2050)



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten von U. S. Census Bureau (o. J.c)

Der absolute Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials ist in Polen mit knapp 8,1 Mio. am größten. In Lettland und Litauen wird sich die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter um mehr als die Hälfte verringern. In Ungarn nimmt die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter mit 13 % am wenigsten ab, wie die Tabelle 3 zeigt.

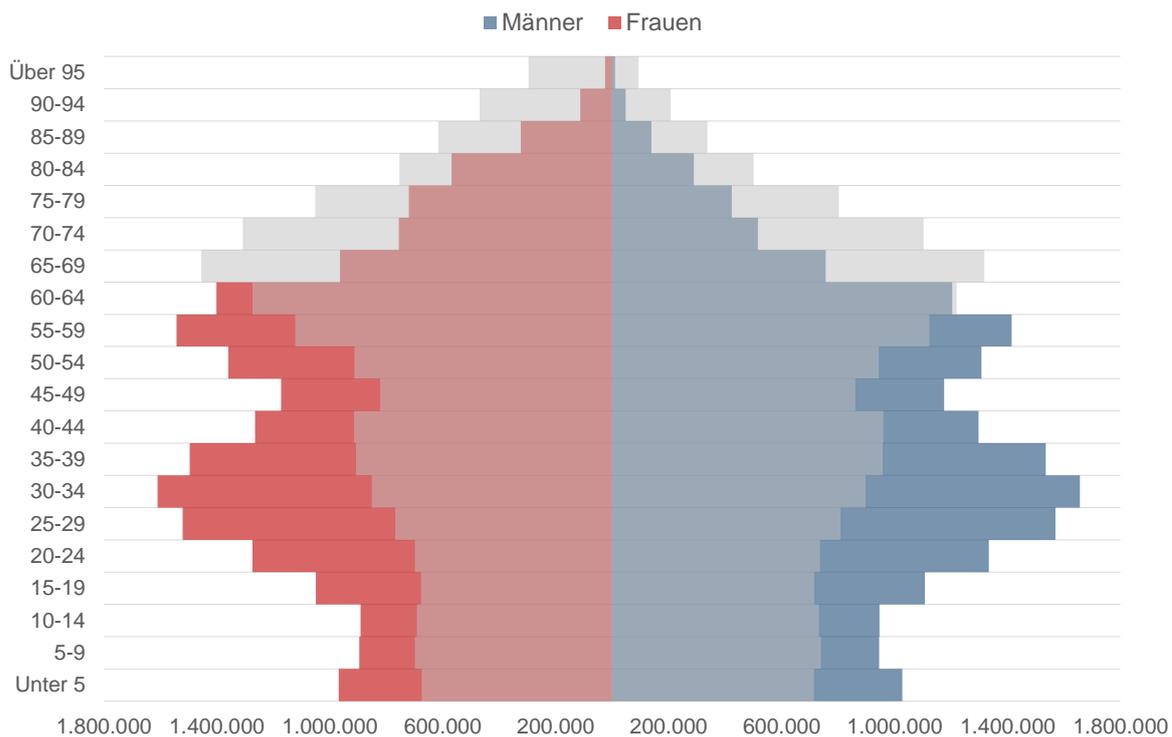
Tabelle 3: Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter in einzelnen MOEL zwischen 2015 und 2050 (in Mio.)

	2015	2020	2030	2040	2050	Δ absolut (Δ in %)
Bulgarien	4,5	4,2	3,9	3,5	2,9	-1,8 (-38 %)
Estland	0,8	0,7	0,6	0,5	0,5	-0,3 (-42 %)
Lettland	1,2	1,1	0,9	0,8	0,6	-0,6 (-52 %)
Litauen	1,7	1,6	1,3	1,1	0,8	-0,9 (-51 %)
Polen	24,9	23,7	21,6	20,1	16,8	-8,1 (-33 %)
Rumänien	14,0	13,5	12,7	11,1	9,4	-4,6 (-34 %)
Slowakei	3,6	3,4	3,2	2,9	2,5	-1,1 (-29 %)
Slowenien	1,3	1,2	1,1	0,9	0,8	-0,5 (-39 %)
Tschech. Rep.	6,7	6,4	6,3	5,9	5,4	-1,3 (-21 %)
Ungarn	6,1	5,8	5,5	5,0	5,4	-0,7 (-13 %)

Quelle: Eigene Tabelle basierend auf Daten von U. S. Census Bureau (o. J.c)
 Abkürzung: Tschech. Rep. = Tschechische Republik; Δ = Veränderung

Der Altersaufbau in den MOEL verändert sich durch die beschriebenen Entwicklungen. Wie in Deutschland rücken in den nächsten Jahrzehnten geburtenstarke Jahrgänge in die älteren Altersklassen auf und die Zahl der Jüngeren verringert sich. Die Basen der Bevölkerungspyramiden in den MOEL verschlanken sich, exemplarisch verdeutlicht am Bevölkerungsaufbau Polens in den Jahren 2013 und 2050 (Abbildung 6).

Abbildung 6: Bevölkerungsaufbau in Polen 2013 (ausgefüllt) und 2050 (transparent)

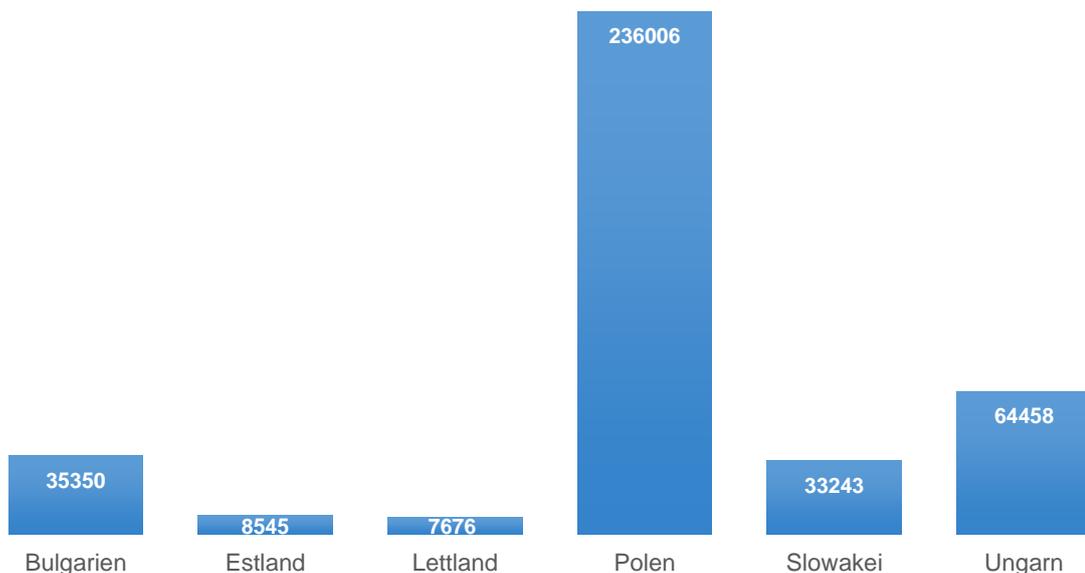


Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten von U. S. Census Bureau (o. J.c)

AUSSTATTUNG MIT PFLEGEKRÄFTEN

In ihrer letzten Aktualisierung veröffentlichte die WHO für das Jahr 2012 Daten zur Anzahl von Pflegekräften u. a. für Bulgarien, Estland, Lettland, Polen, der Slowakei und Ungarn. Die meisten Pflegekräfte (inkl. Hebammen) waren mit knapp 240.000 in Polen tätig. In Estland (ca. 8.500) und Lettland (unter 8.000) waren es am wenigsten (Abbildung 7).

Abbildung 7: Anzahl der Pflegekräfte und Hebammen in ausgewählten MOEL im Jahr 2012



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten der WHO (2014)

In den MOEL ist mittlerweile von einem Pflegekräftemangel die Rede (Holt 2010; Krzeminska und Hart 2005). Ende der 1990er Jahre hatte sich deshalb bspw. die polnische Regierung zum Ziel gesetzt, bis zum Jahr 2010 zwischen 87.000 und 104.000 neue Arbeitsplätze in der Pflege zu schaffen (Kózka et al. 2011). Durch hohe Auswanderungszahlen und eine zu geringe Auslastung an Ausbildungsstätten wurden die Planzahlen verfehlt.

Der demografische Wandel lässt erwarten, dass der Bedarf an Pflegekräften in den MOEL weiter ansteigt. So werden bspw. in Polen zwischen 2010 und 2020 über 80.000 Pflegekräfte, und damit knapp jede dritte, ihr Rentenalter erreichen und aus dem Pflegeberuf ausscheiden (Kózka et al. 2011).

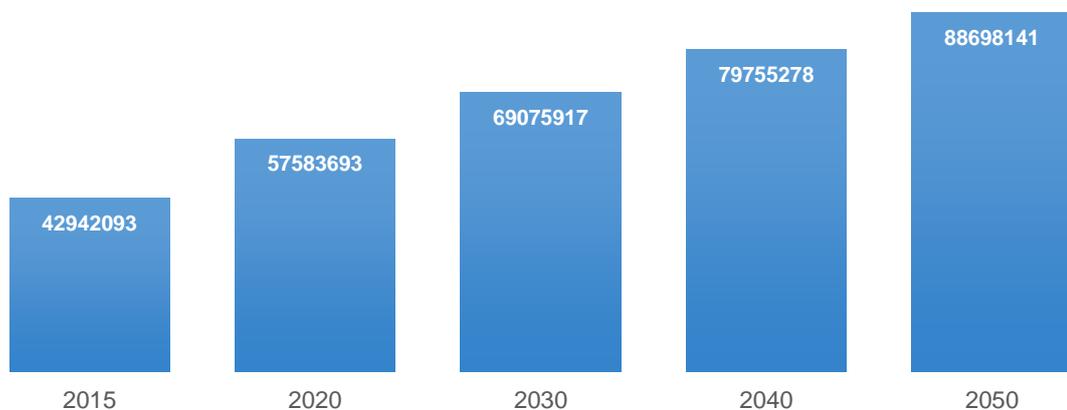
2.3.2 Philippinen

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

Nicht nur in Europa, auch auf den Philippinen ist die Gesamtfruchtbarkeitsrate rückläufig bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung. Im Jahr 1980 brachte eine philippinische Frau im Durchschnitt noch fünf Kinder zur Welt. Heute liegt die Gesamtfruchtbarkeitsrate bei 3,1 und damit nach wie vor über dem Bestandserhaltungsniveau. Die Lebenserwartung ist im gleichen Zeitraum um neun Jahre von 62 (1980) auf 71 Jahre (2015) gestiegen (U. S. Census Bureau o. J.b).

Das Erwerbspersonenpotenzial wächst aufgrund der hohen Geburtenraten an. Befinden sich heute ungefähr 42 Mio. Philippiner im erwerbsfähigen Alter, wird sich ihre Zahl im Jahr 2050 voraussichtlich auf rund 89 Mio. mehr als verdoppelt haben (Abbildung 8).

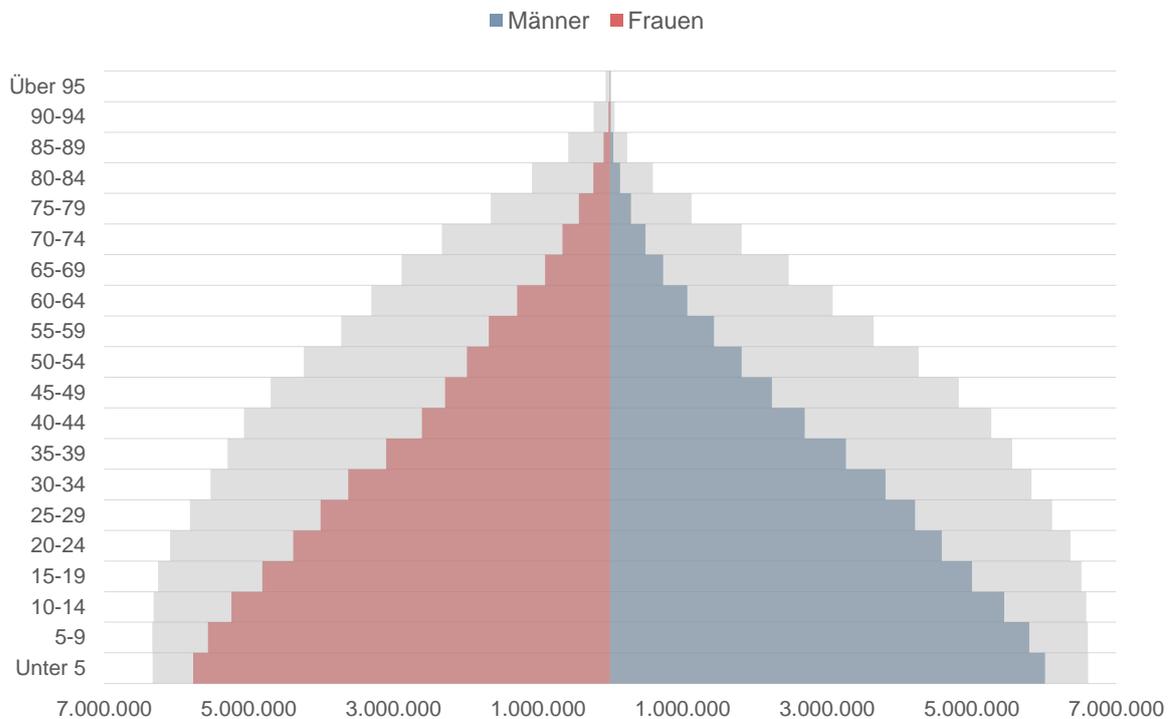
Abbildung 8: Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter auf den Philippinen (2015-2050)



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten von U. S. Census Bureau (o. J.b)

Der Altersaufbau bleibt auf den Philippinen relativ konstant. Die Basis der Bevölkerungspyramide ist breit, auch wenn aufgrund der steigenden Lebenserwartung ältere Kohorten absolut und relativ an Stärke gewinnen (Abbildung 9).

Abbildung 9: Bevölkerungsaufbau auf den Philippinen 2013 (ausgefüllt) und 2050 (transparent)



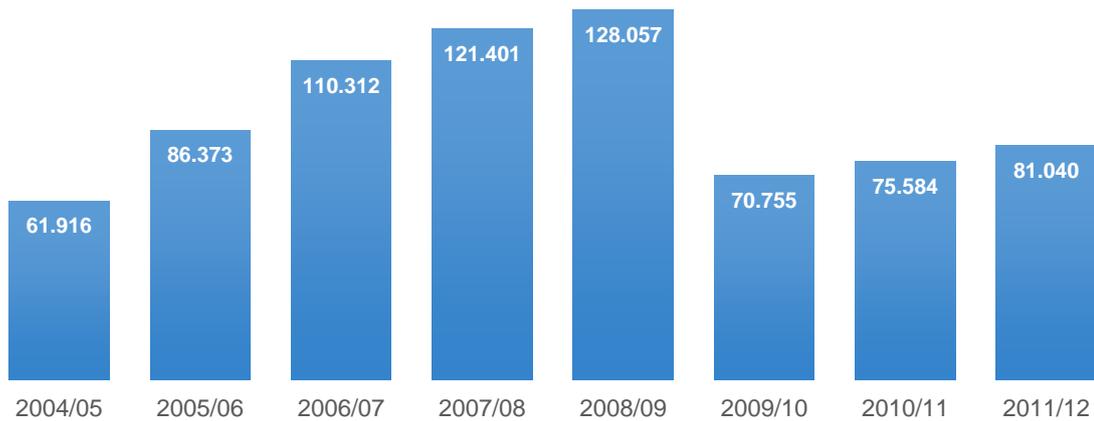
Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten von U. S. Census Bureau (o. J.b)

AUSSTATTUNG MIT PFLEGEKRÄFTEN

Zu der Zahl philippinischer Pflegekräfte werden von der WHO keine aktuellen Daten veröffentlicht. Die letzten Angaben stammen aus dem Jahr 2004. Damals waren knapp 500.000 Pflegekräfte und Hebammen auf den Philippinen tätig.

Neuere Zahlen gibt es zu den Ausbildungsabschlüssen in Pflege und Medizin. Rund 205.000 Philippiner wurden in den Jahren 2008 bis 2010 neu für einen pflegerischen oder medizinischen Beruf zugelassen. In den Folgejahren sanken die Ausbildungszahlen stark, zeitlich parallel zur sinkenden Nachfrage nach ausländischem Gesundheitspersonal in Großbritannien und USA, den Hauptzielländern auswandernder philippinischer Pflegekräfte (Abbildung 10).

Abbildung 10: Absolventen Studiengang „Medical and Allied“ in den Jahren 2004/5-2011/12



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten von Commission on Higher Education (2012)

2.3.3 Indien

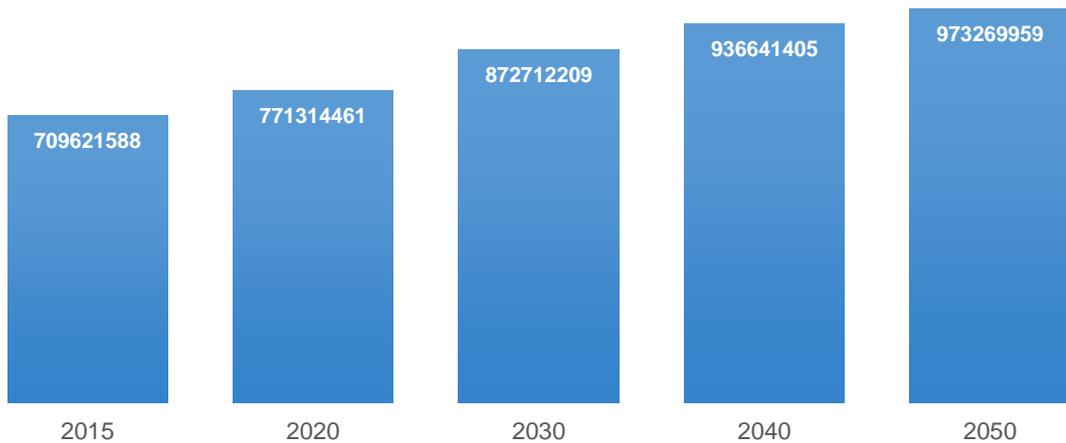
DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

Die demografische Entwicklung in Indien ist mit der auf den Philippinen vergleichbar, allerdings in anderen quantitativen Dimensionen. Die Gesamtfruchtbarkeitsrate ist in Indien traditionell höher als in den westlichen Industrienationen. 1995 betrug sie rund 3,4 und im Jahr 2015 knapp 2,5 (U. S. Census Bureau o. J.a).

Die Lebenserwartung passt sich in Indien an jene in den OECD-Staaten an. Der medizinisch-technische Fortschritt, verbesserte hygienische Bedingungen und Ernährung haben zu einem Rückgang der Kinder- und Säuglingssterblichkeit und damit auch zu einer längeren Lebenserwartung geführt. Mitte des 20. Jahrhunderts lag die Lebenserwartung unter 40 Jahren. Zurzeit beträgt die Lebenserwartung bei Geburt in Indien 71 Jahre (U. S. Census Bureau o. J.a).

Die Zahl der Inder im erwerbsfähigen Alter ist hoch und steigt weiter an. Im Jahr 2015 waren in Indien 700 Mio. Menschen zwischen 20 und 64 Jahre alt. In gut 45 Jahren werden es voraussichtlich fast 1 Mrd. sein (Abbildung 11).

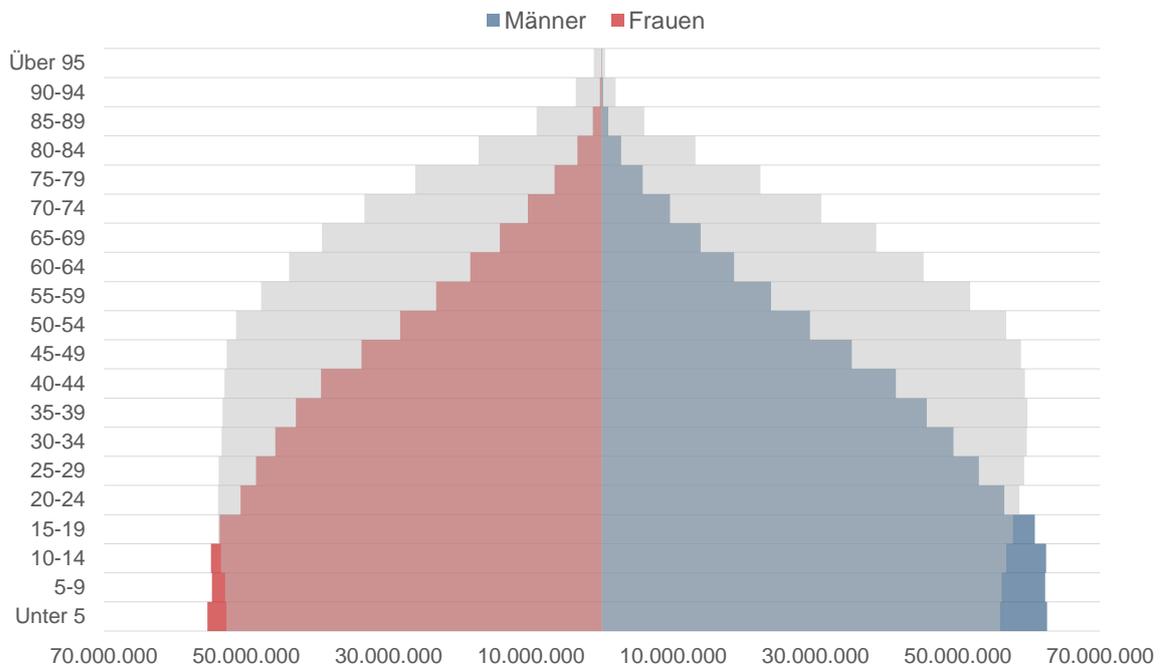
Abbildung 11: Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter in Indien zwischen 2015 und 2050



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten von U. S. Census Bureau (o. J.a)

Seit etwa 10 Jahren verändert sich in Indien die klassische Bevölkerungspyramide an ihrer Basis. Gründe dafür sind der Rückgang der Geburtenrate sowie geringere Sterberaten. In Zukunft führt das Aufrücken der jungen Bevölkerung und der im erwerbsfähigen Alter in die nachfolgenden Kohorten dazu, dass die älteren Jahrgänge an Stärke gewinnen. Die Bevölkerungspyramide wird gestaucht, behält aber ein breites Fundament.

Abbildung 12: Bevölkerungsaufbau in Indien 2013 (ausgefüllt) und 2050 (transparent)

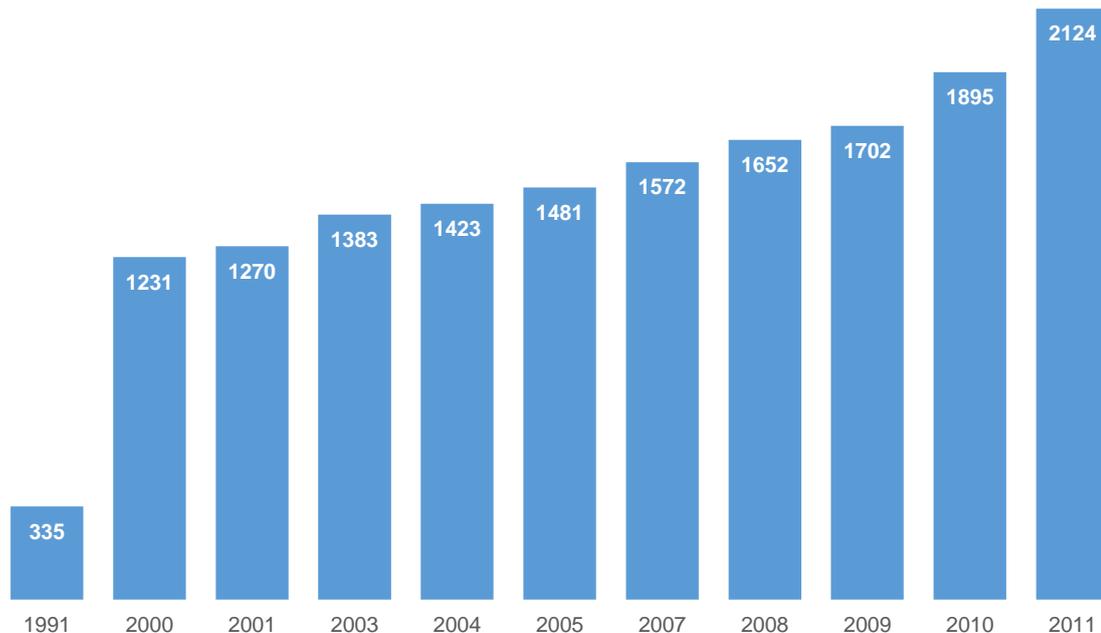


Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten von U. S. Census Bureau (o. J.a)

AUSSTATTUNG MIT PFLEGEKRÄFTEN

Insgesamt gab es in Indien im Jahr 2011 ungefähr 2,1 Mio. Pflegekräfte. Ihre Zahl hat sich in den letzten 20 Jahren deutlich und kontinuierlich erhöht – im Jahr 1991 waren laut WHO (2014) gut 335.000 Pflegekräfte in Indien tätig (Abbildung 13).

Abbildung 13: Anzahl der Pflegekräfte und Hebammen in Indien 1991-2011 (in Tausend)



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten der WHO (2014)

Anmerkung: Die WHO hat nicht für alle Jahre Zahlen veröffentlicht.

Auf der Grundlage von älteren Daten aus dem Jahr 2004 zählt die WHO Indien zu den Ländern mit einem kritischen Defizit an Gesundheitsfachkräften (WHO 2010). Einzelne Krankenhäuser im südindischen Kerala bezifferten laut Walton-Roberts (2010) die vakanten Stellen in der Pflege auf bis zu 50 %. In Internetquellen wurde Ende der 2000er und Anfang der 2010er Jahre von einem zukünftigen Bedarf an Pflegekräften in Höhe von 2,4 Mio. bis 9,22 Mio. berichtet (Deutsches Ärzteblatt 2008; National Skill Development 2009; The Financial Express 2012; Zeenews.com 2012).

2.4 Zwischenfazit

Die demografische Entwicklung in Deutschland führt dazu, dass das Thema Zuwanderung in den Pflegeberufen wichtiger wird. In keiner Branche ist der Fachkräftemangel in Deutschland aktuell größer als in der Altenpflege und es ist davon auszugehen, dass er sich durch (A) den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials und (B) den Zuwachs an Hochbetagten kurz-, mittel- und langfristig unter den heutigen Bedingungen weiter verschärft, falls nicht mehr Personal aus dem Ausland gewonnen wird.

In der Vergangenheit wurden ausländische Pflegekräfte in großen Zahlen aus den MOEL und insbesondere aus Polen gewonnen. Die demografische Entwicklung in den MOEL ist jedoch mit der in Deutschland vergleichbar, d. h. weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter müssen zukünftig mehr Ältere versorgen. Der Bedarf an Pflegekräften steigt deshalb in den MOEL bei einem schon heute konstatierten Fachkräftemangel an. Zudem sind der Rekrutierung aus kleinen MOEL durch die geringe Zahl an Erwerbstätigen Grenzen gesetzt. In Estland oder Lettland sind bspw. insgesamt nur wenige Tausend Pflegekräfte tätig. Mittel- und langfristig wird sich die Gewinnung von ausländischen Pflegekräften aus den genannten Gründen aller Voraussicht nach auf neue Herkunftsgebiete ausweiten müssen.

Zu solchen Regionen zählen bevölkerungsreiche asiatische Staaten – wie die Beispiele Philippinen und Indien zeigen. Auch wenn laut der WHO einige dieser Länder ein Defizit an Gesundheitsfachkräften aufweisen, mangelt es heute und in Zukunft nicht an Nachwuchs - die Rekrutierungsmöglichkeiten sind grundsätzlich durch die hohe und weiter ansteigende Zahl an Menschen im erwerbsfähigen Alter größer als in den MOEL. Für eine Bewertung der tatsächlichen Chancen einer Rekrutierung von Pflegekräften aus bevölkerungsreichen asiatischen Staaten sind allerdings neben der demografischen Entwicklung weitere Faktoren wie kulturelle, sprachliche oder fachliche Barrieren zu berücksichtigen. Eine Aufgabe, der sich diese Arbeit am Fallbeispiel Indiens stellt.

2.5 Theoretischer Rahmen

In der Migrations- und Integrationsforschung existiert eine große Zahl von Theorien, Ansätzen und Konzepten, die sich in einigen Fällen ergänzen und in anderen Fällen eher widersprechen. Einige von diesen finden sich in dieser Arbeit wieder und werden im Folgenden skizziert. Sie umfassen einerseits (A) Erklärungsansätze zu den Ursachen von Wanderungsbewegungen und andererseits (B) zur Integration von Zugewanderten in eine Aufnahmegesellschaft.

2.5.1 Migrationstheoretische Ansätze

Im folgenden Abschnitt werden Migrationstheorien als Teil des theoretisch-analytischen Rahmens der vorliegenden Arbeit vorgestellt. Zunächst aber einige Begriffsklärungen zum leichteren Verständnis von Wanderungsformen und -ursachen.

BEGRIFFLICHE EINORDNUNG: MIGRATION UND WANDERUNGSFORMEN

Der Begriff „Migration“ stammt aus dem Griechischen („migrare“, „migratio“) und bedeutet „Wanderung“, „wandern“ oder „wegziehen“ (Han 2016). Es mangelt an einer einheitlichen Definition (Düvell 2006). Im Allgemeinen wird Migration verstanden als ein dauerhafter oder vorübergehender Wechsel des Wohnsitzes, einer Gesellschaft, Kultur oder geografischen Umgebung eines Individuums oder einer Gemeinschaft:

„Migration is the process of social change whereby an individual moves from one cultural setting to another for the purposes of settling down either permanently or for a prolonged period.“ (Bhugra und Jones 2001, S. 216)

„A permanent or semipermanent change of residence.“ (Lee 1966, S. 49)

„A relatively permanent moving away [...] from one geographical location to another.“ (Mangalam und Schwarzweller 1968, S. 8)

Unter Migration werden demnach sowohl (A) Wanderungsbewegungen innerhalb territorialer Grenzen (= Binnenmigration) verstanden als auch (B) über diese hinaus (Stark et al. 1986). In dieser Arbeit ist in erster Linie die grenzüberschreitende Migration aus einem nationalstaatlichen Territorium in ein anderes von Bedeutung. Sie

wird, unabhängig von der Aufenthaltsdauer oder der Art einer Wanderung, als Migration bezeichnet. Zusätzlich werden die folgenden Wanderungsformen unterschieden:

- *Zuwanderung vs. Auswanderung*: Bei einem positiven Wanderungssaldo (= Zuzüge minus Fortzüge ergibt positives Ergebnis) ist von Zuwanderung die Rede, bei einem negativen von Auswanderung.
- *Einwanderung vs. temporäre Migration*: Die dauerhafte Zuwanderung wird als Einwanderung bezeichnet. Ist ein Auslandsaufenthalt befristet, wird von temporärer Migration gesprochen (Ette und Sauer 2010).
- *Binnenmigration vs. internationale Migration*: Die Binnenmigration meint den Wechsel des Wohnortes innerhalb gleicher nationalstaatlicher Grenzen. Bei internationaler Migration verlassen Migranten ihr Land, d. h. Wanderungsbewegungen finden grenzüberschreitend statt (Han 2016).
- *Kettenmigration*: Kettenmigration bezeichnet jene Art von Wanderungsbewegungen, die durch bereits im Ausland lebende Migranten begünstigt bzw. verursacht wird. Familiennachzug ist eine Form der Kettenmigration. Meist ziehen Ehepartner oder Kinder der „Pioniermigranten“ nach (Han 2016).

Migrationstheorien begründen, warum es zu Wanderungsbewegungen kommt bzw. warum Menschen von ihrer Herkunfts- in eine Zielregion migrieren. Es lassen sich mehrere Traditionen unterscheiden, die sich nach Han (2016) den folgenden Dimensionen von Migration mit jeweils verschiedenen Gewichtungen widmen:

- *Motivationale Ebene*: Aspirationen und Beweggründe von Migranten
- *Räumliche Ebene*: Geografische Entfernung und die Fremdheit im Zielland in Bezug auf Sprache, Kultur und Gewohnheiten
- *Zeitliche Ebene*: Vorübergehende oder dauerhafte Migration
- *Soziokulturelle Ebene*: Migranten erfahren ein neues kulturelles und soziales Lebensumfeld

Eine Auswahl wesentlicher Erklärungsansätze in der Migrationsforschung auf denen das theoretisch-analytische Gerüst der vorliegenden Arbeit fußt, ist Gegenstand der folgenden Abschnitte.

(A) BEVÖLKERUNGSGEOGRAFISCHE ANSÄTZE

Einen ersten wissenschaftlichen Versuch, Migration zu erklären, lieferte Ravenstein (1885) während der britischen Industrialisierung im 19. Jahrhundert mit seinen sieben *Gesetzen der Wanderung*. Sie zählen zu den klassischen, makroökonomischen Ansätzen. Ravenstein (1885) formulierte die folgenden Annahmen:

- Große Städte und Industrieregionen sind attraktiv. Durch Migration gewinnen Ballungsgebiete und verlieren ländliche Regionen an Bevölkerung.
- Die ländliche Bevölkerung ist mobiler als die städtische.
- Die meisten Migranten legen nur eine kurze Distanz zurück.
- Wanderungsbewegungen erfolgen schrittweise von Provinz zu Provinz.
- Migration erzeugt Gegenströme. Gegenströme sind schwächer als Hauptströme.

Die Gesetze der Wanderung wurden Mitte des 20. Jahrhunderts u. a. durch Zipf (1946) im Rahmen der *Gravitationsmodelle* weiterentwickelt. Diese postulieren in Anlehnung an das Newtonsche Gravitationsgesetz, dass sich der Wanderungssaldo aus der Bevölkerungszahl und der Entfernung zwischen zwei Regionen ermitteln lässt. Je größer ein Ort „A“ im Vergleich zu einem Ort „B“ ist und je näher sich beide Orte sind, desto mehr Wanderung findet von „A“ nach „B“ statt. Die Zusammenhänge zwischen Wanderungsvolumen, räumlicher Distanz und Bevölkerungszahl wurden in Weiterentwicklungen ergänzt durch Opportunitäten (u. a. Beschäftigungs-, Wohnmöglichkeiten) und Konkurrenz (andere Migranten, deren Wohnort auch nah am Zielort ist) als weitere Erklärungsfaktoren (Haug 2000).

(B) MAKROÖKONOMISCHE THEORIE

Die neoklassische, makroökonomische Theorie nach bspw. Hicks (1963) ist eine Weiterentwicklung der bevölkerungsgeografischen Ansätze. Wanderungsbewegungen werden laut dieser auf Einkommensdifferenziale zwischen Herkunfts- und Ziel-land zurückgeführt (Todaro 1969). Demnach übersteigt das Einkommensniveau in Zielregionen jenes in Herkunftsländern. Je größer das Lohngefälle ausfällt, desto mehr Menschen migrieren (Massey et al. 1993; Todaro 1969). Als Folge dieser Wanderungsbewegungen sinkt im Herkunftsland das Arbeitskräfteangebot, dafür steigen die Arbeitskräftenachfrage und die Löhne. Im Zielland erhöht sich das Arbeitskräfteangebot bei gleichzeitig reduzierter Nachfrage und das Lohnniveau sinkt. Die Ausstattung mit Arbeitskräften und Einkommensdisparitäten gleichen sich deshalb im Zeitverlauf global an ein Pareto-Optimum an und Wanderungsströme sollten an Stärke verlieren (Massey et al. 1993).

Nicht nur das Lohnniveau, auch die Arbeitslosenquote und die Zahl der Beschäftigten in bestimmten Branchen können als Einflussgrößen bei der Modellierung makroökonomischer Ansätze einbezogen werden, wie z. B. Lowry (1966) mit seinem Gravitationsmodell zeigt. In Abhängigkeit der Richtung ihres Einflusses können die Faktoren als *Push- oder Pull-Faktoren* bezeichnet werden. „Push“ bezeichnet abstoßende Wirkungen aus einer Region bspw. aufgrund hoher Arbeitslosigkeit. Pull-Faktoren erhöhen die Attraktivität eines Ortes. Hierzu zählt eine hohe Beschäftigtenquote. Strukturelle Push- und Pull-Faktoren werden u. a. durch Feithen (1985), Todaro (1969) oder Wagner (1989) kombiniert. Zusammengefasst postulieren sie, dass Wanderungsbewegungen desto ausgeprägter sind, je ...

- größer die Einkommensdifferenz zwischen Herkunfts- und Zielregion ist,
- mehr Migranten derselben Herkunft bereits in den Zielregionen leben und
- größer die Zahl offener und passender Arbeitsstellen an den Zielorten ist.

(C) SEGMENTATIONSTHEORIE

Im Gegensatz zur Makroökonomie vertreten Anhänger der Segmentationstheorie bzw. der Theorie des dualen Arbeitsmarktes nach Doeringer und Piore (1985) und Piore (1979) die Auffassung, dass in erster Linie nicht ungleichgewichtige Arbeitsmärkte, sondern ihre Segmentierung in einen primären und einen sekundären Sektor die Migration von Arbeitskräften begründen. In primären Sektoren profitieren Arbeitnehmer von sicheren Arbeitsplätzen, hohen Löhnen und guten Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Dem stehen sekundäre Sektoren gegenüber mit prekären Beschäftigungsverhältnissen, schlechten Karrierechancen und niedrigen Löhnen. Die Hauptprämissen der Segmentationstheorie sind laut Massey et al. (1993):

- Lohndifferentiale in Herkunfts- und Zielländern sind keine Voraussetzung für Arbeitsmigration, weil der Bedarf an Zuwanderung durch strukturelle Bedingungen in Industrieländern ausgelöst wird.
- Migration befriedigt Bedarfe moderner Volkswirtschaften und lässt sich nicht durch politische Interventionen (bspw. bessere Löhne, Maßnahmen zur Erhöhung der Erwerbsquoten) verhindern.
- Industrieländer forcieren die Zuwanderung durch die Rekrutierung von Arbeitskräften durch Arbeitgeber oder die Regierungen.
- Niedrige Löhne in sekundären Sektoren können durch Zuwanderung aufgrund des steigenden Angebots an Arbeitskräften weiter sinken.
- Institutionelle Mechanismen sorgen in den aufnehmenden Industrieländern dafür, dass niedrige Löhne für Zuwanderer nicht steigen müssen bei sinkendem Arbeitskräfteangebot.

(D) MIKROÖKONOMISCHE THEORIEN

Im Gegensatz zu den makroökonomischen Theorien stehen bei neoklassischen, mikroökonomischen Ansätzen nicht aggregierte Marktdaten wie Lohnhöhen oder Beschäftigungsquoten im Vordergrund, sondern das rational entscheidende Individuum. In der Mikroökonomie wird Migration als Investitionsentscheidung verstanden (Shields und Shields 1989; Sjaastad 1962).

Potenzielle Migranten schätzen im Sinne des Humankapitalmodells Kosten und Nutzen einer Migration ab. Übersteigen die erwarteten Erträge im Zielland abzüglich der monetären und nicht-monetären Migrationskosten also jene im Herkunftsland,

kommt es zu einer Wanderung (Sjaastad 1962). Der in einem Zielland erwartete Nettogewinn einer Migration errechnet sich dabei grundsätzlich aus der Beschäftigungswahrscheinlichkeit und der Einkommenshöhe in der Zielregion im Verhältnis zu den entsprechenden Größen in der Heimat.

Menschen wandern in jene Regionen, in denen sie ihr vorhandenes Humankapital am produktivsten einsetzen können (Massey et al. 1993). Eine mangelnde Übertragbarkeit von Fertigkeiten und Qualifikationen kann eine negative Selektivität zur Folge haben. Für Hochqualifizierte kann das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer Migration dann negativ sein, weil sie aus ihrer Qualifikation in ihrer Heimat einen großen Nutzen ziehen, nicht aber im Zielland. In ihrer Heimat können sie vergleichsweise gute berufliche Perspektiven haben, die sich nach einer Migration in der Zielregion verschlechtern. Bei Niedrigqualifizierten entfällt dieser Punkt, weil sie sowohl in der Heimat als auch in der Zielregion wenig von ihrem Humankapital profitieren. Die Migrationsneigung kann deshalb unter Niedrigqualifizierten größer sein (Massey et al. 1993).

Auch wenn die Perspektive eine andere ist (Märkte vs. Individuum), gleichen sich die Hauptannahmen der mikro- und makroökonomischen Ansätze. Zusammenfassend vertreten mikroökonomische Theorien die folgenden Prämissen (Massey et al. 1993):

- Migration resultiert aus individuellen und rationalen Kosten-Nutzen-Kalkülen.
- Migrationsströme sind die Summe der Migration Einzelner und sie treten nur dann auf, wenn sich Ziel- und Herkunftsländer hinsichtlich der Beschäftigungs- und Verdienstmöglichkeiten unterscheiden.
- Das erwartete Einkommen in einer Zielregion, bzw. die Differenz zu den Verdienst- und Beschäftigungsmöglichkeiten in der Heimat, verursacht Migration.
- Individuen haben bei der Entscheidung für oder gegen eine Migration unterschiedliche Anreizstrukturen.
- Persönliche Eigenschaften, soziale Bedingungen oder Technologien, welche die Kosten einer Migration verringern, erhöhen den erwarteten Ertrag einer Wanderung und damit die Migrationswahrscheinlichkeit.
- Falls sich die Ausstattung mit Humankapital auf die erwartete Beschäftigungswahrscheinlichkeit oder den erwarteten Verdienst auswirkt, wird die Migrationsneigung beeinflusst.

(E) NEUE MIGRATIONSÖKONOMIE

Im Gegensatz zu den mikroökonomischen Ansätzen begründet die Neue Migrationsökonomie Wanderungsbewegungen nicht durch *individuelle* Entscheidungen. Stattdessen wird nach Mincer (1978) angenommen, dass Migration eine Strategie ist, um das Einkommen des gesamten *Haushalts* zu maximieren. Die Neue Migrationsökonomie ist deshalb u. a. wichtig, um Geldtransfers von Migranten an Angehörige in der Heimat zu erklären.

Der Haushaltsnutzen kann dem individuellen Nutzen widersprechen - bspw. bei in Teilzeit beschäftigten Ehefrauen, die im Zuge eines Umzugs ihre Stelle aufgeben müssen (Haug 2000). Migration bleibt aber eine rationale Entscheidung, wenn das Haushaltseinkommen trotz eines individuell negativen Verhältnisses zwischen Kosten und Nutzen steigt.

(F) PUSH UND PULL

Die bereits oben eingeführten makroökonomischen Push- und Pull-Faktoren zur Erklärung von Migration wurden durch die Migrationstheorie von Lee (1966) auf einer individualistischen Ebene konkretisiert. Er geht davon aus, dass eine Migrationsentscheidung von der individuellen Bewertung der folgenden Einflussgrößen in Herkunfts- und Zielregion abhängig ist:

- treibende Faktoren im Herkunftsland (Push)
- anziehende Faktoren im Zielland (Pull)
- Hindernisse (intervenierende Faktoren)
- individuelle Faktoren

Zu Push-Faktoren zählen bspw. politische Verfolgung, ökonomische Krisen, Naturkatastrophen oder Kriege. Sog- bzw. Pull-Faktoren sind politische und soziale Stabilität, demokratische Strukturen, Meinungs- und Glaubensfreiheit, Wirtschaftswachstum oder hohe Löhne (Han 2016).

Lee (1966) betont, dass nicht objektive strukturelle Daten entscheidend sind, sondern ihre Perzeption. Anhänger des Push-/Pull-Ansatzes vertreten also die Auffassung, dass bspw. nicht die tatsächlichen Beschäftigungsmöglichkeiten im Zielland

ausschlaggebend für eine Wanderung sind, sondern die wahrgenommenen Chancen auf eine bessere Stelle als in der Heimat.

(G) TRANSNATIONALISMUS

In neueren Ansätzen der Migrationsforschung wird häufig auf den transnationalen Charakter von Wanderungen verwiesen. Der Transnationalismus stützt sich auf empirische Beobachtungen der Wanderungsbewegungen in den letzten Jahrzehnten (Haug 2000). Während Migranten früher ihre Heimat verließen, um sich dauerhaft in einem anderen nationalstaatlichen Territorium niederzulassen, ist Migration heute zunehmend gekennzeichnet durch:

- Leben und Arbeiten an unterschiedlichen Orten
- Häufiges Pendeln zwischen Wohn- und Arbeitsorten
- Aufrechterhaltung von sozialen und ökonomischen Beziehungen über nationale Grenzen hinweg

Immer mehr Migranten bewegen sich demnach zwischen unterschiedlichen sozialen Wirklichkeiten. Es findet eine Entkopplung des geografischen vom sozialen Raum statt (Pries 1996).

Zirkuläre Migration kann als eine Form transnationaler Wanderungen verstanden werden. Sie meint die temporäre Migration mit anschließender Rückkehr in das Herkunftsland, wengleich es keine feste Definition gibt (Fargues 2008; Schneider und Parusel 2011; Vertovec 2007; Zenger 2008). Von zirkulärer Migration ist insbesondere in der Entwicklungspolitik die Rede, wenn Migranten ihre beruflichen Kompetenzen verbessern und nach einer Rückkehr in die Heimat das im Ausland erworbene Know-how einsetzen und verbreiten (Newland et al. 2008). In der Politik wird zirkuläre Migration häufig mit einem befristeten Arbeitsaufenthalt mit erzwungener Rückkehr gleichgesetzt (Angenendt 2007; Schneider und Parusel 2011).

(H) MIGRATIONSNETZWERKE UND SOZIALES KAPITAL

Soziale Beziehungen und ihre Bedeutung für Migrationsprozesse werden durch *Netzwerk-Ansätze* in den Vordergrund gestellt. Laut dieser können soziale Netzwerke Wanderungsbewegungen aufrechterhalten bzw. reproduzieren, weil sie Herkunfts- und Zielland miteinander zu einem System verbinden (Han 2016). Migranten

schaffen interpersonelle Bindungen, die über Raum und Zeit hinweg zu Menschen aus ihrem Herkunftsland auf der Grundlage von Verwandtschafts- und Freundschaftsbeziehungen stabil bleiben (Haug 2000). Insbesondere Kettenmigration erhält durch soziale Netzwerk-Ansätze ein theoretisches Fundament (Choldin 1973; Tilly 1990).

Das Konzept des *sozialen Kapitals* erweitert die Netzwerk-Ansätze. Persönliche Kontakte in der Aufnahmegesellschaft spielen eine wichtige Rolle bei der Integration und verringern damit Migrationskosten (Massey und España 1987). Familie, Freunde und Landsleute geben finanzielle Unterstützung, Informationen oder sie helfen bei der Suche nach Arbeitsplätzen und Wohnungen. Kettenmigration wird mit zunehmender Größe der Diaspora im Zielland angeregt, weil potenzielle Migranten von den bereits bestehenden sozialen Netzwerken profitieren (Haug 2000; Parnreiter 2000).

(I) BRAIN DRAIN

Unter Brain Drain wird der dauerhafte oder mindestens längerfristige Verlust von Fachkräften verstanden, der aus Sicht des Herkunftslandes nicht durch positive Effekte von Migration aufgewogen wird (Lowell und Findlay 2001). Die Brain Drain-Forschung fokussiert sich somit nicht auf die Ursachen von Migration, sondern ihre Folgen.

Darüber hinaus wurde in der jüngeren Vergangenheit als Pendant zum Brain Drain der Begriff des *Brain Gain* entwickelt. Anhänger des Brain Gain-Ansatzes postulieren, dass sich durch Migration das Humankapital im Herkunftsland erhöhen lässt - bspw. durch Migranten, die ihr im Ausland erworbenes Wissen nach einer Rückkehr verbreiten (Findlay 2001; Hunger 2003; Straubhaar 2000).

(J) GENDER UND MIGRATION

In der Neoklassik ist Migration ein Männerphänomen. Man ging davon aus, dass Frauen überwiegend zur Familienzusammenführung auswanderten. Beruflich motivierte Wanderungsbewegungen von Frauen wurden weitgehend vernachlässigt (Vanore und Siegel 2015).

Ein Umdenken wurde mit der weltweiten Segmentierung von Märkten angestoßen. Der Mangel u. a. an Pflegekräften und Haushaltshilfen führte in vielen Industrieländern zu einer steigenden Nachfrage nach gering oder mittel qualifizierten Frauen. Arbeitsmigration ist seitdem nicht länger ausschließlich hochqualifizierten Männern vorbehalten (Triandafyllidou und Marchetti 2013).

Seit Mitte der 1970er Jahre schlägt sich die höhere Beteiligung von Frauen an Wanderungsbewegungen in einer genderspezifischen Migrationsforschung nieder. Die Kernthesen dieser Tradition lautet, dass geschlechtsspezifische Asymmetrien in ökonomischer, politischer oder soziokultureller Hinsicht bestimmte Voraussetzungen der Migration von Frauen schaffen oder einschränken (Parnreiter 2000). Es wird insbesondere auf Diskriminierungen hingewiesen, die sich aus der Rolle als Migrant und Frau sowie aus der Einordnung in eine bestimmte soziale Schicht ergeben:

„Eine zugewanderte Arbeiterin ist als Ausländerin gegenüber einheimischen Arbeiterinnen, als Frau gegenüber zugewanderten Arbeitern und als Arbeiterin gegenüber zugewanderten höher qualifizierten Frauen im Nachteil.“ (Parnreiter 2000, S. 42)

Emanzipatorische Effekte der vermehrten Wanderungsbewegungen von Frauen sind unklar. Studienergebnisse liefern sowohl Hinweise für Verbesserung als auch Indizien für Verschlechterung ihrer sozialen Stellung durch Migration.

ZUSAMMENFASSENDE ÜBERSICHT ÜBER MIGRATIONSTHEORETISCHE ANSÄTZE

Der sehr heterogene Charakter der unterschiedlichen Ansätze zeigt: Die theoretische und systematische Erfassung einzelner Determinanten und Bedingungsfaktoren von Migrationsentscheidungen ist kaum möglich (Han 2016). Aus den skizzierten Theorien lassen sich aber wesentliche Erklärungsansätze für Wanderungsbewegungen und mögliche Migrationsfolgen filtern, wie die Tabelle 4 zeigt:

Tabelle 4: Wesentliche Erklärungsansätze für Migration und Migrationsfolgen gemäß der theoretisch-analytischen Ansätze

Ansatz	Erklärungen für bzw. Folgen von Migration
Bevölkerungsgeografie	<ul style="list-style-type: none"> • Räumliche Distanz zwischen Herkunfts- und Zielregion • Bevölkerungszahl zweier Orte
Makroökonomische Ansätze	Markt-/Strukturdaten zu <ul style="list-style-type: none"> • Einkommensdifferentialen • Beschäftigungsoptionen
Segmentationstheorie	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturelle Bedingungen in Industrieländern • Rekrutierung von ausländischen Arbeitskräften
Mikroökonomische Theorien	Erwartungen des Individuums auf der Grundlage rationaler Kosten-Nutzen-Entscheidungen an <ul style="list-style-type: none"> • Einkommenszuwächse, • bessere Beschäftigungsoptionen und • einen produktiven Einsatz des Humankapitals.
Neue Migrationsökonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Maximierung des Haushaltseinkommens
Push und Pull	Subjektive Wahrnehmung des Einzelnen von ... <ul style="list-style-type: none"> • treibenden Faktoren im Herkunftsland • anziehenden Faktoren im Zielland
Transnationalismus	Die Beobachtung der Migrationsrealität steht im Vordergrund: <ul style="list-style-type: none"> • Migranten bewegen sich in transnationalen Räumen • Migranten erhalten ökonomische und soziale Beziehungen in die Heimat aufrecht
Migrationsnetzwerke, soziales Kapital	<ul style="list-style-type: none"> • Die Qualität sozialer Netzwerke in einer Zielregion begünstigt weitere Migration • Persönliche Kontakte in Zielregionen verringern Migrationskosten und erleichtern die Integration
Brain Drain	<ul style="list-style-type: none"> • Fachkräftemigration gefährdet Arbeitsmärkte in Herkunftsländern, weil Humankapital verloren geht
Gender und Migration	Die Beobachtung der Migrationsrealität unter genderspezifischen Gesichtspunkten steht im Vordergrund: geschlechtsspezifische Asymmetrien beeinflussen Migrationsfolgen

Quelle: Eigene Darstellung

2.5.2 Integrationstheoretische Ansätze

Beim übergeordneten Thema dieser Arbeit, den Chancen und Hemmnissen für die Migration indischer Pflegekräfte, geht es u. a. um Fragen der Integration in Deutschland. Der theoretisch-analytische Rahmen befasst sich deshalb auch damit, wie und unter welchen Bedingungen die Integration von ausländischen Arbeitskräften gelingen kann. Hierzu als erstes eine Einordnung des Integrationsbegriffes.

INTEGRATIONSBEGRIFF

Der Integrationsbegriff wird ähnlich dem der „Migration“ kontrovers diskutiert und in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen anders verwendet bzw. definiert. Aus politikwissenschaftlicher Sicht betrachtet ist unter Integration zu verstehen der

„Zustand einer Gesellschaft mit einem möglichst geringen Grad an gesellschaftlichen Konflikten, mit gleichen Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe für alle Mitglieder der Gesellschaft, einer Gesellschaft, [...] in der einzelne soziale oder ethnische Gemeinschaften keine Diskriminierung befürchten müssen.“ (Aumüller 2009, S. 25)

In der Soziologie wird Integration mehr aus einer funktional-systemischen Perspektive beleuchtet. Im Sinne des Strukturfunktionalismus von Parsons und Smelser (2005) ist sie eine von vier Funktionen, die von allen Systemen zur Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Ordnung erfüllt sein müssen. Parsons geht es also um eine „strukturelle Integration“, bei der die Frage danach im Vordergrund steht, wie Gesellschaften geordnete und aufeinander abgestimmte Formen des alltäglichen Handelns bewältigen. Im Gegensatz dazu meint die „individuelle Integration“ eine soziale Eingliederung von neuen Mitgliedern einer Gesellschaft (Kreckel 1994).

Auch Esser (2004) unterscheidet zwischen einer individuell-sozialen und einer strukturell-systemischen Dimension von Integration:

- *Sozialintegration*: Ein- oder Ausschluss von Akteuren in ein bestimmtes soziales System (bspw. in eine Schule oder in ein Unternehmen)
- *Systemintegration*: Zusammenhalt sozialer Systeme oder Subsysteme (u. a. Wirtschafts-, Rechtssystem, EU), der sich unabhängig von den einzelnen Akteuren ergibt

Die Sozialintegration vollzieht sich nach Esser (1980; 2006) in vier Teilprozessen, die nacheinander erfolgen und sich wechselseitig bedingen:

- (1) *Kulturelle Assimilation*: Erwerb von Wissen und Fertigkeiten wie bspw. der Sprache des Aufnahmelandes oder der Kenntnis kultureller Gepflogenheiten; kulturelle Assimilation ist die Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsmarkt und den weiteren Integrationsprozess
- (2) *Strukturelle Assimilation*: Eingliederung in wichtige Institutionen (bspw. Bildungssystem, Arbeitsplatz)
- (3) *Soziale Assimilation*: Kontaktaufnahme zu Einheimischen
- (4) *Emotionale Assimilation*: Identifikation mit der Aufnahmegesellschaft

Für diese Arbeit ist insbesondere die kulturelle Assimilation relevant, wenn es darum geht, Art und Bedingungen des Integrationsprozesses indischer Pflegekräfte zu explorieren. Zentrale Indikatoren der kulturellen Assimilation sind die Themen Sprache und Kultur. Für diese wird der theoretisch-analytische Rahmen im Folgenden konkretisiert, angefangen mit Erkenntnissen aus der Sprachlehrforschung.

ERKENNTNISSE DER SPRACHLEHRFORSCHUNG ZUM LERNEN EINER FREMDSPRACHE

Die Sprachlehrforschung befasst sich mit dem durch Unterricht gesteuerten „Lehren und Lernen fremder Sprachen“ (Bausch et al. 2007, S. 1), die „von dem jeweiligen Lernenden nicht als Muttersprache beherrscht werden“ (Edmondson und House 2011, S. 4). Der Lernprozess einer Sprache ist komplex und konnte bis dato nicht in eine konsistente und allgemeine Theorie zusammengeführt werden. Aus linguistischer Sicht verursacht die fremde Grammatik Lernprobleme, aus soziologischer Perspektive wirkt eine angespannte Unterrichtsatmosphäre hemmend und in didaktischer Hinsicht ist entscheidend, wie der Lernstoff vermittelt wird (Edmondson und House 2011).

Klassische Ansätze der Sprachlehrforschung erklären die Entwicklung fremdsprachlicher Kompetenz mit dem Alter. So ist der Lernprozess bei einer Fremdsprache anders organisiert als bei dem der Erstsprache (Bausch et al. 2007). Kleinkinder lernen ihre Muttersprache spielerisch und unbewusst. Im Gegensatz dazu ist das Erlernen einer Fremdsprache ein gesteuerter Vorgang, bei dem ein Lerner mit einer zunächst fremden Grammatik, Aussprache und kulturellen Lebensform konfrontiert ist (Bausch et al. 2007).

Hieraus hat sich die Vorstellung eines bestimmten „kritischen Alters“ entwickelt, ab der das Lernen einer Fremdsprache kaum mehr möglich ist (Bausch et al. 2007). Die vorherrschende Lehrmeinung war, dass Kinder beim Sprachenlernen Erwachsenen grundsätzlich überlegen sind, weil eine gewisse neurobiologische Plastizität mit dem Ende der Pubertät eingebüßt wird (Edmondson und House 2011).

In der heutigen Sprachlehrforschung werden diese Befunde allerdings zunehmend kritisch gesehen (Bausch et al. 2007). Stattdessen geht man mittlerweile davon aus, dass Menschen jeden Alters Fremdsprachen mit Erfolg lernen können (Bausch et al. 2007; Edmondson und House 2011) und dass sich altersbedingte Veränderungen deutlich langsamer vollziehen als in der klassischen Sprachlehrforschung angenommen (Edmondson und House 2011). Dabei ist nach aktueller Studienlage nicht nur das Alter, sondern ein komplexes Zusammenspiel diverser Aspekte für die Fortschritte und Erfolge beim Lernen einer Fremdsprache entscheidend (Bausch et al. 2007).

Zu den Faktoren, welche die Schnelligkeit des Fremdsprachenerwerbs beeinflussen, zählen neben dem Alter nach Edmondson und House (2011) insbesondere:

- Intelligenz
- Motivation
- Ängste
- Kontaktmöglichkeiten mit der Fremdsprache

In den meisten Untersuchungen zu den Zusammenhängen zwischen *Intelligenz* und der Beherrschung einer Sprache konnten keine direkten Korrelationen gefunden werden. Gleichwohl legen Studienergebnisse nahe, dass allgemeine kognitive Fähigkeiten einen positiven Einfluss auf Lernerfolge haben können. So machen bspw. Mayer (2000) darauf aufmerksam, dass ein hohes Ausmaß an emotionaler Intelligenz Leistungsunterschiede beim Fremdsprachenlernen erklären können. Zudem wird hervorgehoben, dass unterschiedliche „kognitive Stile“, und somit die gewohnte Art der Problemlösung, Lernerfolge beeinflussen.

In Hinblick auf die *Motivation* wird unterschieden nach einer integrativen und einer instrumentellen Motivation des Sprachenlernens. Bei der integrativen Motivation identifizieren sich die Lerner stark mit den Menschen oder der Kultur der Zielsprache. Demgegenüber richtet sich eine instrumentelle Motivation auf eine bestimmte

Belohnung von außen (Ryan 1993). Unterschiedliche Studienergebnisse weisen darauf hin, dass sich beide Motivationsarten förderlich auf den Fremdspracherwerb auswirken können. Schüler lernen demnach besser und schneller, wenn ...

- das Eigeninteresse und die Freude an einem Thema groß sind (Deci und Ryan 1985) und/oder
- mit der neu beherrschten Sprache das Erreichen eines besonders angestrebten Ziels verbunden ist (Gardner 2010)

Neben der Motivation haben weitere sozio-psychologische Faktoren Einfluss auf den Spracherwerb. *Angst* kann sich negativ auf das Sprechen, Hören und Lernen einer Fremdsprache auswirken. In Untersuchungen wurde beobachtet, dass ängstliche Schüler schlechtere Ergebnisse in Klausuren und Sprachtests haben (MacIntyre und Gardner 1994). Dabei unterscheidet Scovel (1978) zwischen einer förderlichen und einer hemmenden Form der Angst, die beide im limbischen System wirksam werden. Erstgenannte spornt tendenziell dazu an, eine Arbeit mit Engagement anzunehmen. Hemmende Angst hingegen lässt den Schüler vor den großen Herausforderungen beim Erlernen einer neuen Sprache „fliehen“ und führt zur Aktivierung von Vermeidungsstrategien (Scovel 1978).

Unter den *Kontaktmöglichkeiten mit der Fremdsprache* sind die Einsatzgebiete der neu erlernten Fremdsprache zu verstehen (Edmondson und House 2011). Fremdsprachenkenntnisse verbessern sich bspw. durch die regelmäßige Kommunikation mit Muttersprachlern, während sie sich bei unregelmäßigem Gebrauch außerhalb eines Sprachunterrichts weniger verfestigen.

KULTURBEGRIFF

Neben der Sprache ist das Thema Kultur nach Esser (2004) ein zweiter wichtiger Faktor mit Einfluss auf den Integrationsprozess in eine Aufnahmegesellschaft. Der Kulturbegriff lässt sich schwer fassen:

„Kultur kann holistisch und allumfassend, Kultur kann auch partikulär und exklusiv verstanden werden.“ (Müller-Funk 2010, S. 4)

Kultur ist also ein sehr heterogener Sammelbegriff (Rippl und Seipel 2008). Die verschiedenen Bedeutungen von Kultur sind im Zusammenhang mit dem jeweiligen Untersuchungsgegenstand und der wissenschaftlichen Disziplin zu sehen (Müller-Funk 2010).

In dieser Arbeit sollen kulturelle Herausforderungen bei der Beschäftigung indischer Pflegekräfte exploriert werden. Das zugrundeliegende Kulturverständnis muss deshalb flexibel sein und eine recht offene Identifizierung von Einflussfaktoren auf die Eingliederung indischer Pflegekräfte in den deutschen Berufsalltag erlauben. Einen solchen Definitionsvorschlag legt Esser vor:

„Die Gesamtheit aller in einer Gesellschaft vorkommenden und sozial geteilten Bezugsrahmen und darauf bezogener Symbole [...] wird [...] als *Kultur* bezeichnet. Die Kultur ist, sozusagen, der Vorrat, aus dem die Akteure schöpfen können (und müssen), wenn sie ihr Handeln mit Sinn versehen und ‚verstanden‘ werden wollen.“ (Esser 2001, S. 1f.)

Hofstede et al. (2010) grenzt mit seiner Forschung die Art und Weise, wie Kultur im organisatorischen Kontext wirksam wird, weiter ein. Er betont, dass jedes Individuum eine kulturelle Prägung bzw. „mentale Programmierung“ hat, die vorwiegend in der frühen Kindheit, aber auch in späteren Lebensabschnitten durch Erfahrungen im sozialen Umfeld erlernt und modifiziert wird (Hofstede et al. 2010, S. 5). Kulturelle Unterschiede äußern sich dabei nach Hofstede et al. (2010) durch:

- (1) *Symbole*: bspw. Bilder, Objekte oder Statussymbole, denen Menschen eines kulturellen Hintergrundes die gleiche Bedeutung zuschreiben
- (2) *Idole*: Personen mit Vorbildfunktion innerhalb eines Kulturraumes
- (3) *Rituale*: Handlungen der Menschen einer kulturellen Prägung, die immer gleich ablaufen (u. a. Begrüßungsrituale oder Hochzeitsriten)
- (4) *Werte* bilden den Kern einer Kultur. Sie sind Grundsätze, nach denen eine Gesellschaft oder eine Peer-Group ihr Zusammenleben ausrichtet. Anhand von

Wertvorstellungen werden Dinge oder Vorgänge bspw. als gut oder schlecht, als anständig oder unanständig, als natürlich oder unnatürlich bewertet.

Die vier Unterscheidungsmerkmale einer Kultur stehen in einem hierarchischen Verhältnis zueinander. Symbole spiegeln die leicht erlernbare Oberfläche einer Kultur wider. Sie ändern sich vergleichsweise schnell und werden laut Hofstede et al. (2010) leicht von einer Kultur auf eine andere übertragen oder kopiert.

Symbole, Helden/Idole und Rituale werden von Hofstede et al. (2010) als Praktiken bezeichnet: Sie sind für Außenstehende sichtbar, ihre kulturelle Bedeutung aber bleibt verborgen und liegt in der Art und Weise, wie die Mitglieder einer Kultur sie interpretieren.

Werte sind am festesten verankert und am stabilsten gegenüber Veränderungsprozessen. Sie sind im Gegensatz zu Symbolen, Idolen und Ritualen unsichtbar und müssen von einem Mitglied eines anderen kulturellen Systems interpretiert werden.

KULTURDIMENSIONEN

Im Rahmen dieser Arbeit wird das Thema Kultur relevant in Form eines Kulturvergleichs zwischen Deutschland und Indien, wie im nächsten Kapitel 2.6 konkretisiert werden wird. Im Kontext kulturvergleichender Forschung ist nach Rippl und Seipel (2008, S. 63) zu gewährleisten, dass die der Untersuchung zugrundeliegenden theoretischen Konstrukte ...

- anwendbar,
- klar definiert und
- vergleichbar in den verschiedenen Kontexten sind, „um sie empirischer Forschung zugänglich zu machen“.

Eine solche theoretische Fundierung liefern für die vorliegende Arbeit die *Kulturdimensionen*. Als einer ihrer Begründer gelten die bereits oben zitierten Hofstede et al. (2010). Hofstede begann seine Untersuchungen Ende der 1960er Jahre mit einer Befragung von knapp 117.000 IBM-Mitarbeitern zu kulturellen Fragestellungen. Aus den Ergebnissen leitete er seine sechs Kulturdimensionen ab, mit denen sich ins-

gesamt 76 Staaten weltweit, u. a. Deutschland und Indien, unter kulturellen Gesichtspunkten vergleichen lassen. Zu den Kulturdimensionen nach Hofstede et al. (2010) zählen:

- (1) *Machtdistanz*: Sie meint den Umgang mit Macht und Ungleichheit bzw. die Abhängigkeitsbeziehungen in einer Gesellschaft. Eine große Machtdistanz bedeutet, dass die soziale Ungleichheit groß ist und dies von der Bevölkerung auch so erwartet und akzeptiert wird. Mitarbeiter sind dann stark von Vorgesetzten und ihren Weisungen abhängig und Verantwortlichkeiten sind bei wenigen Entscheidungsträgern gebündelt.
- (2) *Individualismus/Kollektivismus*: Individualismus bedeutet, dass die Interessen des Einzelnen die der Gruppe dominieren. Weder emotional noch instrumentell hängt das eigene Wohlbefinden in der Reinform individualistischer Gesellschaften von dem der Gruppe ab. In kollektivistischen Gesellschaften dominieren die Interessen der Gruppe die des Einzelnen.
- (3) *Maskulinität/Feminität*: Unter Maskulinität bzw. Feminität verstehen Hofstede et al. (2010) das Ausmaß geschlechtsspezifischer Prägungen einer Gesellschaft. Maskuline Attribute sind Durchsetzungsfähigkeit, Konkurrenzbereitschaft und Härte. Im Gegensatz dazu werden als Attribute der Feminität eher Emotionalität und Fürsorglichkeit genannt.
- (4) *Unsicherheitsvermeidung*: Als Unsicherheitsvermeidung bezeichnen Hofstede et al. (2010) das Ausmaß, in dem sich Mitglieder einer Gesellschaft durch unklare und unsichere Situationen bedroht fühlen. Individuen aus entsprechend geprägten Kulturkreisen streben nach Regeln und Strukturen, die ihrem Leben einen vorhersagbaren und leicht interpretierbaren Rahmen geben.
- (5) *Langzeit-/Kurzzeitorientierung*: Kurzzeitorientierung meint eine Ausrichtung an gegenwärtigen und vergangenen Handlungen. Im Berufsleben drückt sich Kurzzeitorientierung in großem Leistungsstreben und hoch spezialisierten Aufgabebereichen aus. Unter Langzeitorientierung verstehen Hofstede et al. (2010) auf künftigen Erfolg ausgerichtete Taten. Im Arbeitsleben wird in langzeitorientierten Kulturen großer Wert auf Ehrlichkeit, Selbstdisziplin, Anpassungsfähigkeit, Lern- und Verantwortungsbereitschaft gelegt.

(6) *Befriedigung/Einschränkung*: Hofstede et al. (2010) unterscheiden bei Gesellschaften auch zwischen solchen, in denen Individuen die Befriedigung eigener Bedürfnisse in den Vordergrund stellen und jenen, in denen das Ausleben derartiger Gefühle durch soziale Restriktionen zurückgehalten wird.

Neben Hofstede schlussfolgert auch Hall (1989) aus seiner Forschung auf verschiedene Kulturdimensionen, die bei einem Vergleich zwischen Deutschland und Indien v. a. zur Erklärung von verschiedenen Kommunikationsstilen herangezogen werden können. Insbesondere auf seiner Dimension *Kontextorientierung* bauen viele kulturvergleichende Untersuchungen auf. Bei dieser unterscheidet Hall zwischen einer hohen und einer niedrigen Kontextorientierung. Kulturen mit einer niedrigen Kontextorientierung sind durch relativ lockere und sich schnell verändernde Beziehungsnetze gekennzeichnet. Man kommuniziert in solchen Gesellschaften nach Hall (1989) überwiegend verbal und gibt Botschaften direkt und klar in der Annahme, dass Informationen ohne Sprache nicht verstanden werden können. Im Gegensatz dazu sind zwischenmenschliche Beziehungen in Kulturkreisen mit hoher Kontextorientierung wichtiger und enger. In der Kommunikation wird deshalb viel Wert daraufgelegt, das Gegenüber nicht zu verletzen und Botschaften werden tendenziell indirekt geäußert. Die nonverbale Kommunikation ist stärker als in Hochkontext-Gesellschaften verbreitet und in Gesprächen wird auf viele Details verzichtet.

Weitere viel beachtete Arbeiten zu Kulturdimensionen lieferten u. a. Trompenaars und Hampden-Turner (1998) sowie Schwartz (1994). Sie weisen allerdings große Schnittmengen mit den bereits vorgestellten Ansätzen auf. Ihre Berücksichtigung würde deshalb das analytische Gerüst dieser Arbeit ohne großen Mehrwert verkomplizieren.

2.6 Ziele und Fragestellungen

In diesem Unterkapitel werden schließlich die Zielsetzungen (Kapitel 2.6.1) und die Fragestellungen (Kapitel 2.6.2) der vorliegenden Arbeit formuliert.

2.6.1 Ziele

Diese Arbeit soll Chancen und Hemmnisse für die Zuwanderung indischer Pflegekräfte nach Deutschland explorativ-deskriptiv untersuchen. Ein Grundanliegen ist die Analyse, unter welchen Bedingungen die Migration von Pflegekräften aus Indien überhaupt gelingen kann unter Berücksichtigung der Interessen (A) Deutschlands, (B) Indiens und (C) der wandernden Pflegekräfte.

Hierzu sollen die in Kapitel 2.5 erörterten *Migrationstheorien* zugrunde gelegt werden. So wird bspw. der Stellenwert höherer Löhne in Zielländern für die Migrationsbereitschaft diskutiert, wobei in erster Linie eine mikroökonomische Perspektive entscheidend ist: Weniger das absolute Lohngefälle zwischen Deutschland und Indien ist von Belang als vielmehr die individuelle Abwägung von Kosten und Nutzen.

Die migrationstheoretischen Konstrukte liefern über ökonomische Aspirationen hinausreichende Erklärungsansätze für Wanderungsbewegungen, wie die Tabelle 1 oben zusammenfassend verdeutlicht hat. Dies betrifft als erstes die erwarteten Beschäftigungsoptionen im Zielland. In dieser Arbeit soll deshalb bspw. kritisch gemäß der mikro- und makroökonomischen Prämissen und der „Push- und Pull“-Ansätze diskutiert werden, ob eine Tätigkeit in der deutschen Altenpflege aus Sicht der Befragten eine bestimmte Attraktivitätsschwelle überschreitet, die für eine Auswanderung nach Deutschland notwendig ist.

Im Sinne der Neuen Migrationsökonomie wird zusätzlich davon ausgegangen, dass bei der Entscheidung für oder gegen eine Migration die gesamte Familie involviert ist. Indien ist, wie bspw. in Kapitel 4.2.3 noch weiter konkretisiert wird, eine kollektivistische Gesellschaft. Migration sollte demnach nicht nur für die einzelne Pflegekraft ökonomische Vorteile haben, sondern für die ganze Familie. In diesem Zusammenhang sind insbesondere Remissionen bzw. finanzielle Rücktransfers im Ausland lebender Familienangehöriger in die Heimat zu nennen, deren Bedeutung für die wirtschaftliche Entwicklung in Indien u. a. am Fallbeispiel des Bundesstaats

Kerala in Kapitel 4.3.1 reflektiert wird. Bei der Diskussion um Remissionen durch indische Pflegekräfte wird ebenfalls auf Grundannahmen des Transnationalismus zurückgegriffen. So ist bspw. in Kapitel 4.3.2 näher zu erörtern, inwiefern auch nach einer Zuwanderung nach Deutschland die Aufrechterhaltung sozialer und ökonomischer Beziehungen in die Heimat erwartet werden kann. Ferner wird aufbauend auf dem Transnationalismus ein möglicher Know-how-Transfer diskutiert, der denkbar sein könnte, falls indische Pflegekräfte nach einer Tätigkeit in Deutschland wieder in die Heimat zurückkehren.

Auch auf Grundannahmen der Theorie des sozialen Kapitals wird zurückgegriffen. So wird reflektiert, welche Unterstützung durch persönliche Kontakte vor Ort bei der Integration in Deutschland zu erwarten sind.

Im Sinne der bevölkerungsgeografischen Ansätze wird diskutiert, welchen Stellenwert in Zeiten der Globalisierung die geografische Distanz zwischen Herkunfts- und Zielland für migrierende indische Pflegekräfte hat. Wie bei aktuelleren migrationswissenschaftlichen Konstrukten steht die räumliche Entfernung jedoch nicht im Vordergrund des Forschungsinteresses.

Auf der Grundlage des Brain Drain-Konzeptes werden Auswirkungen der Migration indischer Pflegekräfte auf das Humankapital in der Heimat diskutiert – insbesondere vor dem Hintergrund, dass in Indien schon heute von einem Fachkräftemangel in der Pflege die Rede ist, wie in Kapitel 2.3.3 dargestellt wurde. Kritisch wird in Kapitel 5.2 zu diskutieren sein, inwiefern sich die eigenen Ergebnisse mit wesentlichen Prämissen des Brain Drain-Ansatzes („Verlust“ von Arbeitskräften durch Auswanderung) decken.

Die *Sprachlehrforschung* grenzt den Untersuchungsgegenstand näher ein, um explorativ auf der Grundlage der Interviewergebnisse zu diskutieren, inwiefern indische Pflegekräfte grundsätzlich befähigt werden können, die deutsche Sprache zu erlernen. Die in der eigenen Untersuchung identifizierten „Erfolgsfaktoren“ zum Lernen der deutschen Sprache werden mit denen der Sprachlehrforschung verglichen (Kapitel 5.1).

Die vorgestellten Ansätze zum Thema *Kultur* sind eine Grundlage der Diskussion kultureller Herausforderungen für indische Pflegekräfte bei einer Tätigkeit in Deutschland. Die eigenen Erkenntnissen werden zu denen von Hofstede et al. (2010) und Hall (1989) in Kapitel 5.1 mit dem Fokus auf die folgenden Fragen eingeordnet:

- Haben die vor mehreren Jahrzehnten erbrachten Ergebnisse nach wie vor in der eigenen Untersuchung ihre Gültigkeit?
- Lassen sich die Resultate auch auf eine frauendominierte Branche übertragen – Hofstede gewann seine Daten zu Beginn seiner Forschung bei IBM vorwiegend unter männlichen Beschäftigten?
- Werden die überwiegend durch quantitative Forschung identifizierten Kulturdimensionen auch mit einem qualitativen Design gefunden?

2.6.2 Fragestellungen

Den im letzten Abschnitt beschriebenen Untersuchungszielen samt theoretischer Einordnung folgend bilden drei zentrale Fragestellungen mit zwei bzw. drei Unterfragen den Ausgangspunkt dieser Arbeit:

- (1) Welche Chancen und welche Hemmnisse sind mit der Zuwanderung indischer Pflegekräfte für die deutsche Aufnahmegesellschaft und für deutsche Arbeitgeber verbunden? (Kapitel 4.2)
 - (a) Inwiefern sind in Indien erworbene fachliche Qualifikationen und Kenntnisse bei einer Tätigkeit in Deutschland nutzbar?
 - (b) Welche sprachlichen Hürden bestehen?
 - (c) Welche kulturellen Aspekte spielen bei der Integration indischer Pflegekräfte eine Rolle?
- (2) Welche Chancen und welche Hemmnisse gehen mit der Migration indischer Pflegekräfte für das Herkunftsland Indien einher? (Kapitel 4.3)
 - (a) Welchen Stellenwert haben finanzielle Rücktransfers?
 - (b) Welche Folgen sind auf das Humankapital in der Heimat zu erwarten?
- (3) Welche Chancen und welche Hemmnisse bestehen für wandernde indische Pflegekräfte? (Kapitel 4.4)
 - (a) Was sind Migrationstreiber?
 - (b) Was sind Migrationshemmnisse?
 - (c) Wie hoch ist die Motivation, in einzelne Zielregionen und insbesondere nach Deutschland auszuwandern?

3 Methode

In dieser Arbeit werden Chancen und Hemmnisse hinsichtlich der Zuwanderung von ausländischen Pflegekräften nach Deutschland am Fallbeispiel Indien explorativ untersucht. Es findet also eine Erforschung, Entdeckung oder Erkundung eines bislang wenig untersuchten thematischen Rahmens statt (Raab-Steiner und Benesch 2015). Das *Finden* und nicht die Prüfung von bereits vorhandenen Annahmen bzw. Hypothesen steht im Vordergrund. Hierzu ist ein recht offenes methodisches Vorgehen notwendig:

„Exploration bedeutet die Untersuchung [...] im Rahmen einer flexiblen und reflexiven Vorgehensweise, indem Ergebnisse [...] sowie die methodischen Schritte [...] ständig reflektiert und im Laufe des Untersuchungsprozesses korrigiert werden.“
(Lamnek und Krell 2010, S. 36)

Bei der Methodik dieser Arbeit stehen der Logik explorativer Forschung folgend pragmatische Überlegungen im Mittelpunkt: Mit welchen Instrumenten werden am besten Antworten auf die Fragestellungen gefunden? In erster Linie wurden deshalb (A) relevante Literatur sowie Ergebnisse amtlicher Statistiken systematisch recherchiert und ausgewertet (Sekundäranalyse). Ergänzend dazu, u. a. zur Eingrenzung von Fragestellungen, zu denen bislang keine oder wenige Publikationen vorliegen, wurden (B) 41 Interviews in Deutschland und Indien geführt. Schließlich, zur weiteren Annäherung an Fragestellungen, auf die sich auch in den Interviews keine erschöpfenden Antworten finden ließen (bspw. „Sind indische Fachkräfte motiviert, nach Deutschland auszuwandern?“), wurde (C) eine nicht-repräsentative explorative Befragung durchgeführt unter 189 indischen Pflegekräften, Pflegestudenten, Healthcare-Managementstudenten und Lehrkräften. Im Sinne der in Kapitel 3.4 näher zu erörternden „Triangulation“ wurden also mehrere Instrumente miteinander kombiniert, um sich flexibel den Fragestellungen dieser Arbeit auf verschiedene Weise zu nähern.

Die zugrundeliegenden Methoden werden in diesem Kapitel lediglich skizziert, weil es sich um gängige sozial- und gesundheitswissenschaftliche Instrumente handelt. Sie werden in den Literaturverweisen ausführlicher beschrieben und diskutiert.

3.1 Sekundäranalyse²

Diese Arbeit basiert zunächst auf einer Sekundäranalyse deutsch- und englischsprachiger Literatur. Zur Beantwortung der einzelnen Fragestellungen wurden relevante Veröffentlichungen gesichtet und in das Literaturverwaltungsprogramm Citavi übertragen. Anhand der Analyse verschiedener Quellen durch diverse Autoren können Regelmäßigkeiten und Auffälligkeiten identifiziert bzw. diskutiert werden. Zu den ausgewerteten Publikationen zählten:

- Wissenschaftliche Zeitschriftenaufsätze
- Monographien, Sammelwerke (Bücher)
- Graue Literatur (Studienberichte, Reporte)
- Weitere Quellen (Zeitungsartikel, Vorträge, Gesetze)

Zur Recherche relevanter Literatur wurden drei Strategien angewendet und zwar (1) die systematische Methode, (2) die Metasuche und (3) das Schneeballverfahren. Bei der *systematischen Methode* wurde nach relevanter Literatur in den folgenden Suchmaschinen mit den unten näher erörterten Suchbegriffen recherchiert:

- *ISI Web of Sciences*:³ Sie gilt als eine der weltweit größten Literatur- und Zitationsdatenbanken. Zeitschriften aller Fachgebiete einschließlich Open Access Journals werden ausgewertet.
- *PubMed Central (PMC)*:⁴ Die frei zugängliche Suchmaschine ist im medizinischen Bereich mit ca. 5.800 Zeitschriften die weltweit umfangreichste Literaturdatenbank.
- *CINAHL*:⁵ Elektronische Form des Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature mit ca. 1.400 Zeitschriften. Es werden die meisten englischsprachigen Pflegezeitschriften, die Veröffentlichungen der American Nurses' Association und

² Die Sekundäranalyse ist nach Diekmann (1995) eine Methode, um bereits vorhandenes Material (bspw. Literatur, Medien) unabhängig vom ursprünglichen Zweck und Bezugsrahmen auszuwerten. Eine Sekundäranalyse kann also über eine reine Literaturanalyse hinausgehen. Weil in dieser Arbeit nicht nur Literatur, sondern auch amtliche Statistiken ausgewertet werden, wird der Begriff der „Sekundäranalyse“ dem der „Literaturanalyse“ vorgezogen.

³ Online verfügbar unter <http://thomsonreuters.com/en/products-services/scholarly-scientific-research/scholarly-search-and-discovery/web-of-science.html>, zuletzt geprüft am 12.07.2016.

⁴ Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>, zuletzt geprüft am 12.07.2016.

⁵ Online verfügbar unter <https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete>, zuletzt geprüft am 12.07.2016.

der National League for Nursing ausgewertet. Insofern eignet sich CINAHL insbesondere für die Suche nach englischsprachiger Literatur zu spezifischen pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen.

In jede der drei Suchmaschinen wurden je nach Fragestellung verschiedene Schlagworte einzeln oder in Kombination eingefügt. Übersichten über die Suchoperanden werden zu Beginn der einzelnen Ergebniskapitel gegeben (siehe bspw. Tabelle 14 auf S. 97).

Die Treffer wurden entweder nach Relevanz sortiert oder, wenn es über 500 Treffer gab, im ISI Web of Sciences danach, wie häufig die Quelle durch andere Autoren zitiert wurde. In die weitere Analyse flossen aus Effizienzgründen nur die 50 als erstes aufgeführten Publikationen ein. Sie wurden mit Hilfe der folgenden Ein- und Ausschlusskriterien qualitativ selektiert:

- *Inhaltliche Relevanz:* Veröffentlichungen wurden dann eingeschlossen, wenn sie aus Sicht des Autors wesentlich zur weiteren Beantwortung der einzelnen Fragestellungen beitragen.
- *Wahrnehmung:* Oft durch andere Autoren zitierte Veröffentlichungen wurden häufiger berücksichtigt.
- *Aktualität:* Es wurden ältere Veröffentlichungen eher aus- und neuere eher eingeschlossen.
- *Repräsentativität:* Publikationen wurden eher dann berücksichtigt, wenn die Studienteilnehmer repräsentativ für die Zielpopulation waren.
- *Transparenz:* Eine transparente Darstellung von Methodik, Ergebnissen und Diskussion war ein Argument für einen Einschluss.
- *Größe:* Untersuchungen mit großen Populationen wurden häufiger berücksichtigt.
- *Verfügbarkeit:* Literatur, die nicht bzw. nur kostenpflichtig verfügbar war und deren wesentliche Informationen auch durch andere Quellen abgedeckt werden konnte, wurde ausgeschlossen.

Bei Studien orientierte sich die Bewertung der Kriterien „Repräsentativität“ und „Transparenz“ an STROBE – Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology nach Lamnek und Krell (2010). STROBE besteht aus einer Check-

liste mit Punkten, die in Kohorten-, Fallkontroll- und Querschnittsstudien zur Qualitätssicherung eingehalten werden sollten. Sie wurde entwickelt, um Autoren, Herausgebern, Lektoren und Lesern Hilfestellungen bei der kritischen Beurteilung von Artikeln bzw. Studien zu geben. Wesentliche Inhalte der Checkliste sind in der Tabelle 5 zusammengefasst:

Tabelle 5: Kriterien zur Bewertung der Qualität von Studien im Sinne von STROBE

KRITERIUM	ZUTREFFEND, WENN AUSREICHENDE DARSTELLUNG VON ...
Titel, Abstract	<ul style="list-style-type: none"> • Studiendesign im Titel • Zusammenfassung über die Studie und deren Ergebnisse
Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Wissenschaftlicher Hintergrund der vorgestellten Studie • Spezifischen Zielsetzungen mit Hypothesen
Methoden	<ul style="list-style-type: none"> • Studiendesign • Rahmen • Studienteilnehmern • Variablen • Datenquellen/Messmethoden • Bias • Studiengröße • Quantitativen Variablen • Statistischen Methoden
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmern • Deskriptiven Daten • Ergebnisdaten • Hauptergebnissen • Weiteren Auswertungen
Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptergebnissen • Einschränkungen • Interpretationen • Übertragbarkeit

Quelle: Eigene Darstellung nach Lamnek und Krell (2010)

Zu einigen Fragestellungen (bspw. zu kulturellen und sprachlichen Herausforderungen hinsichtlich der Beschäftigung indischer Pflegekräfte in deutschen Pflegeheimen) wurden keine oder nur sehr wenige Arbeiten gefunden, die den dargestellten Gütekriterien entsprachen. In diesen Fällen wurde die Literaturrecherche ausgeweitet auf die *Metasuche*. Bei dieser wurde mit den Suchbegriffen der systematischen Methode in Google recherchiert. Es wurde dann ggf. auch Literatur berücksichtigt, die den Einschlusskriterien zwar nicht entsprach, die aber dennoch die Diskussion

zur Beantwortung einzelner Fragestellungen befruchtete. In diesem Sinne wurde bei der Metasuche das Kriterium „inhaltliche Relevanz“ übergewichtet.

Beim *Schneeballverfahren* ist das Literaturverzeichnis einer bestimmten Quelle der erste Einstieg. Dieses wird nach weiteren relevanten Veröffentlichungen durchsucht. In den so neu identifizierten Publikationen wird auf gleiche Weise geprüft, ob auf zusätzliche bedeutsame Quellen verwiesen wird. Angefangen mit einer Referenz kann man sich so eine bessere Übersicht über ein Thema verschaffen und das Literaturverzeichnis wächst wie ein „Schneeball“. Zum Schneeballverfahren wurde auch von anderen empfohlene Literatur gezählt. So gaben bspw. die in Indien befragten Experten Hinweise auf aktuelle Publikationen und namhafte indische Autoren.

Bei der Literaturrecherche wurden schließlich Publikationen ausgeschlossen, die bereits in anderen Suchen identifiziert wurden (Entfernung von Dubletten). Das Ergebnis der Sekundäranalyse sind die „bereinigten Treffer“. Diese werden gemeinsam mit den Suchoperanden in einzelnen tabellarischen Übersichten am Anfang der jeweiligen Ergebniskapitel (Kapitel 4.2 bis 4.4) dargestellt.

Auch auf *amtliche Statistiken* wurde bei der Sekundäranalyse zurückgegriffen. Hierzu zählten Verwaltungs- und Registerdaten. So basiert die Darstellung des demografischen Wandels in Deutschland (Kapitel 2.1) auf den Ergebnissen des aktuellen Mikrozensus. Zahlen über in Deutschland lebende Inder lieferte das Ausländerzentralregister. Die Bevölkerungsentwicklung in Asien wurde auf der Grundlage von Daten des US Census Bureaus diskutiert. Darüber hinaus stellt die WHO Zahlen zu weltweit tätigen Pflegekräften zur Verfügung.

3.2 Interviews

In Ergänzung der Sekundäranalyse wurden 41 Interviews durchgeführt in Deutschland und Indien in den Jahren 2009 bis 2012. Erkenntnisse der Literaturanalyse ließen sich mit denen aus den Interviews vergleichen und in Bezug setzen.

INTERVIEWFORMATE

Der Untersuchungsprozess orientiert sich am Prinzip der Offenheit, wie es in der qualitativen Forschung nach Lamnek und Krell (2010) praktiziert wird. Zu dessen Umsetzung werden den Befragten u. a. keine standardisierten Fragen gestellt und keine Antwortvorgaben vorgelegt. Die subjektive Perspektive der Interviewpartner ist wichtig, wie dies auch bei Mayring (2002) durch das Postulat der Orientierung am Subjekt zum Ausdruck gebracht wird. Somit wird in einem *Interview* Raum zur Exploration des Untersuchungsgegenstandes gegeben.

In dieser Arbeit wurden Interviews durchgeführt mit

- (A) indischen Pflegekräften,
- (B) deutschen Leitungskräften mit Verantwortung für indische Pflegekräfte und
- (C) Experten mit spezifischem Hintergrundwissen.

Die indischen Pflegekräfte (A) wurden zu ihrer Rolle als Pflegekraft oder Migrant befragt – in Deutschland tätige indische Pflegekräfte bspw. zu ihrer Integration in Deutschland und Pflegekräfte in Indien zu ihrem beruflichen Alltag sowie den Gründen für die Absolvierung einer Pflegeausbildung (die wesentlichen Leitfragen sind in der Tabelle 7 auf S. 72 zusammengefasst). Hierzu wurden halbstrukturierte Gespräche geführt, die sich an *fokussierten Interviews* nach Merton (1987) orientierten. Bei diesen sollen die Gesprächspartner von persönlichen Erfahrungen in ihrem Leben berichten. Im Gegensatz bspw. zum narrativen Interview oder zu Tiefeninterviews spielen die Lebensbiografie und Emotionen des Befragten eine untergeordnete Rolle. Stattdessen geht es um die Analyse von einzelnen, relevanten Situationen durch ein, im Vergleich mit anderen qualitativen Methoden, recht standardisiertes und damit nur bedingt offenes Vorgehen (Lamnek und Krell 2010).

Deutsche Führungskräfte und Experten mit spezifischem Hintergrund (B + C) wurden zu ihrem *Kontextwissen* interviewt bzw. zum Handeln anderer Populationen und ihren „Lebensbedingungen [...] und Entwicklungen“ (Meuser und Nagel 2009, S. 471). Hierzu zählten u. a. kulturelle, sprachliche und fachliche Herausforderungen bezüglich der Beschäftigung indischer Pflegekräfte in Deutschland oder der Bedarf an geriatrischen und Altenpflegerischen Versorgungsangeboten in Indien. Diese Befragungen lassen sich den *Experteninterviews* nach Meuser und Nagel (1989) zuordnen. Hier steht der Befragte nicht als Person im Zentrum der Aufmerksamkeit. Stattdessen geht es um seine Rolle als Experte, in der er über ein besonderes Insider-, Spezial- und Hintergrundwissen zum Forschungsgegenstand verfügt. Die biografischen und persönlichen Hintergründe des Interviewten treten also in den Hintergrund und es interessiert mehr der Funktionskontext, in den er eingebunden ist. Experteninterviews sind im Vergleich zu anderen Interviewformen wie dem biografischen Interview standardisierter. Emotionen des Interviewten spielen bei Experteninterviews, die auf die Gewinnung von Kontextwissen zielen, keine wichtige Rolle. Zum einen geht es nicht, wie bspw. bei Tiefeninterviews, um unbewusste Sinnstrukturen, die zu Tage gefördert werden müssen. Die relevanten Informationen sind explizit verfügbar und können verbalisiert werden. Zum anderen werden die Experten durch die Fragen nicht stark emotional berührt, weil es nicht um sie und um einschneidende Erlebnisse in ihrem Leben geht, sondern um die Beobachtung anderer Personen. Schließlich ist ein Experteninterview faktenorientiert und thematisiert kaum sensible Informationen. Es bestehen deshalb wenige Anreize, Phänomene nicht wahrheitsgetreu aus der eigenen Perspektive und nach eigenem Kenntnisstand zu schildern.

Die Mehrheit der Gespräche waren Einzelinterviews (24), wenngleich auch die Zahl der Gruppeninterviews hoch war (17). Vielen indischen Interviewpartnern waren die in Gruppen stärkeren Gefühle von Zugehörigkeit und sozialer Anerkennung wichtig. In Deutschland wurden Gruppeninterviews aus praktischen Erwägungen (bspw. Zeit- und Kostenersparnis bei Reisen) und aufgrund persönlicher Wünsche der Interviewpartner geführt.

Mit den Gruppeninterviews wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass menschliches Handeln immer sozial ist (Kühn und Koschel 2011). Durch die Interaktion der

Gruppenteilnehmer wurden einzelne Interviewpartner zu neuen Aussagen ange-
regt, was laut Lamnek und Krell (2010, S. 377) „besonders hilfreich bei der qualita-
tiven Untersuchung von Motivationsstrukturen“ ist. Die Diskussion untereinander
befruchtete damit den weiteren Erkenntniszuwachs.

Zusammenfassend lassen sich die typischen Kennzeichen der geführten Interviews
nach Interviewform, Erkenntnisinteresse, Grad der Standardisierung, Art (Einzel-,
Gruppeninterviews) sowie Umgang mit Emotionen in der Tabelle 6 wie folgt darstel-
len:

Tabelle 6: Kennzeichen der Interviews

KENNZEICHEN	INDISCHE PFLEGEKRÄFTE	EXPERTEN
Form	angelehnt an fokussierte Interviews	Experteninterviews
Erkenntnisinteresse	persönliche Erfahrungen	Kontextwissen
Standardisierung	halbstandardisiert	halbstandardisiert
Art	überwiegend Einzelinterviews	überwiegend Einzelinterviews
Emotionen	geringer Stellenwert	sehr geringer Stellenwert

Quelle: Eigene Darstellung

AUSWAHL UND KONTAKTIERUNG DER INTERVIEWPARTNER

Die Datensammlung erfolgte in Anlehnung an das „theoretical sampling“ nach Gla-
ser und Strauss (1967). Im Vorfeld einer Untersuchung steht bei diesem nicht in
allen Einzelheiten fest, welche Informationsquellen zugrunde gelegt werden und wie
die Stichprobe aussieht. Stattdessen fließt der vom Untersuchungsstand abhängige
aktuelle Erkenntnisstand in die weitere Vorgehensweise ein. Die Datenerhebung
wird abgeschlossen, nachdem eine Sättigung des Untersuchungsgegenstandes
festgestellt wird - sich die Antworten in den ausgewerteten Interviews also wieder-
holen und keine wesentlichen neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden (Guest
2006).

Gemäß des theoretical sampling wurden die Interviewpartner in der Feldphase so
ausgewählt, dass durch ihre Befragung neue Antworten auf relevante Fragestellun-
gen zu erwarten waren (Behnke et al. 2006). Sobald Fragestellungen aus der Sicht

des Interviewers gesättigt waren, wurden keine weiteren Interviewpartner der gleichen Expertise befragt. Gleichzeitig verschoben sich in der Feldphase Befragungsschwerpunkte und dadurch ergab sich die Notwendigkeit, neue Experten mit einem anderen Hintergrund zu befragen. So stellte sich bspw. im Laufe der Interviews heraus, dass die sprachliche Hürde für indische Pflegekräfte bei einer Tätigkeit in Deutschland sehr hoch ist. Zusätzlich zu den im Vorfeld geplanten Interviews wurden deshalb Gespräche mit Sprachexperten geführt (u. a. Lehrer des Goethe-Instituts in Indien).

Die ersten Interviewpartner in Deutschland wurden im Internet sowie über persönliche und berufliche Kontakte identifiziert. In Indien waren bereits Ansprechpartner bekannt durch die Teilnahme an einem Studienprogramm an einer Universität in Thiruvananthapuram, kurz Trivandrum, der Hauptstadt des indischen Bundesstaates Kerala im äußersten Süden Indiens.⁶ Die zu Beginn befragten Experten hatten weitere mögliche Interviewpartner genannt. Dieser „Schneeballeffekt“ war für die Kontaktsuche in Indien entscheidend, weil dort für das Zustandekommen von Treffen, insbesondere mit Leitungskräften und angesehenen Wissenschaftlern, gute persönliche Beziehungen wichtig sind.

INTERVIEWLEITFÄDEN

Die Interviews waren halbstandardisiert, wie bereits in der Tabelle 6 gesehen. Interviewleitfäden kamen zum Einsatz, um ...

- ... die Interviews zu strukturieren,
- ... eine Vorbereitung auf die Interviews und eine Reflexion der geplanten Fragen zu erleichtern,
- ... die Vergleichbarkeit der Ergebnisse aus unterschiedlichen Interviews zu erhöhen sowie
- ... dem Interviewer eine Orientierung und Erinnerungstütze während der Interviews zu geben.

⁶ Der DAAD hat dem Autor dieser Arbeit mit einem Stipendium im Rahmen von „A New Passage to India“ den Studienaufenthalt finanziert. Möglich wurde er durch eine Empfehlung des Zweitgutachters dieser Arbeit, Prof. Oliver Razum.

Entsprechend der Expertise der Interviewpartner wurden verschiedene Leitfäden eingesetzt. So lag bspw. bei der Befragung von indischen Pflegekräften, tätig in deutschen Krankenhäusern oder Pflegeheimen, ein Schwerpunkt auf ihrer Integration in Deutschland. Experten des indischen Gesundheitswesens wurden hingegen mehr zu übergeordneten Themen befragt – wie bspw. zum Bedarf an Altenpflege und an geriatrischen Versorgungsangeboten in Indien.

Die Leitfäden wurden in Anlehnung an Helfferich (2009) nach dem SPSS-Prinzip erarbeitet:

- (1) *Sammeln*: viele Fragen zur Beantwortung aller wesentlichen Fragestellungen zusammentragen
- (2) *Prüfen*: Fragen in Abhängigkeit von Vorwissen und Offenheit strukturieren und reduzieren
- (3) *Sortieren*: verbliebene Fragen nach zeitlicher Abfolge und inhaltlichen Aspekten sortieren
- (4) *Subsummieren*: Einzelaspekte unter einfachen Erzählaufforderungen zusammenfassen

Die Leitfäden beinhalten zunächst ein *Präskript*. Mit diesem wurden Hinweise zum Hintergrund des Interviewpartners (bspw. berufliche Position bzw. Funktion, beruflicher Werdegang) und seinem Arbeitgeber (u. a. Organisation, Zahl der Beschäftigten) vor jedem Interview dokumentiert. Die Informationen wurden entweder in Vorgesprächen gewonnen oder im Internet recherchiert. Darüber hinaus enthalten die Präskripte organisatorische Hinweise (Ort, Datum, Zeit der Interviews).

Der Hauptteil der Interviews beinhaltet die wesentlichen Fragestellungen bzw. *Leitfragen*. Die Tabelle 7 fasst sie nach der jeweiligen Expertise der Gesprächspartner zusammen:

Tabelle 7: Leitfragen nach Expertise der Befragten

HINTERGRUND INTERVIEWPARTNER	LEITFRAGEN
Indische Pflegekraft (in Deutschland tätig)	<ul style="list-style-type: none"> • Motive der Migration nach Deutschland • Sprachliche und fachliche Vorbereitungen auf eine Tätigkeit im deutschen Gesundheitswesen • Soziale Integration in Deutschland • Kulturelle Herausforderungen • Herausforderungen beim Lernen der deutschen Sprache • Berufliche Integration • Besonderheiten der Pflege in Indien • Bedingungen für eine Rückkehr in die Heimat
Indische Pflegekraft (in Indien tätig)	<ul style="list-style-type: none"> • Motive, eine Pflegeausbildung in Indien aufzunehmen • Beruflicher Alltag/Tätigkeiten einer Pflegekraft in Indien • Auswanderungsmotivation und -motive • Kosten einer Migration und Bereitschaft zu deren Inkaufnahme • Bereitschaft zu einer Tätigkeit in der deutschen Altenpflege
Leitungskraft mit Verantwortung für indische Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Integration indischer Pflegekräfte • Berufliche Integration • Fachlicher Hintergrund: Fähigkeiten, Kenntnisse Pflege • Sprachkenntnisse • Kulturelle Herausforderungen • Besonderheiten im Arbeitsalltag • Akzeptanz im Arbeitsteam • Umgang mit Pflegebedürftigen • Anforderungen an Leitungskräfte zur „guten“ Führung
Besondere Expertise zu: Indisches Gesundheitswesen, Migration, Sprache	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung von Pflegebedürftigen in Indien • Bedarf an geriatrischen und altenpflegerischen Versorgungsangeboten • Migrationsbereitschaft indischer Pflegekräfte • Kulturelle, sprachliche und fachliche Herausforderungen bei der Migration indischer Pflegekräfte nach Deutschland • Mögliche Kosten und möglicher Nutzen einer Migration für (A) indische Pflegekräfte und (B) Indien • Bedingungen für eine Rückkehr in die Heimat

Quelle: Eigene Darstellung

Die Leitfäden enden mit einem *Postscript*. In diesem wurden die folgenden Auffälligkeiten während des Interviews bzw. Hinweise für die weitere Feldphase festgehalten:

- Anregungen zur Änderung des Leitfadens für zukünftige Interviews
- Beschreibung der Interviewsituation und des -verlaufs

- Emotionen des Interviewpartners und des Interviewers: Gefühle, Stimmungen
- Besondere verbale und nonverbale Äußerungen des Interviewpartners
- Rückmeldungen des Interviewpartners zum Interview
- Neue Ideen für die weitere Feldphase

Die Interviews sind ein anpassungsfähiges Erhebungsverfahren, ausgerichtet an den jeweiligen Eigenheiten des Untersuchungsgegenstandes, um den im Verlauf des Forschungsprozesses erzielten Erkenntnisfortschritt für die nachfolgenden Untersuchungsschritte zu verwerten. Nach diesem Prinzip der Flexibilität wurden die Interviewleitfäden hinsichtlich neuer Erkenntnisse angepasst (Lamnek und Krell 2010). So kristallisierten sich u. a. im Laufe des Literaturstudiums und der Interviews große Unterschiede heraus zwischen (A) einer Tätigkeit in der deutschen Altenpflege und (B) der beruflichen Sozialisation einer indischen Pflegekraft. Bei diesem Beispiel bleibend wurde in den weiteren Interviews der Schwerpunkt deshalb stärker auf die Übertragbarkeit in Indien erworbener Kenntnisse auf die Arbeit in einem deutschen Pflegeheim gelegt.

DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS

Mit den eingesetzten Interviewleitfäden wurden weitgehend *offene* Gespräche geführt. Der Befragte formulierte seine Antworten in eigenen Worten. Der Interviewer ging auf das Gesagte unvoreingenommen ein und passte darauf Formulierungen und die Reihenfolge der noch zu stellenden Fragen an. Im Sinne von Hopf ergab sich so die Möglichkeit,

„Situationsdeutungen oder Handlungsmotive in offener Form zu erfragen, Alltagstheorien und Selbstinterpretationen differenziert und offen zu erheben.“ (Hopf 2015, S. 350)

Die Interviews begannen mit der Vorstellung der eigenen Person und des Hintergrundes des Gesprächs (Witzel 1985). Diese Interviewphase diente auch als Eisbrecher, um die Gesprächsatmosphäre zu lockern. Bei deutschen Führungskräften waren dies Fragen nach den Gründen für eine Beschäftigung von ausländischen Pflegekräften oder bei indischen Pflegekräften solche zum familiären Hintergrund.

Im Hauptteil der Interviews kamen die Leitfragen mit erzählungsgenerierendem Charakter zum Einsatz. Diese wurden ergänzt durch Verständnis-, Aufrechterhaltungs- und Konfrontationsfragen zur Steuerung des Gesprächs (Witzel 1985). Den

Befragten wurden also eigene Äußerungen zurückgespiegelt (z. B. „Sie haben gerade erzählt, dass ... Was spielt hier noch eine Rolle?“), klärende Fragen gestellt (u. a. „Könnten Sie den Zusammenhang bitte noch einmal für mich verdeutlichen?“) und sie wurden mit eigenen Aussagen konfrontiert (bspw. „Wie verträgt es sich in diesem Zusammenhang mit Ihrer Aussage, dass ...?“).

Die Interviews wurden mit Einverständnis der Gesprächspartner mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Zusätzlich wurden während der Gespräche Notizen gemacht als Erinnerungsstütze und zur Dokumentation von Auffälligkeiten.

Bei den Gruppeninterviews handelte es sich nicht um klassische „Gruppendiskussionen“ nach bspw. Lamnek und Krell (2010), sondern sie behielten charakteristische Eigenschaften von Einzelinterviews. Der gleiche, systematisch in flexibler Reihenfolge abgefragte Leitfaden wurde sowohl bei Einzel- als auch bei Gruppeninterviews eingesetzt. Kein großer Wert wurde bei den Gruppeninterviews auf die Diskussion unter den Interviewten gelegt. Stattdessen lag der Schwerpunkt auf den individuellen Erfahrungen, Motiven oder Kenntnissen der Befragten. Der Befragende nahm demnach nicht die Rolle eines Moderators ein, sondern blieb, wie bei den Einzelinterviews, in der des Interviewers (Lamnek und Krell 2010).

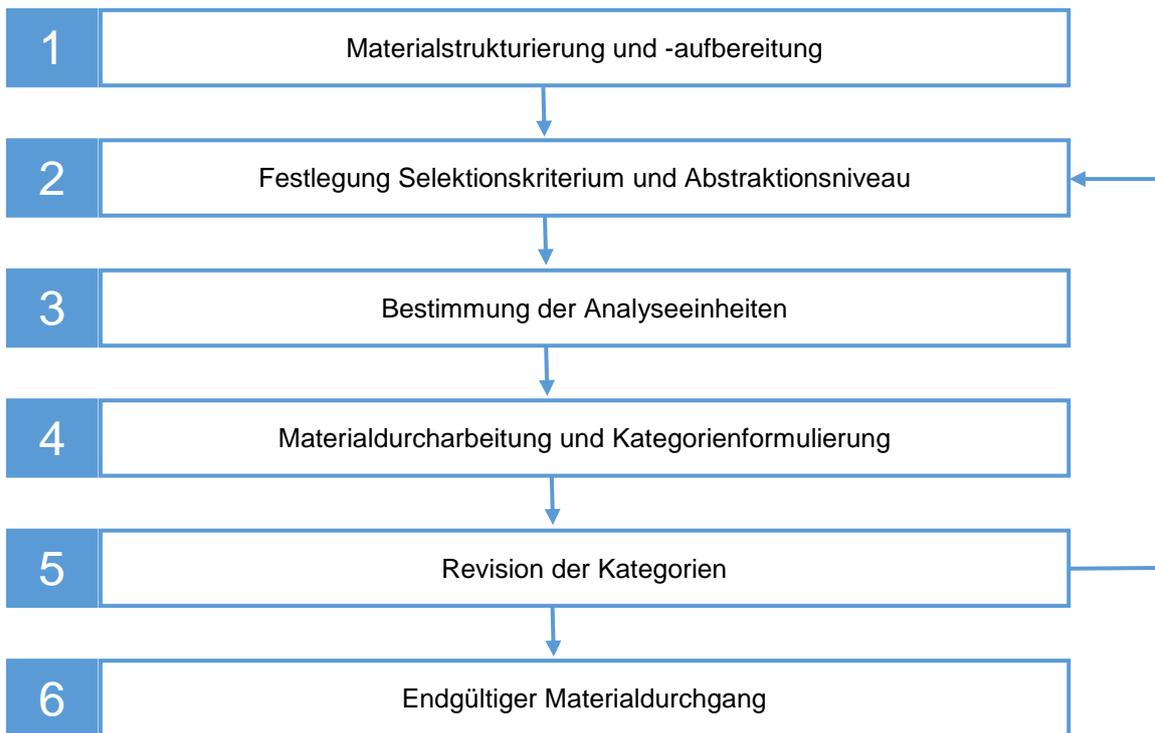
DATENAUSWERTUNG

Von den 41 durchgeführten Interviews konnten 38 mit einem Diktiergerät aufgezeichnet werden. 3 Interviewpartner hatten die Anfrage abgelehnt, das Gespräch aufzunehmen (Kürzel „RS“, „GM“ und „IGK“ in der Tabelle 13 auf S. 91).

Die Datenauswertung folgte der Logik der *qualitativen Inhaltsanalyse* nach Mayring (2015). Diese geht systematisch, kontrolliert und regelgeleitet vor. Das übergeordnete Ziel ist die Entwicklung eines Kategoriensystems bzw. einer empirisch begründeten Typenbildung. Hierzu ist die Komplexität des Materials schrittweise zu reduzieren, um die für die Auswertung relevanten Aspekte bzw. die *Kategorien* herauszufiltern.

Im Sinne der *induktiven Kategorienbildung* wurden die Kategorien nicht wie beim deduktiven Vorgehen vor der Sichtung des Materials erstellt. Stattdessen wurden sie in den folgenden Schritten direkt aus dem Material abgeleitet, ohne einen theoretischen Bezug:

Abbildung 14: Ablaufmodell der Datenauswertung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring (2015, S. 86)

Schritt 1

Mit Hilfe der Tonbandaufzeichnungen, und ggf. ergänzt durch Notizen, wurden die Gespräche transkribiert. Wie oben näher ausgeführt, ging es bei den Interviews um Erfahrungen und Fakten. Emotionen spielten nur eine untergeordnete Rolle. Die Interviews wurden deshalb mehrheitlich *sinngemäß* verschriftlicht. Solange die Aussagen des Interviewten eindeutig waren, wurden grammatikalische Fehler korrigiert, lange Schachtelsätze gekürzt und inhaltliche Wiederholungen gestrichen. Weitere Paraphrasierungen, wie die Reduzierung von Textpassagen auf eine grammatikalische Kurzform, wurden nicht vorgenommen. Die induktive Kategorienbildung setzt keine Paraphrasierungen voraus.

Unklare oder mehrdeutige Formulierungen wurden wortwörtlich transkribiert, um einen Informationsverlust zu vermeiden. Darüber hinaus war es aufgrund der bewussten und expliziten Verfügbarkeit der Informationen nicht notwendig, Hörsignale, Pausen oder Füllwörter (bspw. „äh’s“ oder „mhms“) zu dokumentieren, die bei anderen Interviewformen wichtige Hinweise auf die Stimmungslage und emotionale Befindlichkeiten des Befragten liefern können.

Die erstellten Transkripte sind also bereits gekennzeichnet durch eine erhebliche Reduktion der Primärdaten. Nur durch derartige „selektive Konstruktionen“ ist allerdings eine Auswertung von Interviews möglich:

„Die neue Realität, die der Text schon auf der Ebene [...] des Transkripts darstellt, ist die einzige (Version der) Realität, die der Forscher für seine anschließenden Interpretationen zur Verfügung hat.“ (Flick et al. 2015, S. 384)

Schritt 2

Als nächstes waren die *Selektionskriterien* zu bestimmen. In vorliegender Arbeit waren diese identisch mit den in Kapitel 2.6.2 dargestellten Fragestellungen wie bspw. „Welche sprachlichen Hürden bestehen?“. Gleichzeitig wurde das *Abstraktionsniveau* definiert, d. h. wie konkret und auf welchem Verallgemeinerungsgrad die Kodierung stattfindet. So sollten bei der exemplarisch genannten Fragestellung spezifische Herausforderungen beim Deutschlernen identifiziert werden, die sich nicht nur auf den Einzelfall beziehen, sondern auch für andere wichtig sein können.

Schritt 3

Als *Kodiereinheit* galt jede bedeutungstragende Aussage – in Bezug auf das oben genannte Beispiel sämtliche Nennungen von Herausforderungen beim Spracherwerb. *Kontext- und Auswertungseinheiten* waren alle relevanten Transkriptionen und Notizen zum Thema Sprache und somit Interviews mit indischen Pflegekräften, deutschen Leitungskräften und Experten mit entsprechendem Hintergrund.

Schritt 4

Im Anschluss konnte das Material Zeile für Zeile durchgearbeitet werden auf der Suche nach Stellen, die dem Selektionskriterium entsprachen. Wurde eine passende Stelle zum ersten Mal gefunden, wurde die erste Kategorie gebildet. War das Selektionskriterium ein weiteres Mal erfüllt, wurde entschieden, inwiefern die jeweilige Passage zur bereits geschaffenen Kategorie zu zählen war oder ob eine neue gebildet werden musste.

Ein konkretes Beispiel aus dieser Arbeit für das Vorgehen bei der Auswahl des Selektionskriteriums, der Bestimmung des Selektionskriteriums und schließlich der Kategorienbildung (Schritte 2 bis 4) gibt die Tabelle 8.

Tabelle 8: Exemplarisches Vorgehen bei der Kategorienbildung

FALL	ZITAT	SELEKTIONSKRITERIUM	ABSTRAKTIONSNIWEAU	KATEGORIE
SP	„Das ‚A‘ wird in Malayalam auch als ‚A‘ ausgesprochen. Im Englischen allerdings als ‚Aei‘. Hier gibt es Probleme, weil das deutsche Schriftbild dem englischen gleicht, aber die Aussprache anders ist. Eigentlich ist die deutsche Aussprache Malayalam viel näher als die englische, es verwirrt unsere Pflegekräfte jedoch.“	Welche sprachlichen Hürden bestehen?	Konkrete Herausforderungen beim Deutschlernen, die sich nicht nur auf Einzelfälle beziehen, sondern die auch bei anderen Personen auftreten könnten.	Sprache Herausforderungen (+)
IM	„Dabei geht es nicht um das Deutsch, das man in der Schule oder Volkshochschule lernt, sondern Alltagssprache. In unserem Fall auch Alltagsschwäbisch. Gerade von Bewohnern kommen bestimmte Redewendungen und Ausdrücke, die man in einem normalen Sprachunterricht nicht lernt.“			

Quelle: Eigene Darstellung

Schritte 5 und 6

Nachdem die Hälfte des Materials durchgearbeitet war, wurden die Kategorien reflektiert. Es wurde kritisch überprüft, ob das entwickelte Codesystem gut zur Beantwortung einer bestimmten Fragestellung geeignet ist. Bei als notwendig erachteten Revisionen wurden die Einzelschritte wiederholt. Falls die Kategorien als angemessen bewertet wurden, folgte der endgültige Materialdurchgang.

Ergebnis der induktiven Kategorienbildung waren insgesamt 45 Kategorien. Zu ihrer strukturierten Entwicklung und systematischen Darstellung kam das Programm MAXQDA zum Einsatz. Mit diesem lassen sich Textpassagen farblich markieren und einer bzw. mehreren Kategorien zuweisen. MAXQDA ermöglicht zudem die gezielte Suche nach zentralen Begriffen oder Kodierungen in allen Interviews. Die Kategoriensysteme werden in MAXQDA nach dem endgültigen Materialdurchlauf übersichtlich dargestellt, wie das folgende Beispiel veranschaulicht:

Abbildung 15: Auszug der gebildeten Kategorien in MAXQDA

- (1) Pflegefachliches
 - Fachliches Know-how allgemein (o)
 - Fachliches Know-how allgemein (+)
 - Fachliches Know-how allgemein (-)
 - Körperkontakt & Grundpflege (o)
 - Körperkontakt & Grundpflege (+)
 - Körperkontakt & Grundpflege (-)
- (2) Sprache
 - Herausforderungen (o)
 - Herausforderungen (+)
 - Herausforderungen (-)
 - Ressourcen (o)
 - Ressourcen (+)
 - Ressourcen (-)
 - Maßnahmen (o)
 - Maßnahmen (+)
 - Maßnahmen (-)
- (3) Kultur
 - Macht und soziale Ungleichheit (o)
 - Macht und soziale Ungleichheit (+)
 - Macht und soziale Ungleichheit (-)
 - Kollektivistische Sozialisierung (o)
 - Kollektivistische Sozialisierung (+)
 - Kollektivistische Sozialisierung (-)
 - Kommunikationsstile (o)
 - Kommunikationsstile (+)
 - Kommunikationsstile (-)
 - Lebensstile (o)
 - Lebensstile (+)
 - Lebensstile (-)
 - Religion und Vorstellungen von Zeit (o)
 - Religion und Vorstellungen von Zeit (+)
 - Religion und Vorstellungen von Zeit (-)

Quelle: Eigene Darstellung

Die Resultate der Interviews werden zu Beginn der jeweiligen Ergebniskapitel (Kapitel 4.2 bis 4.4) in tabellarischen Übersichten zusammenfassend dargestellt. In ihnen wird die Anzahl der relevanten Kodierungen bzw. der zur Beantwortung einer Fragestellung gebildeten Kategorien benannt. Zusätzlich werden bedeutungstragende Interviewzitate im Fließtext aufgeführt.

3.3 Befragung

Zur Ergänzung der Erkenntnisse aus Literaturanalyse und Interviews fand eine nicht-repräsentative explorative Befragung unter 189 Angehörigen von indischen Bildungsstätten und eines Krankenhauses statt. Die Befragung war im Vorfeld der Untersuchung nicht geplant, da sich diese Möglichkeit erst während der Feldphase in Indien ergab. Mit der Befragung sollte das Untersuchungsfeld zu einzelnen Fragestellungen besser erschlossen werden, wenngleich sie im Vergleich mit den anderen methodischen Zugängen für den Erkenntnisgewinn weniger relevant ist.

STICHPROBENZIEHUNG

Die Befragten wurden bei dieser Untersuchung ad hoc und gezielt rekrutiert (Raab-Steiner und Benesch 2015). Es handelt sich also um eine *nicht-probabilistische* Stichprobe, weil die Teilnehmer nicht zufällig gewonnen wurden und keine repräsentative Teilmenge der Grundgesamtheit bilden. Stattdessen wurden im Sinne eines methodologischen Pragmatismus alle zur Verfügung stehenden Probanden zur Eingrenzung von relevanten Fragestellungen befragt.

Nicht-probabilistische Stichproben werden oft als unwissenschaftlich kritisiert. Sie haben aber im Gegensatz zu Zufallsstichproben den Vorteil einer höheren Kosten- und Zeiteffizienz (Baker et al. 2013). Häufig kommen sie deshalb trotz mangelnder Repräsentativität in der angewandten Forschung bei begrenzten Budgets (bspw. Evaluationen oder klinische Studien) zum Einsatz (Baker et al. 2013). Darüber hinaus wurden Studien mit nicht-probabilistischen Stichproben im wissenschaftlichen Kontext bei Pilotstudien toleriert (Heckathorn 2002).

Angestoßen durch die AIDS-Forschung von Laumann et al. (1989) erhöhte sich die Akzeptanz in Bezug auf die Forschung mit nicht-probabilistischen Stichproben. Seit ca. 15 Jahren werden sie zunehmend dann eingesetzt (und anerkannt), wenn die Gruppe der Teilnehmer mit einer konventionellen Stichprobenziehung schwer oder nicht zugänglich ist oder ihre Akquise mit einem hohen Zeitaufwand verbunden ist (Heckathorn 2002; Muhib et al. 2001; Schreuder et al. 1999; Tongco 2007). Beispiele für solche „hidden populations“ sind Zielgruppen, die ...

- nicht durch übliche Befragungsmethoden erfasst werden können (Obdachlose zählen bspw. nicht zur Stichprobe bei Haushaltsbefragungen),

- dazu neigen, das zu untersuchende Phänomen (Homosexualität, Drogenabhängigkeit usw.) zu verschleiern, weil es gesellschaftlich stigmatisiert wird,
- wenig motiviert sind, an Befragungen teilzunehmen,
- geografisch über ein großes Gebiet verstreut sind (Heckathorn 2002; Magnani et al. 2005; Muhib et al. 2001).

Die Repräsentativität hat bei diesen Studien laut Heckathorn (2002) keine Priorität. Sie haben trotz der Gefahr von Verzerrungen einen Mehrwert, weil ihre Ergebnisse mindestens Informationen über die untersuchte Stichprobe liefern:

„[...] It may be difficult to extrapolate these data to some larger population or cohort. Nonetheless they constitute information that has utility and value, at the very least to describe and characterize the particular sample.“ (Schreuder et al. 1999, S. 281)

Eine nicht-probabilistische Stichprobe musste bei der vorliegenden explorativen Befragung trotz unterschiedlicher methodologischer Probleme, näher diskutiert in Kapitel 5.4, aus diversen Gründen gezogen werden:

- *Begrenzter Zugang zur Stichprobe:*⁷ Die befragten indischen Pflegekräfte waren nicht anders als über persönliche Kontakte vor Ort erreichbar. Es musste deshalb ein „Schneeball-Sampling“ erfolgen, bei dem der Zugang zu den Befragten über Dritte gesteuert wurde (Baker et al. 2013).
- *Kosten:* Wie oben als Grund für nicht-probabilistische Designs genannt, war die Zielgruppe geografisch weit verstreut (mehr als 3 Mio. km²) und eine repräsentative Befragung unter den über 2,1 Mio. indischen Pflegekräften wäre mit unverhältnismäßig hohen Kosten verbunden.
- *Zeit:* Während seiner Feldphase in Indien stellte der Forscher Kontakt zu sieben Bildungseinrichtungen her, in denen die Befragungen durchgeführt werden konnten. Die Zeit reichte nicht aus, um den für weitere Befragungen in Indien notwendigen Beziehungsaufbau ausreichend zu pflegen. Der gestellte Antrag auf einen zweiten Forschungsaufenthalt in Indien wurde abgelehnt.
- *Ad-hoc-Charakter der Befragung:* Im Laufe der qualitativen Forschung stellte sich kurzfristig heraus, dass eine Befragung (A) wichtig in Ergänzung der Ergebnisse

⁷ Der Zugang zu den Befragten ist ausführlicher Gegenstand des nächsten Abschnitts.

aus Sekundäranalyse und Interviews ist und (B) möglich. Das beschriebene Zeitproblem verschärfte sich durch den spontanen Charakter der explorativen Befragung, weil sie vor der Feldphase in Indien weder geplant noch vorbereitet war.

- *Praxisorientierung*: Wie oben dargestellt, werden nicht-probabilistische Stichproben häufig in der angewandten Forschung eingesetzt. Neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisinteresse zielt diese Arbeit auf eine praxisorientierte Eingrenzung von Chancen und Hemmnissen hinsichtlich der Migration asiatischer Pflegekräfte, die für Entscheidungsträger in Politik und Gesundheitswesen hilfreich sein kann.

ZUGANG ZU DEN BEFRAGTEN

Während der Feldphase in Indien erfuhr der Autor dieser Arbeit von einem Berlinbesuch durch 14 indische Healthcare-Managementstudenten der Chitkara University Chandigarh. Kurzfristig ergab sich die Möglichkeit, über persönliche Kontakte Fragebögen an die Studenten zu verteilen, um die folgenden Punkte unter ihnen zu erheben:

- Migrationsbereitschaft
- bevorzugte Zielregionen
- kulturelle, sprachliche und fachliche Aspekte im Zusammenhang mit einer Migration
- Bereitschaft, in der deutschen Pflege tätig zu werden

Nach der schriftlichen Befragung bot eine Vertreterin der Chitkara University an, weitere Studenten des MBA-Studienganges „Healthcare-Management“ zu den genannten Aspekten online zu befragen. Mit der Software LimeSurvey wurde daraufhin eine Online-Befragung programmiert. Der in Berlin ad hoc eingesetzte Fragebogen wurde hierzu im Sinne eines *Pretests* hinsichtlich seiner Brauchbarkeit und Qualität reflektiert. So wurden u. a. Rückmeldungen zur Bearbeitungsdauer und zur Verständlichkeit eingeholt (Raab-Steiner und Benesch 2015). Im Anschluss wurden einige Items umformuliert und einzelne weitere Fragestellungen aufgenommen. Zu berücksichtigen war, dass die neue Version des Online-Surveys inhaltlich und konzeptionell nicht zu stark von der Paper-Pencil-Befragung in Berlin abwich, auf welche sich die Zustimmung für die weitere Erhebung an der Chitkara University bezog.

Parallel dazu erklärten sich in Indien einige Interviewpartner dazu bereit, Paper-Pencil-Fragebögen in ihren Einrichtungen an Pflegestudenten, Schüler, Lehrkräfte und Pflegekräfte zu verteilen. Bei diesen Befragungen wurde aus pragmatischen Gründen und zur besseren Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen des Surveys an der Chitkara University die überarbeitete Onlineversion des Fragebogens ausgedruckt an die Ansprechpartner zur Weiterleitung ausgegeben.

Eine zusammenfassende Übersicht über die Organisationen, in denen die Befragungen stattfanden, den Ort der Befragung, die dort befragten Probanden, die Befragungsform und den Befragungszeitpunkt (Wann wurden die ausgefüllten Bögen erhalten bzw. die Befragungen abgeschlossen?) gibt die Tabelle 9.

Tabelle 9: Übersicht über die durchgeführten Befragungen

ORGANISATION	ORT	BEFRAGTE	FORM	ZEITPUNKT
Chitkara University	Berlin	MBA-Studenten HC-Management (14)	Paper-Pencil	10.09.2010
Goethe-Institut	Trivandrum	Pflegekräfte, Pflegerstudenten (11)	Paper-Pencil	21./22.09.2010
KIMS College of Nursing	Trivandrum	Pflegerstudenten, Lehrkräfte (44)	Paper-Pencil	22./23.09.2010
SCTIMST	Trivandrum	Pflegerstudenten (20)	Paper-Pencil	22./23.09.2010
Chitkara University	Chandigarh	MBA-Studenten HC-Management (25)	Online	24.10. bis 22.11.2010
Ivy Hospital	SAS Nagar	Pflegekräfte, Lehrkräfte (14)	Paper-Pencil	11.11.2010
Fortis School of Nursing	SAS Nagar	Pflegerstudenten (61)	Paper-Pencil	11.11.2010

Quelle: Eigene Darstellung

FRAGEBOGEN (PAPER-PENCIL UND ONLINE)

Anregungen zur Konstruktion des Fragebogens und des Online-Surveys gaben die vor der ersten Befragung in Berlin (10.09.2010) durchgeführten 29 Interviews. Mit ihnen ließen sich Ideen dazu sammeln, welche Aspekte überhaupt durch die Befragung zum weiteren Erkenntniszuwachs beitragen würden. Dies galt v. a. für die Interviews mit Personen der primären Zielgruppe der Befragung (indische Pflegekräfte) (Raab-Steiner und Benesch 2015). So ergaben sich in den Interviews bspw. Hinweise darauf, dass eine Pflegeausbildung häufig absolviert wird, um die Chancen einer Auswanderung in westliche Industrienationen zu erhöhen. In der Befragung wurde die Migrationsbereitschaft unter indischen Pflegekräften und –studenten deshalb vertiefend erhoben.

Der englischsprachige Fragebogen wurde in Anlehnung an die Richtlinien nach Bortz und Döring (2006, S. 254f.) konstruiert:

- *Format:* Items mit Antwortkategorien sind offenen Fragen vorzuziehen.
- *Länge:* Der Fragebogen darf nicht zu viele Items beinhalten. Die Länge muss zumutbar bleiben.
- *Formulierungen:* Die Items sollten kurz, prägnant und eindeutig formuliert sein. Stereotype, suggestive oder stigmatisierende Formulierungen sollten vermieden werden.
- *Layout:* Der Fragebogen soll ansprechend gestaltet sein.

Der Fragebogen ist vollstandardisiert. Die Items, ihre Reihenfolge und Antwortvorgaben waren für alle Befragten gleich. Die Antwortkategorien waren itemunspezifisch und sie konnten damit für die Mehrheit der Items genutzt werden (Raab-Steiner und Benesch 2015). Es kam eine Likert-Skala (Ratingskala) zum Einsatz mit verbalen Ausprägungen von „strongly disagree“, bis „strongly agree“. Durch das fünfstufige Antwortformat wurde den Respondenten die Möglichkeit eingeräumt, eine weitgehend neutrale Position („somewhat agree“) einzunehmen.

Der Fragebogen umfasste 34 Fragen. Das Ausfüllen dauerte ca. 13 Minuten. Neben ausgewählten Fragestellungen dieser Arbeit beinhaltete er soziodemografische Merkmale der Befragten (Geschlecht, Alter, Geburtsort, Religionszugehörigkeit,

höchster Ausbildungsabschluss, beruflicher Status und Berufserfahrungen als Pflegekraft). Eine Übersicht zu Themen bzw. Fragestellungen des Fragebogens, Items und Antwortformaten gibt die Tabelle 10.

Tabelle 10: Übersicht über die Themen bzw. Fragestellungen und Items des Fragebogens

THEMA/FRAGESTELLUNG	ITEM	ANTWORTFORMAT
Migrationsbereitschaft	The opportunity to migrate has influenced my decision to choose nursing education.	Likert-Skala 1 = strongly disagree 2 = disagree 3 = somewhat agree 4 = agree 5 = strongly agree
	I want to migrate abroad.	
	I want to migrate to the Gulf region.	
	I want to migrate to English-speaking developed countries like USA, Canada, UK.	
	I want to migrate to Germany.	
	I want to migrate abroad to earn more money.	
	I want to migrate abroad to increase professional knowledge.	
Migrationstreiber	I want to migrate abroad to earn more money.	
	I want to migrate abroad to increase professional knowledge.	
Migrationshemmnisse	Financial costs are a big burden for my migration plans.	
	The qualification process (foreign exams, visa) is a big burden for my migration plans.	
	Leaving family and friends is a big burden for my migration plans.	
	The need to live in different climatic conditions is a big burden for my migration plans.	
	The need to eat different food is a big burden for my migration plans.	
	Language issues are a big burden for my migration plans.	
	It is important for me to practice my religion abroad.	
	It is important for me to live abroad with other Indians together.	
Sprachliche Hürden	I would increase my language skills to enable me to migrate.	
	I would learn a new language to enable me to migrate.	
Kulturelle Aspekte	I would adapt to a foreign culture to enable me to migrate.	
Migrationsbereitschaft	I would take a credit to finance preparation and qualifications to enable me to migrate.	
Fachliche Aspekte	I don't like working close with patients (e.g. washing them, taking blood, handling excrements).	

THEMA/FRAGESTELLUNG	ITEM	ANTWORTFORMAT
Kulturelle Aspekte	I don't mind expressing opinion to authorities (e.g. doctors).	
	I don't mind living in a society that is very permissive (e.g. people wear revealing clothes; adolescents date each other in public and have sexually relationships before marriage).	
Fachliche Aspekte	I don't mind working just with elderly patients.	
	I don't mind working in a geriatric ward.	
	I don't mind working in an old-age home.	
Migrationsbereitschaft	I would take new courses with focus on geriatric care to increase salary and enhance professional outlook.	
Soziodemografische Merkmale	Geschlecht	Nominalskala mit den Antwortmöglichkeiten „Male“ und „Female“
	Geburtsjahr	freie, numerische Antwort
	Religionszugehörigkeit	Nominalskala mit den Antwortmöglichkeiten „Hindu“, „Christian“, „Muslim“ und „Other: Which?“
	Ausbildungsabschluss	Ordinalskala mit den Antwortmöglichkeiten „None“, „10“, „10+2“, „Bachelor“, „Master“, „Higher: Which?“, „Other: Which?“
	beruflicher Status	Antwortmöglichkeiten „Student: Which studies?“, „Occupied: What occupation?“
	Arbeitserfahrung in der Pflege	Antwortmöglichkeiten „No“, „Yes, for ...years“

Quelle: Eigene Darstellung

Zusätzlich wurde das Item „I would participate in the Triple-Win project presented“ mit einer fünfstufigen Likert-Skala erhoben. Es adressierte allerdings nicht das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse, sondern wurde vom damaligen Arbeitgeber des Autors dieser Arbeit angeregt. Folglich wird es auch nicht näher im Ergebniskapitel diskutiert bzw. ist nicht Gegenstand der Auswertung.

DATENAUSWERTUNG

Wie oben dargestellt, wurden die Teilnehmer der durchgeführten explorativen Befragung gezielt und damit *nicht zufällig* ausgewählt. Die Auswahl der Befragungsteilnehmer fand bewusst statt und die Stichprobe ist nicht-probabilistisch. Darüber hinaus ist die Grundgesamtheit sehr heterogen (alle indischen Pflegestudenten, Pflegekräfte und Lehrkräfte in der Pflege). Die Befragung war deshalb nicht repräsentativ und es konnten, über die bestehende Stichprobe hinaus, nach dem Induktionsprinzip keine Aussagen über die dahinterstehende Grundgesamtheit getroffen werden (Raab-Steiner und Benesch 2015). So ließ sich auf Grundlage der Ergebnisse bspw. nicht behaupten, dass 70 % der indischen Pflegekräfte motiviert sind auszuwandern.

Gleichwohl ließen sich mit den Befragungsergebnissen Tendenzen *verbalisieren* (Lippe und Kladroba 2002). Beim eben genannten Beispiel bleibend kann konstatiert werden, dass mehr als zwei Drittel der befragten Pflegekräfte im Sample der Aussage „I want to migrate abroad“ zustimmten. Hieraus lässt sich auf eine hohe Auswanderungsbereitschaft unter indischen Pflegekräften schließen; vor allem auch dann, wenn andere Studien zu ähnlichen Ergebnissen kommen. Solche Hinweise auf Gesetzmäßigkeiten können mit einem explorativen oder *deskriptiven* Vorgehen aufgedeckt werden.

Die Deskriptivstatistik beschreibt die Stichprobe „auf der Suche nach aufschlussreichen Informationen über die Struktur eines Datenkörpers“ (Hedderich und Sachs 2012, S. 11). Es geht weniger um Erklärungen (Ursachen, Wirkungen, Zusammenhänge) bzw. die Prüfung von Hypothesen. Vielmehr sind Schätzungen von bestimmten Merkmalen einer klar definierten Population Gegenstand. Hierzu verwendet die deskriptive Statistik Grafiken, Tabellen oder einzelne statistische Kennzahlen (Lage- bzw. Streuungsmaße) (Raab-Steiner und Benesch 2015).

3.4 Triangulation

Eine Triangulation nach Denzin (1970) meint die Betrachtung oder die Konstitution eines Forschungsgegenstandes von mindestens zwei Punkten aus bei der Beantwortung von Forschungsfragen. Die Rolle der unterschiedlichen methodischen Ansätze in dieser Arbeit (Sekundäranalyse, Interviews, Befragung) lässt sich mit den Grundannahmen der Triangulation konkretisieren.

Durch eine Triangulation soll ein größerer Erkenntniszuwachs erreicht werden, als es nur mit einem Zugang möglich wäre (Flick 2011). Unzulänglichkeiten sollen überwunden werden, die aus der Tätigkeit *eines* Forschers oder der Anwendung *einer* Methode resultieren (Denzin 1970).

Es wird unterschieden nach der Daten-Triangulation (Einbeziehung unterschiedlicher Datenquellen), der Theorien-Triangulation (mehrere Theorien), der Investigator-Triangulation (mehrere Forscher) und der Methoden-Triangulation (mehrere Methoden) (Flick 2011). Bei Letztgenannter sollen Erkenntnismöglichkeiten durch unterschiedliche methodische Zugänge erweitert werden, um ein „kaleidoskopartiges Bild“ vom Forschungsgegenstand zu erhalten (Köckeis-Stangl 1982, S. 363).

Die Thematik dieser Arbeit, Chancen und Hemmnisse der Zuwanderung indischer Pflegekräfte nach Deutschland, ist sehr breit. Ein Gegenstand (Zuwanderung im Gesundheitswesen) wird aus mehreren Perspektiven beleuchtet (deutsche Arbeitgeber, Indien, indische Pflegekräfte). Das methodische Instrumentarium wurde flexibel an die Komplexität des Untersuchungsgegenstandes angepasst.

Während der Forschung stellte sich heraus, dass eine Sekundäranalyse mit der Auswertung amtlicher Statistiken alleine nicht ausreicht, um die zentralen Fragestellungen aus allen Facetten heraus angemessen zu beleuchten. Es mangelt an Literatur zum Forschungsgegenstand. Interviews waren notwendig, um die unzureichende Daten- und Studienlage zu kompensieren. Im Zuge der Feldphase eröffnete sich zusätzlich die Chance, zentrale Resultate aus den Interviews durch eine explorative Befragung abzusichern bzw. zu hinterfragen. Im Sinne der Methoden-Triangulation wurden also drei eigenständige methodische Zugänge miteinander verknüpft, um einen dem Forschungsgegenstand angemessenen und möglichst umfassenden Erkenntnisgewinn zu erhalten.

Die methodischen Ansätze stehen in einer hierarchischen Beziehung zueinander, wie die Abbildung 16 zeigt. Die Sekundäranalyse diente während des gesamten Untersuchungsprozesses als erste Informationsquelle. Falls nicht ausreichend Literatur zu einer Fragestellung identifiziert werden konnte, wurde auf die Interviewergebnisse zurückgegriffen. Wenn ein Thema auch mit ihnen nicht erschöpfend zu behandeln war, traten die Befragungen in den Vordergrund.

Abbildung 16: Hierarchische Einordnung der methodischen Zugänge dieser Arbeit



Quelle: Eigene Darstellung

Die umgekehrte Pyramide verdeutlicht das sekundäranalytische Fundament der Arbeit. Interviews und explorative Befragungen waren *Hilfsmittel* zur Beantwortung von Fragestellungen bei unzureichender Daten- und Studienlage. In der Praxis und im Forschungsverlauf stellte sich der Erkenntnisgehalt der empirischen Erhebungen aber als größer heraus als ursprünglich geplant, weil teilweise kaum wissenschaftliche Literatur zum Untersuchungsgegenstand veröffentlicht wurde. Die Tabelle 11 differenziert deshalb die Bedeutung der eingesetzten Instrumente nach Fragestellungen. Methoden, die wesentlich zum Erkenntnisgewinn in Bezug auf ein bestimmtes Thema beitrugen, wurden als „sehr relevant“ beurteilt, solche ohne großen Mehrwert als „weniger relevant“ und wenn sie nicht eingesetzt wurden als „nicht relevant“.

Tabelle 11: Rolle der eingesetzten Methoden in Abhängigkeit zur jeweiligen Fragestellung

FRAGESTELLUNG/THEMA	SEKUNDÄRANALYSE	INTERVIEWS	BEFRAGUNGEN
Chancen und Hemmnisse aus der Sicht deutscher Arbeitgeber			
Anschlussfähigkeit Kenntnisse	sehr relevant	sehr relevant	weniger relevant
Sprache und Deutschlernen	relevant	sehr relevant	weniger relevant
Kulturelle Aspekte	relevant	sehr relevant	weniger relevant
Chancen und Hemmnisse aus der Sicht Indiens			
Ökonomische Effekte Migration	sehr relevant	nicht relevant	nicht relevant
Auswirkungen auf Humankapital	sehr relevant	weniger relevant	weniger relevant
Chancen und Hemmnisse für indische Pflegekräfte			
Migrationshemmnisse	sehr relevant	relevant	relevant
Migrationstreiber	sehr relevant	nicht relevant	relevant
Zielregionen indische Pflegekräfte	relevant	weniger relevant	relevant

Quelle: Eigene Darstellung

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit dargestellt. Dies betrifft als erstes eine Darstellung (A) der recherchierten Quellen bei der Sekundäranalyse sowie der Stichproben (B) der Interviews und (C) der schriftlichen Befragung (Kapitel 4.1). Daran anschließend werden die Resultate zu Chancen und Hemmnissen der Migration indischer Pflegekräfte aus der Sicht Deutschlands (Kapitel 4.2), Indiens (Kapitel 4.3) und der Migranten (Kapitel 4.4) präsentiert.

4.1 Darstellung der Literaturrecherche und Befragungsgruppen

Die allgemeinen Ergebnisse der Literaturrecherche, das heißt die Anzahl der identifizierten Quellen insgesamt und für die drei übergeordneten Fragestellungen, stellt der nächste Abschnitt vor. Die eigene Untersuchung basiert auf der Befragung zweier unterschiedlicher Gruppen - den Interviewpartnern und den Teilnehmern des nicht-repräsentativen Surveys - welche ebenfalls in diesem Kapitel präsentiert werden.

ERGEBNISÜBERSICHT ÜBER DIE LITERATURRECHERCHE

Der Sekundäranalyse liegen insgesamt 197 Quellen zugrunde, die mit Hilfe der im Methodenkapitel 3 vorgestellten Systematik identifiziert wurden. Die Tabelle 12 präsentiert die Trefferanzahl der Literaturrecherche zu den Hauptfragestellungen.

Tabelle 12: Identifizierte Literatur bei der Sekundäranalyse

FRAGESTELLUNG	BEREINIGTE TREFFER
Chancen und Hemmnisse aus der Sicht Deutschlands	64
Chancen und Hemmnisse aus der Sicht Indiens	89
Chancen und Hemmnisse für indische Pflegekräfte	44

Quelle: Eigene Darstellung

Zu Beginn der nachfolgenden Ergebniskapitel 4.2 bis 4.4 erfolgt eine detailliertere Darstellung der Sekundäranalyse. Suchstrategien werden konkretisiert und die Quellen werden nach Einzelthemen geordnet benannt.

ÜBERSICHT ÜBER DIE INTERVIEWPARTNER

41 Interviews wurden in Indien und in Deutschland persönlich zwischen dem 07. Mai 2009 und dem 18. April 2012 geführt. Die Mehrheit waren Einzelgespräche (24), wenngleich auch die Zahl der Gruppengespräche hoch war (17). Sie dauerten ca. 20 bis 120 Minuten. Bei vier Interviews erstreckten sich die Gespräche über mehrere Treffen an zwei Tagen. Die Interviewpartner hatten in diesen Fällen für das gesamte Interview zum ersten Termin nicht ausreichend Zeit.

Die folgenden Zielgruppen wurden befragt:

- Indische Pflegekräfte (vier Interviews in Deutschland)
- Indische Pflegekräfte (fünf in Indien)
- Leitungskräfte mit Verantwortung für indische Pflegekräfte (sieben in Deutschland)
- Interviewpartner mit besonderer Expertise bspw. zu den Themen Sprache, Migration, indisches Gesundheitswesen oder indische Altenpflege (sieben in Deutschland, 18 in Indien)

Eine zusammenfassende Übersicht über die Interviewkürzel (KÜRZ), den Hintergrund der Befragten und ihre Expertise, den Ort und das Datum der Interviews sowie ihre Art (Einzel- bzw. Gruppengespräche) gibt die Tabelle 13.

Tabelle 13: Übersicht über die geführten Interviews

KÜRZ	Hintergrund	Expertise	Datum, Ort	Art
AT	Indische Pflegekraft (in Deutschland tätig)		01.06.10, Mönchengladb.	Einzelgespräch
OST			27.06.10, Prien	Gruppengespräch
JH			27.06.10, Prien	Gruppengespräch
OSL			18.04.12, Stuttgart	Einzelgespräch
VH	Indische Pflegekraft (in Indien tätig)		13.08.10, Trivandrum	Gruppengespräch
SPP			13.08.10, Trivandrum	Gruppengespräch
			28.08.10, Trivandrum	
PG			28.08.10, Trivandrum	Gruppengespräch
HJ			28.08.10, Trivandrum	Gruppengespräch
IA			28.08.10, Trivandrum	Gruppengespräch
GL	Leitungskraft mit Verantwortung für indische Pflegekräfte		07.05.09, Zeuthen	Einzelgespräch
IM			27.05.09, Weil der Stadt	Einzelgespräch
KQ			14.09.09, Hattingen	Einzelgespräch

KÜRZ	Hintergrund	Expertise	Datum, Ort	Art
SK			18.01.09, Berlin	Einzelgespräch
TK			03.03.10, Mönchengladb.	Einzelgespräch
SL			03.03.10, Mönchengladb.	Einzelgespräch
JMK			05.03.10, Krefeld	Einzelgespräch
			16.05.10, Krefeld	
AF	Besondere Expertise	Ind. Gesundheitswesen	03.02.10, Berlin	Einzelgespräch
			29.04.10, Berlin	Gruppengespräch
FW		Pflege, Migration	27.04.10, Berlin	Einzelgespräch
MS		Pflege, Politik	27.04.10, Berlin	Gruppengespräch
WF		Pflege, Politik	27.04.10, Berlin	Gruppengespräch
AB		Migration, Politik	29.04.10, Berlin	Gruppengespräch
MK		Gesundheitswesen, Politik	29.04.10, Berlin	Gruppengespräch
KW		Migration, Gesundheitswesen, Politik	27.05.10, Potsdam	Gruppengespräch
SP		Sprache	12.08.10, Trivandrum	Einzelgespräch
IR		Migration, Gesundheitswesen, Ind. Pflegekräfte	14.08.10, Trivandrum	Einzelgespräch
			18.08.10, Trivandrum	
BM		Altenpflege Indien	31.08.10, Kochi	Gruppengespräch
JED		Altenpflege Indien	31.08.10, Kochi	Gruppengespräch
AH		Migration Indien	31.08.10, Kochi	Gruppengespräch
JKZ		Migration Indien	31.08.10, Kochi	Gruppengespräch
PFR		Altenpflege Indien	01.09.10, Kochi	Einzelgespräch
CF		Sprache	10.09.10, Trivandrum	Einzelgespräch
GZ		Altenpflege Indien	10.09.10, Trivandrum	Einzelgespräch
HN		Altenpflege Indien	14.09.10, Trivandrum	Einzelgespräch
VF		Gesundheitswesen Indien	14.09.10, Trivandrum	Einzelgespräch
SB	Gesundheitswesen Indien	17.09.10, Trivandrum	Einzelgespräch	
RS	Ind. Pflegekräfte, Indisches Gesundheitswesen	01.10.10, Neu-Delhi	Einzelgespräch	
ABD	Ind. Pflegekräfte, Indisches Gesundheitswesen	02.10.10, Neu-Delhi	Einzelgespräch	
GM	Ind. Pflegekräfte, Indisches Gesundheitswesen	05.10.10, Neu-Delhi	Einzelgespräch	
IGK	Politik, Altenpflege, Indisches Gesundheitswesen	05.10.10, Neu-Delhi	Gruppengespräch	
GV	Ind. Pflegekräfte, Politik, Ind. Gesundheitswesen	07.10.10, Neu-Delhi	Einzelgespräch	
SKU	Ind. Pflegekräfte, Indisches Gesundheitswesen	11.10.10, Neu-Delhi	Einzelgespräch	

Quelle: Eigene Darstellung

Abkürzungen: Mönchengladb. = Mönchengladbach; Ind. = Indische(s)

CHARAKTERISTIKA DER BEFRAGUNGSGRUPPE DES SCHRIFTLICHEN SURVEYS

Die gesamte Befragungsgruppe des schriftlichen Surveys umfasst 189 Teilnehmer. Sie besteht aus

- 100 Pflegestudenten (57 %),
- 39 Healthcare-Managementstudenten (22 %),
- 20 Lehrkräften (11 %) sowie
- 15 Pflegekräften (9 %).

Die übrigen 15 Befragten erteilten keine Auskunft über ihren beruflichen Status. 75 Pflegestudenten (80 %) verfügten über keine Berufserfahrung in der Pflege, während bereits 19 bzw. 20 % als Pflegekräfte beschäftigt waren, bei sechs fehlenden Antworten.

Die meisten Respondenten sind weiblich (145 beziehungsweise 87 %). Die Befragungsgruppe spiegelt demnach grundsätzlich wider, dass Pflege in Indien, wie in den OECD-Ländern, überwiegend von Frauen ausgeübt wird.

Die Befragten sind aufgrund des hohen Anteils an Studenten grundsätzlich sehr jung. Das Durchschnittsalter betrug zum Zeitpunkt des Surveys 24 Jahre. 75 Personen bzw. knapp 40 % lebten im südindischen Kerala, 114 Personen oder 60 % in Nordindien (Punjab, Chandigarh).

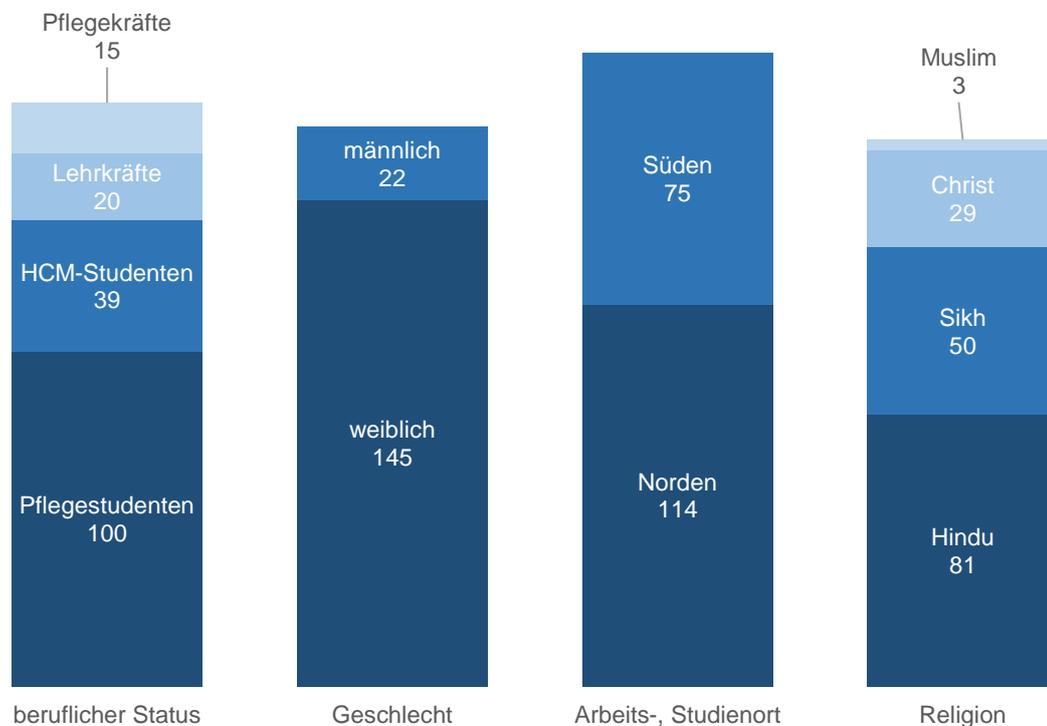
Knapp jeder zweite Respondent ist Hindu (81 bzw. 51 %). Übrige Religionszugehörigkeiten verteilen sich in der Gruppe der Befragten wie folgt:

- 50 Sikhs (29 %)
- 29 Christen (17 %)
- 3 Muslime (2 %)

20 Teilnehmer gaben keine Antwort oder gehörten anderen Religionen an. Christen sind nicht nur in der eigenen Befragungsgruppe, sondern auch in der indischen Pflege und in Kerala überrepräsentiert. Rund 2 % der indischen Gesamtbevölkerung im Jahr 2011 waren Christen, während es in Kerala knapp 18 % waren (Government of India 2011b). Der hohe Anteil an Sikhs in der eigenen Befragungsgruppe kann durch die große Zahl der Befragten aus Chandigarh und Punjab erklärt werden. Im Norden Indiens lebt der Großteil aller Sikhs – in Chandigarh waren es

im Jahr 2011 knapp 13 % der Gesamtbevölkerung und in Punjab 58 % (Government of India 2011b). Die Abbildung 17 fasst wesentliche Eigenschaften der Stichprobe zusammen.

Abbildung 17: Charakteristika der Befragungsgruppe



Quelle: Eigene Darstellung

In den nächsten Abschnitten werden die Ergebnisse im Detail präsentiert. Jedes Ergebniskapitel beginnt mit ...

- einer Übersicht über die Literaturrecherche inkl. Suchstrategien und gefundene Treffer,
- einer Zusammenfassung der Interviewergebnisse durch eine Darstellung der Nennungshäufigkeiten sowie
- einer Beschreibung der berücksichtigten Befragungsergebnisse (Items, gültige Antworten).

4.2 Ergebnisse zu Chancen und Hemmnisse aus der Sicht Deutschlands

Dieses Kapitel fasst die Erkenntnisse aus (A) Sekundäranalyse, (B) Interviews und (C) Befragung hinsichtlich Chancen und Hemmnissen der Zuwanderung indischer Pflegekräfte aus der Perspektive der deutschen Aufnahmegesellschaft mit dem Fokus auf deutsche Arbeitgeber zusammen. Zentrale Teilfragestellungen hierzu sind ...

- die Nutzbarkeit bzw. Anschlussfähigkeit in Indien erworbener fachlicher Qualifikationen und Kenntnisse für eine Tätigkeit in der deutschen Altenpflege (Kapitel 4.2.1),
- sprachliche (Kapitel 4.2.2) und
- kulturelle Aspekte (Kapitel 4.2.3), die bei der Integration in Deutschland wichtig sind.

4.2.1 Anschlussfähigkeit indischer Kompetenzen in Deutschland

Für eine Bewertung der Nutzbarkeit bzw. Anschlussfähigkeit in Indien erworbener Qualifikationen und Kenntnisse ist zu klären, ...

- welche formellen Qualifikationen (= Ausbildungsinhalte, -abschlüsse) indische Pflegekräfte als Grundlage einer Tätigkeit in der deutschen Altenpflege erworben haben,
- inwiefern indische Pflegeabschlüsse in Deutschland anerkannt werden können sowie
- inwieweit indische Pflegekräfte über fachliche Erfahrungen, Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, die bei einer Tätigkeit in der deutschen Altenpflege verwertbar sind.

Vorweg wird eine Übersicht über die für diesen Abschnitt relevanten Ergebnisse aus Literaturrecherche, Interviews und schriftlicher Befragung gegeben.

(A) ÜBERSICHT ÜBER DIE LITERATURRECHERCHE

Inhalte der indischen Pflegeausbildung sowie Regelungen und Verfahren in Deutschland zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege wurden auf der Grundlage einer gezielten Literaturrecherche skizziert. Die Suchstrategien samt Funden fasst die Tabelle 14 zusammen.⁸

Zunächst wurden die jeweiligen Begriffe frei in die Suchmaschinen eingegeben und es wurde möglichst offen nach dem Gegenstand gesucht – bei Web of Science war dies mit den Suchkriterien der „topic“, bei PubMed „all fields“ und bei CINAHL „Boolean/phrases“. Die Treffer sind in der Tabelle der Spalte „Gesamt“ zu entnehmen. Wie auch im Methodenkapitel 3 erörtert, fand im Anschluss für die Identifizierung der „bereinigten Treffer“ eine technische und eine inhaltliche Eingrenzung statt. Bei einer großen Trefferanzahl wurde hierbei zunächst die Suche beschränkt auf alle Publikationen, die nach dem Jahr 1995 veröffentlicht wurden. Bei einer nach wie vor hohen Zahl an gefundenen Publikationen (über 500), wurden die Quellen nach Relevanz sortiert und in Web of Sciences danach, wie häufig die Veröffentlichungen durch andere Autoren zitiert wurden. In die weitere Analyse flossen nur die 50 als erstes aufgeführten Publikationen ein. Bei diesen wurden, als letzter Schritt der technischen Bereinigung, Dubletten entfernt – Literatur wurde also ausgeschlossen, die bereits bei anderen Suchen berücksichtigt wurde.

⁸ Das Vorgehen bei der Identifizierung der „bereinigten Treffer“ wird im Folgenden aus dem Methodenkapitel wiederholt und konkretisiert, um dem Leser die teilweise sehr starke Reduzierung des Materials zu veranschaulichen.

Bei der inhaltlichen Bereinigung wurden als erstes die Abstracts der nach der technischen Bereinigung eingeschlossenen Quellen gelesen. Jene Veröffentlichungen wurden weiter analysiert, die aus Sicht des Autors den Kriterien „inhaltliche Relevanz“, „Wahrnehmung“, „Repräsentativität“, „Transparenz“, „Größe“ und „Verfügbarkeit“ in ausreichendem Maße entsprachen. Diese Publikationen wurden komplett gelesen und als letztes auf der Grundlage der STROBE-Kriterien (siehe Kapitel 3.1) erneut hinsichtlich ihrer „Repräsentativität“ und „Relevanz“ geprüft. Das Ergebnis dieses Vorgehens sind die „bereinigten Treffer“ in den Spalten fünf und sechs der Tabelle 14.

Tabelle 14: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Pflegeausbildung in Indien“ und „Anerkennung der indischen Pflegeausbildung in Deutschland“

SUCHBEGRIFFE/-STRATEGIE	TREFFER				LITERATUR
	WoS	PM	CIN	BEREINIGT	
nursing education + India	127	1.043	335	2	Robinson et al. 2006; Tiwari et al. 2013
nurses + ANM	14	14	10	0	-
nurses + GNM	2	6	0	1	Prasuna et al. 2015
nurses + Bachelor + India	2	2	2	0	-
nurses + Master + India	3	3	7	0	-
Schneeballverfahren				9	AIIMS 2003; BMJ 2003; BMJ 2011; Current Nursing 2011; Deutscher Bundestag 2009; Europäisches Parlament und Europäischer Rat 07.09.2005; Indian Nursing Council 2012; Khadria 2007; Nair 2007b
Gesamt				12	

Quelle: Eigene Darstellung

Abkürzungen: WoS = Web of Sciences; PM = PubMed; CIN = CINAHL

Es wurden kaum relevante Studien zu den Inhalten der indischen Pflegeausbildung und den Regelungen des deutschen Anerkennungsgesetzes gefunden. Die folgenden beiden Abschnitte beruhen deshalb in weiten Teilen auf den online verfügbaren Informationen des Indian Nursing Council (INC)⁹, empfohlener Literatur durch Kontakte in Indien sowie grauer Literatur und Gesetzestexten für die Darstellung von Regelungen und Verfahren bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in Deutschland.

⁹ Der INC ist in Indien für die landesweite Qualitätssicherung und Ausbildungsstandards in der Pflege verantwortlich. Es setzt den Rahmen für die theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte (Khadria 2007).

(B) ÜBERSICHT ÜBER DIE INTERVIEWERGEBNISSE

Die Interviewergebnisse sind die Grundlage für eine Analyse von Erfahrungen, Fähigkeiten und Kenntnissen von indischen Fachkräften für eine Tätigkeit in der deutschen Altenpflege. Insgesamt äußerten sich 18 Interviewpartner zu dieser Fragestellung. Die Tabelle 15 fasst die Nennungshäufigkeiten der drei Befragungsgruppen „indische Pflegekräfte“, „deutsche Leitungskräfte mit Verantwortung für indische Pflegekräfte“ und „Experten für diverse Themen“ zusammen. Ein „Plus“ heißt, dass indische Pflegekräfte in ihrer Heimat förderliche berufliche Erfahrungen für die Eingliederung in die deutsche Altenpflege gesammelt haben bzw. wenige Herausforderungen mit der direkten Pflege zu erwarten sind. Ein „Minus“ steht für Hemmnisse bei der Grundpflege oder fachliche Wissensdefizite. Neutrale Aussagen fallen unter den „Kreis“.

Tabelle 15: Antworten auf Kompetenzen indischer Pflegekräfte für Tätigkeit in der Altenpflege

KATEGORIEN	IND. PFLEGEKRÄFTE			LEITUNGSKRÄFTE			EXPERTEN			GESAMT		
	o	+	-	o	+	-	o	+	-	o	+	-
Fachliches Know-how allgemein	2	2	3	4	5	11	2	0	7	8	7	21
Körperkontakt und Grundpflege	0	7	1	0	1	3	1	1	1	1	9	5

Quelle: Eigene Darstellung

(C) ÜBERSICHT ÜBER DIE ERGEBNISSE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG

Die schriftlichen Befragungsergebnisse ergänzen die Interviewanalyse zu Kompetenzen indischer Pflegekräfte. Das Item „I don't like working close with patients (e.g. washing them, taking blood, handling excrements)“ fließt bei 159 gültigen Antworten in die Auswertung ein. Die 25 Healthcare-Managementstudenten der Chitkara University gaben keine Antwort. Ihr zukünftiges berufliches Aufgabengebiet hat keine Berührungspunkte mit der direkten Pflege.

PFLEGEAUSBILDUNG IN INDIEN

Die höhere Pflegeausbildung ist in Indien im Gegensatz zur deutschen akademisch. Grundsätzlich lassen sich die folgenden fünf Qualifikationsstufen in der indischen Pflege unterscheiden:



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Indian Nursing Council (2012)

Die anderthalbjährige ANM-Ausbildung ist am ehesten mit der deutschen Pflegehelfer-Ausbildung vergleichbar. Für sie wird ein einfacher Schulabschluss (zehn Jahre) mit mindestens dreijährigem Englischunterricht vorausgesetzt (Nair 2007b; Robinson et al. 2006; Tiwari et al. 2013).

Zur dreieinhalbjährigen GNM-Ausbildung, die am ehesten der examinierten Pflege in Deutschland entspricht, muss ein weiterführender Schulabschluss vorgelegt werden (10 + 2) (Tiwari et al. 2013). Das GNM-Curriculum ist auf die primäre Gesundheitsversorgung der indischen Bevölkerung ausgelegt. Ziele sind nach Current Nursing (2011) u. a. die Vermittlung von:

- Grundlagen der Kranken- und allgemeinen Gesundheitspflege
- Gesundheitsförderung, -vorsorge, Rehabilitation, Patientenversorgung
- Humanbiologie
- Grundlagen der Verhaltenswissenschaften
- Einfühlungsvermögen und Kenntnisse über menschliche Beziehungen, Kommunikation und Teamfähigkeit
- Problemlösungskompetenzen

Die Ausbildung beinhaltet ein sechsmonatiges Pflichtpraktikum. Es ist sowohl in städtischen Krankenhäusern als auch in ländlichen Versorgungseinrichtungen durchzuführen. Am Ende ihrer Ausbildung haben GNM-Pflegekräfte rund 1.400 Stunden Theorie sowie 4.700 Praxisstunden (inklusive Prüfungszeiten) absolviert (Indian Nursing Council 2012).

In der weiterführenden, höheren Pflegeausbildung werden die Bachelorstudiengänge Bachelor of Nursing Hons (B. Sc. Hons) und Post Certificate (B. Sc. Post Certificate) unterschieden (AIIMS 2003; Tiwari et al. 2013). Der B. Sc. Hons kann unmittelbar im Anschluss an den 10+2, das „indische Abitur“, an einer indischen Universität aufgenommen werden. Inhalte des Bachelors sind:

- Grundlagen der Kranken- und allgemeinen Gesundheitspflege
- Ernährung und Ernährungslehre
- Psychologie, psychische Gesundheit und psychiatrische Pflege
- Pädiatrische Pflege
- Medizinische und chirurgische Pflege
- Grundlagen der Pflegeadministration, Pflegeausbildung und Pflegewissenschaft

Die Ausbildungsdauer zum B. Sc. Hons umfasst insgesamt vier Jahre bzw. acht Semester (Prasuna et al. 2015). Die Gesamtdauer des theoretischen Teils beträgt nach AIIMS (2003) rund 1.275 Stunden.

Der B. Sc. Post Certificate ist ein zweijähriges Aufbaustudium. Die Zulassung ist an eine abgeschlossene Ausbildung zur GNM sowie eine zweijährige pflegebezogene Berufspraxis gekoppelt (Tiwari et al. 2013). Das Studium zielt darauf ab, berufspraktisches Wissen sowie theoretische Grund- und Fachkenntnisse zu vertiefen. Den Studenten sollen Philosophie, Ziele und Verantwortung in der Pflege vermittelt werden durch ...

- die professionelle Orientierung an modernen Pflegekonzepten sowie
- deren Berücksichtigung und Weiterentwicklung in der beruflichen Praxis (AIIMS 2003).

Am Ausbildungsende wurden ca. 865 Theorie- und 1.665 Praxisstunden absolviert.

Beim zweijährigen Masterstudium wird mehr Wert auf die Vermittlung von Führungskompetenzen als in den Bachelorstudiengängen gelegt (Tiwari et al. 2013).

So steht die Verbesserung analytischer Fähigkeiten stärker im Vordergrund. Studenten sollen nach Studienabschluss in der Lage sein, Primär- und Akutpflege zu planen und zu regeln. Das Masterstudium umfasst rund 900 Theorie- und 2.100 Praxisstunden (ohne die Masterarbeit) (AIIMS 2003).

ANERKENNUNG DER INDISCHEN PFLEGEAUSBILDUNG IN DEUTSCHLAND

Das Altenpflegegesetz (AltPflG) und die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes regeln die Anerkennung im Ausland erworbener Abschlüsse in der deutschen Pflege (Deutscher Bundestag 2009; Europäisches Parlament und Europäischer Rat 07.09.2005). Seit Inkrafttreten des Anerkennungsgesetzes im April 2012 ist das Recht auf eine Anerkennungsprüfung nicht mehr an die Staatsbürgerschaft gebunden. Auch Drittstaatsangehörige können mittlerweile die im Ausland erworbenen Abschlüsse hinsichtlich ihrer Anschlussfähigkeit in Deutschland überprüfen lassen.¹⁰

Laut der neuen Fassung des Altenpflegegesetzes ist in den folgenden Fällen keine Gleichwertigkeit ausländischer Abschlüsse mit einer deutschen Pflegeausbildung gegeben:

- Die deutsche Ausbildungsdauer wird mindestens um ein Jahr unterschritten oder
- Lerninhalte bzw. Tätigkeiten und Lernfelder unterscheiden sich wesentlich von denen in Deutschland.

Werden derartige Unterschiede zu den deutschen Berufsqualifikationen festgestellt, müssen ausländische Pflegekräfte Anpassungslehrgänge und Eignungsprüfungen absolvieren. Der Umfang und die Inhalte der Anpassungsmaßnahmen orientieren sich an den im Einzelfall festgestellten inhaltlichen und umfänglichen Unterschieden mit der deutschen Pflegeausbildung. Eine Anpassungsqualifizierung darf maximal drei Jahre dauern – ansonsten wird die Aufnahme einer regulären Ausbildung empfohlen.

Die Anerkennung indischer Abschlüsse in Deutschland würde in der Krankenpflege erfolgen, weil sich die indische Pflegeausbildung mehr mit der deutschen Kranken-

¹⁰ In der neuen Fassung wurden relevante Absätze des Altenpflegegesetzes angepasst und auf Drittstaatsangehörige ausgeweitet.

als der Altenpflege deckt. Die Inhalte der deutschen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und die Ausbildungsdauer in Höhe von drei Jahren werden durch das Krankenpflegegesetz (KrPflG) und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) bundesweit festgelegt (BMJ 2003; 2011). Die deutsche Ausbildung umfasst ...

- 2.100 Theorie- und
- 2.500 Praxisstunden.

Inwiefern und in welchem Ausmaß Inhalte der indischen Pflegeausbildung von den deutschen Behörden anerkannt werden, lässt sich nicht abschließend beurteilen. Grundsätzlich gilt: Je umfangreicher und je länger die Ausbildung in Indien ist, desto wahrscheinlicher wird eine teilweise oder vollständige Anerkennung:

- **GNM:** In Indien umfasst, wie oben gesehen, die GNM-Ausbildung rund 1.400 Stunden Theorie und 4.700 Stunden Praxis. Unter der (unwahrscheinlichen) Bedingung, dass die Ausbildungsinhalte als vollständig gleichwertig mit den deutschen Inhalten anerkannt werden, mangelt es indischen Pflegekräften an rund 700 Theoriestunden für eine direkte Anerkennung.
- **Bachelor:** Indische Bachelorstudenten absolvieren, wie oben gesehen, 865 bis 1.275 Theoriestunden. Bachelor-Absolventen mit abgeschlossener GNM-Ausbildung erfüllen somit (theoretisch) die Voraussetzungen einer direkten Anerkennung der in Indien erworbenen Abschlüsse.
- **B. Sc. Post:** Bei B. Sc. Post Certificate- oder höheren Abschlüssen ist es am wahrscheinlichsten, dass ohne weitere Anpassungsqualifizierung in Deutschland der Berufstitel „Gesundheits- und Krankenpfleger(in)“ getragen werden darf - bestätigt auf persönliche Anfrage u. a. durch das Regierungspräsidium Darmstadt. Dann wäre auch eine Tätigkeit in der Altenpflege als Fachkraft möglich. Schlussendlich bleibt es aber bei einer individuellen Einzelfallentscheidung, die sich einer allgemeinen Bewertung entzieht.

FACHLICHE KOMPETENZEN

Die meisten deutschen Interviewpartner machen auf fachliche Wissensdefizite indischer Pflegekräfte im Falle einer Tätigkeit in der Altenpflege aufmerksam. Wie im Zusammenhang mit den Möglichkeiten einer Anerkennung indischer Abschlüsse bereits erörtert, absolvieren indische Pflegekräfte in der Heimat eine reine Krankenpflegeausbildung. Das Verständnis von Pflege ist in Indien deshalb überwiegend medizinisch-technisch. Indische Pflegekräfte übernehmen in Indien bspw. die Anamnese, Blutdruckmessung, Infusionsgabe oder Punktionen. Sie sind für die Patientenaufnahme verantwortlich oder die Organisation der medizinisch-pflegerischen Versorgung.

„Die meisten indischen Pflegekräfte leisten keine Pflege, so wie wir sie in Deutschland kennen. In Deutschland würde man davon sprechen, dass die Pflegekräfte Tätigkeiten der medizinischen Grundversorgung leisten. Sie gehen dem Arzt zur Hand.“ (AF, Experte)

In der deutschen Altenpflege werden sie dadurch in einem neuen Arbeitsfeld tätig. Die Interviewpartner hoben hervor, dass indischen Pflegekräften insbesondere Tätigkeiten der Grundpflege unbekannt sind und sich in diesem Punkt fachliche Defizite ergeben. So zählen Hilfestellungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Ernährung, Mobilität und Körperpflege in den meisten indischen Krankenhäusern nicht zu den Aufgaben von Pflegefachkräften.

„Wir lernen, dass die Grundpflege für uns gar nicht in Frage kommt.“ (OST, Pflegekraft)

Auch die sozialpflegerische Betreuung fällt laut der Interviewpartner nicht in den üblichen Verantwortungsbereich indischer Pflegekräfte. Zwar umfasst die GNM-Ausbildung in Indien ebenso wie in Deutschland die Vermittlung von psychologischen Grundkenntnissen. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit sozialer Pflege, Patientenbetreuung und Lebensgestaltung findet allerdings nicht statt. Stattdessen übernehmen in Indien Familienangehörige einen größeren Teil der grundpflegerischen Tätigkeiten als in Deutschland. Familienangehörige waschen den Patienten in indischen Krankenhäusern, ziehen ihn an, lagern ihn um oder helfen bei der Essensgabe. Auch Teile der Behandlungspflege werden laut der Interviewergebnisse durch Familienangehörige übernommen, wie der Wechsel von Verbänden oder der Einkauf von Medikamenten.

„In Deutschland haben wir alles, was für die Patientenversorgung wichtig ist. Die Angehörigen müssen nicht so viel unterstützen wie es in Indien der Fall ist. Ohne die Angehörigen funktioniert die Versorgung hier nicht. Ein Beispiel: Hat ein Patient in Deutschland Schmerzen, kommt sofort jemand und fragt nach. In Indien kümmert sich ein Arzt lange Zeit nicht um die Patienten. Und selbst wenn ein Arzt kommt, hilft er oft nicht so wie in Deutschland. Es kann sein, dass er den Rat gibt, ein Medikament außerhalb des Krankenhauses selbst zu kaufen.“ (CF, Experte)

Die größere Distanz zwischen Pflegekräften und Patienten wird von den Interviewpartnern durch das Kastenwesen begründet – dies wird eingehender Gegenstand sein im Kapitel 4.2.3 zu kulturellen Aspekten. Pflegekräfte aus höheren Kasten hatten lange Zeit Berührungen von Patienten aus niedrigeren Kasten gemieden, weil ihre Körperflüssigkeiten und Exkremente als verunreinigend galten. Patienten hatten den Kontakt mit kastenniedrigeren Pflegekräften abgelehnt. Mittlerweile bricht das Kastenwesen gemäß der Rückmeldungen aus den Interviews allerdings in weiten Teilen Indiens auf. Die Zugehörigkeit zu einer Kaste ist heute seltener für die soziale und wirtschaftliche Stellung entscheidend als noch vor wenigen Jahrzehnten.

„Today, the caste system is no longer that important. Untouchability no longer plays a big role in nursing profession. [...] This is probably not only in Kerala but in overall India the case. [...] The caste system is gone.“ (SPP, Pflegekraft)

Dies spiegelt sich auch in der indischen Pflege wider. Mehr Krankenhäuser orientieren sich laut der Interviewpartner am westlichen Versorgungsmodell und beziehen Pflegekräfte stärker mit in die Grundpflege ein. Angehörige unterstützen in diesen Krankenhäusern nur noch in Ausnahmefällen die Versorgung.

„I think it is helping others who are in need. We are getting more satisfaction from this profession than from any other. We, in our hospital, are more service-oriented than others. In other hospitals, family is more involved in direct care.“ (SPP, Pflegekraft)

„You have a lot of job opportunities as a nurse nowadays. Salaries increase also. And it is nice to take care for others. It is nice to give satisfaction to others. And compared to other hospitals, here we are directly in contact with the patients.“ (HJ, Pflegekraft)

Auch in der vom Verfasser durchgeführten explorativen Befragung äußern sich relativ viele Respondenten offen für Tätigkeiten am Patienten. Weniger als die Hälfte stimmt voll zu oder zu, dass ihnen die direkte Pflege unangenehm ist. Ungefähr die Hälfte lehnt die Aussage „I don't like working close with patients (e.g. washing them, taking blood, handling excrements)“ ab oder voll ab.

Positiv hoben Interviewpartner hervor, dass die fundierten medizinischen Kenntnisse der indischen Pflegekräfte auch für eine Tätigkeit in der Altenpflege wertvoll sind. Indische Krankenpflegekräfte werden durch Personalverantwortliche deshalb teilweise direkt, ohne weitere Anpassungs- oder Qualifizierungsmaßnahmen, in einem Altenheim beschäftigt.

„Es ist schon ein Unterschied, ob die Schwestern Erfahrungen in einem Krankenhaus oder einem Seniorenheim gemacht haben. Dennoch sind die Grundlagen gleich. Es geht auch bei uns um die Medikamentengabe, Verbandswechsel, Versorgung von Bewohnern mit Magensonden. Ich setze deshalb auch Schwestern, die noch nie zuvor in einem Seniorenheim gearbeitet haben, sofort in der Altenpflege ein.“ (SK, Leitungskraft)

4.2.2 Sprache und Deutschlernen

Für eine Einschätzung von Herausforderungen zum Thema Sprache werden ...

- die Bedeutung von Sprache in den Pflegeberufen im Allgemeinen,
- Probleme im Arbeitsalltag im Zusammenhang mit den Sprachkenntnissen,
- Ressourcen indischer Pflegekräfte für das Lernen der deutschen Sprache sowie
- Maßnahmen zum Deutschlernen beschrieben.

Vorher, zur besseren Einordnung und Transparenz, wird erneut eine Übersicht über die in diesem Kapitel relevanten Ergebnisse aus Literaturrecherche, Interviews und schriftlicher Befragung gegeben.

(A) ÜBERSICHT ÜBER DIE LITERATURRECHERCHE

Das Kapitel zur Bedeutung von Sprache in den Pflegeberufen fußt auf einer gezielten Literaturrecherche, deren Vorgehen im Methodenkapitel 3 und oben im Kapitel 4.2.1 näher erörtert wurde. Die Interviewergebnisse zu „Ressourcen indischer Pflegekräfte“ wurden zusätzlich durch relevante Literaturquellen ergänzt. Die Suchstrategien in diesem Kapitel mit den Funden fasst die Tabelle 16 zusammen.

Tabelle 16: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Bedeutung von Sprache in den Pflegeberufen“ und „Ressourcen für das Erlernen der deutschen Sprache“

SUCHBEGRIFFE/-STRATEGIE	TREFFER				LITERATUR
	WoS	PM	CIN	BEREINIGT	
language + integration + migrants	148	39	14	2	Deumert 2005; Miller 2000
language + integration + India	17	25	6	0	-
language + dementia + migrants	6	6	1	0	-
TLF + India	1	0	0	0	-
Schneeballverfahren				9	Bahl 2009; Esser 2006; Klein et al. 1978; Leyssner 2009; McKhann et al. 1984; Murdoch et al. 1987; Schecker 1998; Tappen et al. 1997; TIK 2010
Gesamt				11	

Quelle: Eigene Darstellung

Abkürzungen: WoS = Web of Sciences; PM = PubMed; CIN = CINAHL

(B) ÜBERSICHT ÜBER DIE INTERVIEWERGEBNISSE

Die Interviewergebnisse sind die wesentliche Grundlage für die Identifizierung von Problemen, Ressourcen und geeigneten Maßnahmen zum Thema Sprache. 20 Interviewpartner äußerten sich zu den einzelnen Teilfragen. Die Tabelle 17 fasst die Nennungshäufigkeiten für die jeweiligen Zielgruppen zusammen. Aussagen, die unter einem „Plus“ von den Interviewpartnern genannt wurden, sind (A) sprachliche Herausforderungen, (B) förderliche Ressourcen oder (C) erfolgreiche Maßnahmen. Falls die Interviewpartner der Meinung waren, dass indische Pflegekräfte keine nennenswerten Probleme beim Deutschlernen haben, sie kaum über Ressourcen verfügen oder Maßnahmen wenig erfolgreich waren, um ihnen ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache zu vermitteln, wurde ein „Minus“ zugewiesen. Neutrale Positionen sind unter den „Kreisen“ einsortiert. Hierzu zählen bspw. genannte Maßnahmen zum Spracherwerb ohne eine explizite Wertung.

Tabelle 17: Antworten auf sprachliche Herausforderungen, Ressourcen und Maßnahmen

KATEGORIEN	IND. PFLEGEKRÄFTE			LEITUNGSKRÄFTE			EXPERTEN			GESAMT		
	0	+	-	0	+	-	0	+	-	0	+	-
Herausforderungen	0	4	0	3	7	0	0	5	0	3	16	0
Ressourcen	0	2	0	0	2	0	1	6	0	1	10	0
Maßnahmen	8	3	2	13	4	1	6	2	1	27	9	4

Quelle: Eigene Darstellung

(C) ÜBERSICHT ÜBER DIE ERGEBNISSE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG

Die schriftliche Befragung ergänzt die übrigen Ergebnisse mit der Auswertung des Items „I would learn a new language to enable me to migrate“. Zu diesem gab es 184 gültige Antworten.

SPRACHE ALS SCHLÜSSELKOMPETENZ IN DER PFLEGE

Esser (2006) bezeichnet die Fähigkeit, in der Landessprache des Aufnahmelandes zu kommunizieren, als „Schlüssel der Integration“. Die Landessprache ist das Medium der alltäglichen Kommunikation und drückt symbolisch Zusammengehörigkeit aus. Ausländische Arbeitskräfte mit schlechten Kenntnissen einer Landessprache haben einen eingeschränkten Wortschatz, können zwischen einzelnen Wörtern wenige syntaktische Beziehungen herstellen, machen semantische Fehler und drücken sich für Einheimische undeutlich aus (Deumert 2005; Klein et al. 1978; Miller 2000).

Fremdsprachenkenntnisse erhöhen gleichzeitig das Humankapital. Ein Beispiel aus der Pflege: Türkischstämmige Pflegekräfte können mit türkischen Patienten durch die Kommunikation in der Muttersprache in bestimmten Situationen einfacher ein Vertrauensverhältnis herstellen als deutsche Kollegen (Bahl 2009).

Pflege zählt dabei zu den Berufen, in denen Sprachkompetenz eine zentrale Rolle spielt. Sie gehört ...

„zweifellos zu den ‚Sprachberufen‘, fast jeder Aspekt der Pflege hat auch kommunikative Anteile.“ (Abt-Zegelin und Schnell 2005, Vorwort)

Anforderungen an die Kommunikation in der Pflege unterscheiden sich in Abhängigkeit vom Setting. Unter Kollegen, mit Vorgesetzten und anderen Berufsgruppen

ist Pflegefachsprache wichtig, um Arbeitsprozesse einheitlich und eindeutig zu kommunizieren. Institutionelle Diskursformen sind anzuwenden, wie bspw. bei der Pflegedokumentation. Dies ist „der zentrale Informationsträger aller am Pflegeprozess Beteiligten“ (Moll 2000, S. 19). Hier ist eine einheitliche medizinisch-pflegerische Fachsprache zu verwenden. Alle Schritte sollten transparent und präzise formuliert werden (Brucker et al. 2005).

In der Interaktion mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ist leicht verständliche Alltagssprache wichtig. Auch komplexe Zusammenhänge sind nach Möglichkeit in einfacher Alltagssprache auszudrücken, sodass möglicherweise durch eine zu technische Ausdrucksweise geschürte Verunsicherungen oder Ängste vermieden werden (TIK 2010).

In der Altenpflege bestehen besondere Kommunikationsbarrieren beim Umgang mit dementiell beeinträchtigten Menschen. Eine Demenz geht mit kommunikativen Einschränkungen beim Sprechen, Verstehen, Schreiben und Lesen einher (McKhann et al. 1984; Murdoch et al. 1987; Schecker 1998). Schwere sprachliche Störungen treten i. d. R. in relativ weit fortgeschrittenen Stadien des dementiellen Abbaus auf, wenngleich auch in früheren Phasen die sprachliche Ausdrucksfähigkeit bereits eingeschränkt sein kann (Schecker 1998). Die Betroffenen haben Wortfindungsstörungen, büßen Konzentrations- und Argumentationsfähigkeit ein, vergessen Gesprächsinhalte oder neigen dazu, abrupt Themen zu wechseln (Bayles 1982). Zudem leidet das Sprachverständnis. Viele Betroffene verlieren den Sinn für Humor und Ironie sowie die Fähigkeit, aus bildhafter Sprache, Symbolen oder indirekter Rede Bedeutungszusammenhänge abzuleiten. Dementiell beeinträchtigte Menschen nehmen das Gesagte stattdessen mehr oder weniger wortwörtlich (Schecker 1998). Für die Kommunikation mit dementiell eingeschränkten Menschen gilt deshalb nach Tappen et al. (1997):

- Einfache, leicht verständliche Wörter und Sätze sind zu verwenden. Komplizierte Satzstrukturen und lange Nebensätze sind auszulassen.
- Direkte Rede ist indirekter vorzuziehen. Abstrakte Ausführungen sind ebenso weitgehend zu vermeiden wie ironische oder sarkastische Aussagen.
- Berichte und Geschichten sollten einem klaren Erzählstrang folgen, damit Überforderungen vermieden werden. Hierzu sollte von direkt aufeinanderfolgenden

Gegenständen berichten werden und, falls der Betroffene den Faden verliert, die Aufmerksamkeit auf das Ursprungsthema zurückgelenkt werden.

- Beim Zuhören sind wichtige von nebensächlichen Informationen zu trennen, um die tatsächlichen Bedürfnisse der Betroffenen zu erfassen.

In den Endphasen einer Demenz kann die Kommunikationsfähigkeit so stark eingeschränkt sein, dass nicht länger direkte sprachliche Botschaften entscheidend sind. Stattdessen werden Tonfall, Mimik, Gesten und Blickkontakte wichtiger (Leysner 2009).

SPRACHLICHE HERAUSFORDERUNGEN

Alle befragten Leitungskräfte berichteten von sprachlichen Herausforderungen für neu nach Deutschland kommende indische Pflegekräfte, verdeutlicht durch das folgende Zitat:

„Wir können unseren normalen Einarbeitungsplan bei den indischen Pflegekräften nicht anwenden. Die indischen Schwestern müssen stattdessen einen weiteren dreimonatigen Deutschkurs absolvieren, aus der Erfahrung heraus, dass es ganz schwer für unsere Bewohner und Schwestern war, in eine Umgebung zu kommen, in der vieles gar nicht oder falsch verstanden wird.“ (KQ, Leitungskraft)

Meist wurden mangelnde sprachliche Kompetenzen im Allgemeinen bemängelt. Einzelne Interviewpartner konkretisierten sie - bspw. in Hinblick auf das Sprachverständnis. Indische Pflegekräfte hatten Probleme damit, ironische und sarkastische Aussagen richtig zu deuten und sich angemessen auszudrücken.

„Zusätzlich sind die feinen Nuancen der deutschen Sprache schwierig – wann meine ich etwas ernst, wann ist etwas ironisch, wann sind Fragen rhetorisch. Die indischen Ordensschwwestern bekommen dies oft nicht mit.“ (SL, Leitungskraft)

„Wir haben vieles verwechselt. Und uns auch manchmal falsch ausgedrückt. Einmal habe ich einen Patienten versehentlich gefragt, ob er was ‚zum Scheißen‘ braucht. Da war der Patient natürlich sehr empört.“ (CF, Experte/Pflegekraft)

Auch die Phonetik wurde als Herausforderung genannt. Zu diesem Punkt gehörte die richtige Aussprache der Vokale des deutschen Alphabets.

„Das ‚A‘ wird in Malayalam auch als ‚A‘ ausgesprochen. Im Englischen allerdings als ‚Aei‘. Hier gibt es Probleme, weil das deutsche Schriftbild dem englischen gleicht, aber die Aussprache anders ist. Eigentlich ist die deutsche Aussprache Malayalam viel näher als die englische, es verwirrt unsere Pflegekräfte jedoch.“ (SP, Experte)

Sprachliche Herausforderungen traten laut der Interviewpartner gehäuft bei pflegefachlichen Diskursformen wie der Pflegedokumentation auf.

„Wenn sie hier Deutsch lernen und die Ausbildung hier absolvieren, haben indische Pflegekräfte keine Probleme mit der Pflegedokumentation. Sie wachsen dann dort rein. Können unsere Schwestern allerdings noch nicht gut Deutsch, gibt es schon eher Probleme.“ (JH, Leitungskraft)

Von größeren Problemen wurde auch dann berichtet, wenn indische Pflegekräfte in Gebieten mit ausgeprägtem Dialekt tätig wurden. Nicht nur das im Sprachunterricht vermittelte Hochdeutsch musste dann erlernt werden, sondern auch die regionale Mundart.

„Dabei geht es nicht um das Deutsch, das man in der Schule oder Volkshochschule lernt, sondern Alltagssprache. In unserem Fall auch Alltagsschwäbisch. Gerade von Bewohnern kommen bestimmte Redewendungen und Ausdrücke, die man in einem normalen Sprachunterricht nicht lernt.“ (IM, Leitungskraft)

Die geschilderten Probleme wirkten sich laut einiger Interviewpartner auf die Versorgung dementiell Beeinträchtigter aus. Es wurde von Missverständnissen auf beiden Seiten berichtet. Indische Pflegekräfte waren aufgrund mangelnder Sprachkenntnis nicht in der Lage, das Verhalten von Pflegebedürftigen richtig zu deuten. Dementiell Beeinträchtigte fühlten sich falsch verstanden.

„Sind Deutschkenntnisse schlecht, kommt es schnell zu Missverständnissen. Wir haben 92 % demente Bewohner. Diese müssen sich auch verstanden fühlen. Dies geht ohne Deutschkenntnisse nicht.“ (KQ, Leitungskraft)

„Ein Problem [ist] der Umgang mit dementen Patienten. Schwierigkeiten bestehen [...] mit allen Patienten, die kein Hochdeutsch sprechen oder in ihrer Kommunikation eingeschränkt sind. Hier kommt es zu enormen Problemen, weil die indischen Ordensschwestern das Verhalten der Patienten nicht mehr richtig einzuordnen wissen.“ (SL, Leitungskraft)

Das strukturierte Lernen einer Sprache stellt einige indische Pflegekräfte laut der Interviewpartner vor Probleme. Im Gegensatz zu anderen qualifizierten Berufen stehen in der Pflege praktische Tätigkeiten und nicht die abstrakte Wissensvermittlung im Vordergrund. Zudem haben laut der Erfahrungen des Goethe-Zentrums Trivandrum Pflegekräfte größere Schwierigkeiten als bspw. IT-Fachkräfte damit, autodidaktisch zu lernen. Hinzu kommt der verschulte und autoritäre Charakter des indischen Bildungssystems. Das Lehrpersonal übt große Kontrolle auf die Schüler

und deren Lernfortschritte aus. Es werden wenige Freiräume gegeben. Insofern bereitet das indische Bildungssystem weniger als das deutsche auf die Nutzung von Lernformen, die ein hohes Maß an Eigenständigkeit erfordern, vor.

„IT-Fachkräfte sind es gewohnt zu lernen, da sie sehr viele Jahre in Indien studiert haben. [...] Sie sind zudem eher Autodidakten. Wer mit IT zu tun hat, ist automatisch autonomer. Der ist gewohnt, neue Dinge selbständig zu entdecken. [...] Pflegekräfte sind hingegen manchmal weniger gewohnt, so strukturiert zu lernen. Sie weisen zwar eine Ausbildung vor, die sehr viele Kenntnisse verlangt, sie sind es aber nicht gewohnt, im Unterricht so viel Theoretisches durchzunehmen – z. B. Grammatik, Wortschatz. Sie haben dies bereits einige Jahre hinter sich, weil sie nach ihrer Ausbildung nicht mehr in dieser Form zur Schule gegangen sind.“ (SP, Experte)

Zu Beginn ihrer Zeit in Deutschland hatten indische Pflegekräfte laut der Interviews Angst vor Fehlern beim Deutschsprechen und empfanden Scham, sich falsch auszudrücken. In Kombination mit vorhandenen sprachlichen Defiziten wurden dadurch die Möglichkeiten des sozialen Austauschs mit Deutschen eingeschränkt mit negativen Folgen für die Zufriedenheit.

„Ich habe mich immer alleine gefühlt. Ich hatte halt Probleme damit, mich richtig auszudrücken. Wollte ich irgendetwas haben, z. B. einen Kaffee, konnte ich das nicht richtig sagen. Da habe ich mir oft gewünscht, wieder nach Indien zurückzukehren.“ (AT, Pflegekraft)

Probleme mit der Anwendung einer Fremdsprache wurden nicht nur für Deutschland genannt. Auch in den arabischen Ländern, einer Hauptzielregion auswandernder indischer Pflegekräfte, wurde die Eingliederung im Zuge mangelnder Sprachkenntnis erschwert, obwohl die Arbeitssprache Englisch bereits in der Schule gelernt wurde.

„You have to be able to understand what actually patients want. When I was in Saudi-Arabia, there was nobody to teach us language. That led to a lot of problems. During my first days, a patient told me in Arabian language ‘Give me water’. I did not understand. He just repeated ‘Give me water’. I wrote the words as I understood them and asked my colleague in charge. She then explained me what to do. Later, we had more Arabian nurses there. Sometimes, when we had some language problems, we could ask them for help. Nevertheless, it was very difficult.“ (SPP, Pflegekraft)

RESSOURCEN FÜR DAS ERLERNEN DER DEUTSCHEN SPRACHE

Der indische Sprach- und Kulturkreis ist komplexer als der europäische. Insgesamt werden in Indien 122 unterschiedliche Sprachen gesprochen und es gibt 11 Schriftsysteme (Müßig 2008; Leitner 2009). 22 Sprachen werden in Indien offiziell von der Verfassung anerkannt. Hindi und Englisch sowie die meisten Regionalsprachen in den 28 Bundesstaaten sind offizielle Amtssprachen (Müßig 2008; Wagner 2006). Darüber hinaus schreibt die Three Language Formula (TLF) fest, dass im schulischen Unterricht mindestens drei Sprachen vermittelt werden, darunter Englisch (Müßig 2008). Entsprechend weit ist Englisch in Indien verbreitet. Allerdings ist es mit 0,02 % nur Muttersprache eines Bruchteils der Bevölkerung und in Wort und Schrift kann lediglich eine privilegierte Minderheit fließend auf Englisch kommunizieren (Müßig 2008).

Die meisten Inder sind also mehrsprachig sozialisiert. Die Interviewpartner beurteilten die Sprachkompetenzen indischer Pflegekräfte deshalb im Allgemeinen als hoch.

„Jeder Inder mit einer gewissen Schulbildung verfügt über gute Sprachkenntnisse. [...] Ich für meinen Teil habe bspw. berufs- und studienbedingt neun Sprachen gelernt. Auch meine Tochter spricht neun Sprachen. Ich denke, das Sprachverständnis steckt vielen Indern im Blut.“ (JMK, Leitungskraft)

„Im Allgemeinen gelten Inder allerdings als sprachbegabt, weil sie von Kindesbeinen auf unterschiedliche Sprachen hören.“ (SP, Experte)

Zusätzlich wurde eine hohe Motivation angenommen, mit der neu nach Deutschland auswandernde indische Pflegekräfte die deutsche Sprache erlernen würden. Deutschlernen sei mit einem konkreten Ziel verbunden - einer Auswanderung nach Deutschland - und damit laut der Interviewpartner mit Möglichkeiten der persönlichen und beruflichen Statusaufwertung.

„Diese instrumentelle Motivation, das Bewusstsein, wie wichtig die deutsche Sprache für den Beruf ist, man möchte mit den Patienten reden, dies ist ein großer Antrieb, die deutsche Sprache zu lernen.“ (SP, Experte)

„Das Erlernen der deutschen Sprache wäre auch eine Fähigkeit, die sich indische Pflegekräfte [...] aneignen möchten. Sie würden die notwendige Motivation mitbringen, da die Aussicht besteht, ins Ausland zu gehen und dort den eigenen Lebensstandard zu verbessern. Dies ist ein großer Motivator.“ (AF, Experte)

„We are ready to study German language and culture. You just have to give us the chance to come to your place.“ (HJ, Pflegekraft)

Auch die Befragten der explorativen schriftlichen Befragung äußerten mehrheitlich die Bereitschaft, eine neue Fremdsprache zu lernen, wenn damit die Möglichkeit einer Auswanderung verbunden ist. Dem Item „I would learn a new language to enable me to migrate“ stimmten 122 zu oder voll zu, was zwei Dritteln der Respondenten entspricht.

Die deutschen wie auch indischen Interviewpartner beurteilten die Aussichten insgesamt positiv, indischen Pflegekräften Deutsch auf einem Niveau vermitteln zu können, das für eine Tätigkeit in der Altenpflege angemessen ist.

„Ich zweifle überhaupt nicht daran, dass das nach Deutschland kommende Personal die deutsche Sprache schnell lernen würde.“ (JMK, Leitungskraft)

„Es ist für Inder voraussichtlich relativ leicht, Deutsch zu lernen.“ (AF, Experte)

„They [Indian nurses, d. Verf.] are very good in learning languages. Any language they had to learn, they also learned.“ (SPP, Pflegekraft)

UNTERSTÜTZENDE MAßNAHMEN ZUM SPRACHERWERB

Gute Deutschkenntnisse sind, wie oben dargestellt, eine Voraussetzung, um indische Pflegekräfte in Deutschland in den beruflichen und privaten Alltag zu integrieren. Inwiefern indische Pflegekräfte tatsächlich schnell und gut Deutsch lernen, wird laut der geführten Interviews beeinflusst durch ...

- den vorbereitenden Sprachunterricht in Indien,
- die begleitende Sprachförderung in Deutschland und
- das soziale Umfeld in Deutschland.

Die in Deutschland tätigen befragten indischen Ordensschwestern bereiteten sich mindestens mit einem siebenwöchigen Intensivkurs am Goethe-Institut in Indien auf eine Migration nach Deutschland vor. Sie erwerben das Sprachniveau A1¹¹ und können sich rudimentär auf Deutsch verständigen.

„Mit der ersten Stufe alleine kann man sich aber nur ganz oberflächlich unterhalten. Man kann z. B. fragen, wie viel ein Kilo Fleisch kostet oder wo eine Toilette ist. Sie

¹¹ Nach dem gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (Goethe-Institut). Die grundlegenden Stufen sind: A = Elementare Sprachverwendung, B = Selbständige Sprachverwendung und C = Kompetente Sprachverwendung. „A1“ meint die unterste Stufe und damit „Anfängerkenntnisse“.

können sich dann nur über Alltägliches unterhalten und beherrschen die W-Fragen.“ (CF, Experte)

Über die einfachen Grundlagen hinaus schließen laut Rückmeldungen des Goethe-Zentrums Trivandrum viele indische Arbeitsmigranten das Niveau B1 in Vorbereitung auf eine Tätigkeit in Deutschland ab. Sie verfügen dann über solide sprachliche Grundkenntnisse und können sich in Alltagssituationen zurechtfinden.

„Viele brauchen nur das A1-Niveau. Viele möchten aber drei Niveaus bei uns absolvieren – also A1, A2 und B1. Es sind dann insgesamt 400 Unterrichtsstunden, die Pflegekräfte mit B1 absolviert haben. [...] Sie können über ein Thema reden, auch schon differenziert, da sie sich über verschiedene Aspekte unterhalten können. Sie sind in der Lage, verschiedene Blickwinkel zu schildern. Sie können über ihr Land, über sich erzählen. Sie können zudem etwas über ihre Umwelt berichten. [...] Sie haben bereits einen gewissen Halt in der Sprache, also den ersten richtig großen Schritt getan.“ (SP, Experte)

Auch die befragten deutschen Leitungskräfte und Experten begrüßten es, dass mit dem Deutschlernen bereits in Indien begonnen wird.

„Schön wäre es, wenn die Maßnahmen schon in der Heimat ansetzen. Vor einer Bewerbung müssen die Pflegekräfte die im Ausland gesprochene Sprache beherrschen.“ (SK, Leitungskraft)

Zur besseren Vorbereitung auf den beruflichen Alltag in einem deutschen Altenheim sollten nicht nur allgemeine Sprachkenntnisse, sondern laut der Rückmeldungen aus den Interviews auch pflegespezifische vermittelt werden. Eine Mitarbeiterin des Goethe-Zentrums Trivandrum empfiehlt eine Differenzierung von (A) Einführungskursen mit Teilnehmern aus diversen Branchen und (B) Spezialkursen, in denen Schüler getrennt nach Berufen unterrichtet werden. In Spezialkursen für Pflegekräfte ließen sich bspw. Vokabeln, die im pflegerischen Berufsalltag oft verwendet werden, gezielt vermitteln. Das Goethe-Zentrum Trivandrum bietet derzeit ausschließlich branchenübergreifende Sprachkurse für Pflegekräfte an, richtet seinen Unterricht aber im Rahmen der Möglichkeiten auf den beruflichen Hintergrund der Teilnehmer aus.

„Soweit möglich, versuchen wir im Sprachkurs auch Vokabeln zu vermitteln, die später wichtig für den Beruf sind. Wir nehmen z. B. Körperteile durch, weil unsere Kurse von vielen Pflegekräften besucht werden. [...] Ich gebe Ihnen Ratschläge, wo man viele Krankheiten nachschlagen kann. Man braucht natürlich sehr viel Zeit.“ (CF, Experte)

Sprachkurse sollten laut der Interviewpartner durch anerkannte, professionelle und qualifizierte Lehrkräfte erfolgen. Sie sollten eine positive, anspruchsvolle Lernatmosphäre schaffen. Insbesondere, die bereits in Deutschland gelebt haben, könnten laut der Interviews ein besonderes Vertrauensverhältnis zu Schülern aufbauen, indem sie von persönlichen Erfahrungen mit der Integration in Deutschland sowie mit der deutschen Kultur, Gesellschaft und Sprache berichten.

„Es ist notwendig, sprachliche Grundlagen in einem strukturierten Unterricht zu legen. Man lernt eine Sprache oft nicht gut, wenn einem die Grundlagen fehlen. [...] Nur in einer Unterrichtssituation kann man Schüler in ihrem Lernverhalten führen.“
(SP, Experte)

Neben anerkannten Sprachkursen sind unterschiedliche informelle Angebote zur sprachlichen Vorbereitung auf einen Deutschlandaufenthalt verbreitet. Diese reichen vom dreiwöchigen Privatunterricht durch Bekannte und Freunde bis zu einjährigen Grundlagenkursen, angeboten von aus Deutschland zurückgekehrten Ordensangehörigen.

„Wir wurden hier in der Nähe des Flughafens vorbereitet. Dort ist ein Kloster mit indischen Nonnen. Eine Schwester sprach etwas Deutsch. Sie hatte Deutsch als Zweitsprache gelernt. Alle, die nach Deutschland in einer Gruppe gehen sollten, wurden gemeinsam über zwei Monate vorbereitet. Wir sollten auch dort übernachten, um etwas über Deutschland von dieser Schwester zu hören. Diese Schwester hat uns natürlich etwas Deutsch beigebracht, wie ‚Ich habe Durst‘, ‚Ich möchte Wasser trinken oder schlafen‘. Jeden Tag hatten wir eine Stunde Deutschunterricht. [...] Wir mussten dort auch die Gebete auf Deutsch lernen.“ (CF, Experte)

Sprachkurse in Indien sind also offensichtlich wichtig. Ihnen sind aber laut der Rückmeldungen aus Interviews Grenzen gesetzt. Im Idealfall können Situationen des privaten Alltags und des Arbeitslebens veranschaulicht und simuliert werden. Die Erfahrungen, die mit dem direkten Leben und Arbeiten im Ausland verbunden sind, lassen sich durch vorbereitende Maßnahmen nicht ersetzen. So können bspw. regionale Dialekte kaum in künstlichen Unterrichtssituationen im Herkunftsland vermittelt werden. Zudem befinden sich die Schüler während der vorbereitenden Unterrichtsphase in der Heimat weiterhin in ihrem muttersprachlichen Umfeld. Nur während des Unterrichtes wenden sie laut der in Deutschland tätigen indischen Pflegekräften die neue Fremdsprache an.

„Ich hatte anderthalb Monate in Indien einen Sprachkurs. Aber untereinander haben wir immer unsere Muttersprache gesprochen. Wir haben den Kurs zwar gemeinsam besucht, uns aber nicht auf Deutsch untereinander unterhalten.“ (AT, Pflegekraft)

„Hier [in Deutschland, d. Verf.] haben wir alles gelernt. Es fiel uns leichter, vor Ort die Sprache zu lernen.“ (OST, Pflegekraft)

Deutsche Einrichtungen fördern laut der Aussagen der befragten Führungskräfte in Deutschland weiteren Sprachunterricht. Dauer und Art der in Interviews genannten Maßnahmen sind individuell und orientieren sich an den Vorkenntnissen der indischen Pflegekräfte. Viele nach Deutschland zuwandernde indische Pflegekräfte erhalten externe Sprachkurse an deutschen Abendschulen, Fachhochschulen, Volkshochschulen, Klosterschulen, dem Goethe-Institut und weiteren Sprachschulen. Vereinzelt werden auch hausinterne Schulungen durch Deutschlehrer sowie Privatunterricht durch Führungskräfte und Kollegen angeboten. Verfügen neu zuwandernde Pflegekräfte bereits über gute Deutschkenntnisse, findet der Sprachunterricht häufig berufs-, ausbildungs- oder praktikumsbegleitend statt. Die indischen Pflegekräfte sollen dann ihre im Unterricht erworbenen Kenntnisse im „Ernstfall“ anwenden, also in der Kommunikation mit Pflegebedürftigen, Kollegen und Führungskräften. Dies wirkt sich laut der Interviews positiv auf die Sprachfertigkeiten aus, weil nicht nur die allgemeine Sprachkompetenz geschult wird, sondern auch die pflegefachliche. Im Gegensatz zu Sprachkursen an externen Fort- und Weiterbildungsstätten kann im Praxisumfeld Wissen im Sinne von „learning-by-doing“ vermittelt werden.

„Wenn sie [die indischen Ordensschwestern, d. Verf.] hier sind, lege ich Wert darauf, dass sie sofort weiter einen Sprachkurs besuchen. Manchmal gehen sie bis zum Mittag in die Schule. Für einen ungefähr fünfwöchigen oder zweimonatigen Kurs. Und am Nachmittag gehen sie arbeiten. Sie haben also einen fünfzigprozentigen Arbeitsauftrag und 50 % werden sie lernen. Man kann das auch blockweise machen. Ich unterscheide das immer unterschiedlich und mache es vom Einzelfall abhängig.“ (OSL, Leitungskraft)

„Wir können nicht direkt auf eine Tätigkeit im deutschen Gesundheitswesen vorbereiten. Ich denke, diese Aufgabe sollte die aufnehmende deutsche Einrichtung lösen. Dies ist ein sehr fachspezifischer Bereich. Da können die Einrichtungen besser helfen. Dies muss aber auch so sein.“ (SP, Experte)

Wie oben dargestellt wurde, sind indische Pflegekräfte während der ersten Zeit in Deutschland unsicher im Gebrauch der deutschen Sprache. Damit sich diese Unsicherheit nicht verfestigt, sind laut der Interviewpartner Räume zu schaffen, die möglichst angstfrei sind und in denen Rückmeldungen respektvoll kommuniziert werden. In diesen lassen sich Inder motivieren, Deutschkenntnisse selbstständig zu erproben sowie bei Problemen persönliche Hilfe zu suchen, bspw. indem sie aktiv Rückfragen bei der Pflegedokumentation stellen. Die Unterstützung durch Kollegen und

Vorgesetzte spornt indische Pflegekräfte laut der Interviews an, die deutsche Sprache weiter anzuwenden. Erklärungen sollten dabei deutlich, langsam und in verständlichen Sätzen gegeben werden. Leitungskräfte müssen Geduld aufbringen und sich ausreichend Zeit für Korrekturen und Erläuterungen nehmen.

„Ich habe schnell gemerkt, dass es so nicht geht [wenn ich mich weiter zurückhalte, d. Verf.], dass es zu großen Konflikten mit meinen Kollegen hätte kommen können. Deshalb habe ich dann immer mehrmals nachgefragt und darum gebeten, dass meine Kollegen deutlicher und langsamer mit mir sprechen. Dann konnte ich ihnen auch folgen. Dies war ein großes Erfolgserlebnis für mich.“ (AT, Pflegekraft)

Hilfreich können laut der befragten Interviewpartner zudem Maßnahmen sein, um Inder mit möglichst vielen Muttersprachlern in Kontakt zu bringen. Hierzu zählt eine intelligente Schichtplanung, bei der mehrere Inder in einem Altenheim immer getrennt voneinander eingesetzt werden. Arbeiten ausländische Pflegekräfte der eigenen ethnischen Gruppe gleichzeitig zusammen, ist die Tendenz groß, in der Muttersprache und nicht auf Deutsch zu kommunizieren. Dies betrifft aufgrund der geringen Zahl in Deutschland tätiger indischer Pflegekräfte aber vor allem ausländisches Personal anderer Nationalitäten.

„Die Kasachen haben z. B. einen eigenen Clan, in den man als Außenstehender nicht hereinkommt. Dort geschieht alles – mit dem Nachteil, dass diese schlechter Deutsch sprechen. Und auch weniger bereit sind, Deutsch zu lernen. Begegnet man zwei Reinigungskräften aus Kasachstan im Haus, ist mit Sicherheit davon auszugehen, dass sie untereinander russisch sprechen. Hierdurch kommt es zu Problemen.“ (GL, Leitungskraft)

„Ich war während des Praktikums alleine und habe nicht mit anderen Ordensschwestern auf einer Station gearbeitet. Am Anfang war es richtig schwer. Es war im Nachhinein betrachtet aber von Vorteil, da ich auf Deutsch sprechen musste, damit mich alle verstehen konnten. Danach konnte ich dann aber viel verstehen und gut Deutsch sprechen.“ (AT, Pflegekraft)

Derzeit lebt ein großer Teil der neu zugewanderten indischen Ordensschwestern gemeinschaftlich in katholischen Konventen. Das Zusammenleben fördert laut der Interviews dann den Spracherwerb, wenn auch enger Kontakt zu deutschen Ordensschwestern besteht. Die indischen Pflegekräfte tauschen sich in diesem Fall in ihrer Freizeit intensiv auf Deutsch mit Muttersprachlern aus. Von den Deutschen können sie Vokabeln, Grammatik und Aussprache lernen. Werden die christlichen Wohngemeinschaften allerdings nur von wenigen deutschen Ordensschwestern bewohnt und treten indische Pflegekräfte selten aus ihrem geschützten Lebensmittelpunkt heraus, wirkt sich dies laut der Interviews negativ auf Lernerfolge aus.

„In Bocholt haben wir den viermonatigen Sprachkurs absolviert. Dort waren nicht nur unsere Ordensschwwestern, sondern auch viele andere deutsche Schwestern. [...] Dies war ein großer Vorteil für uns, weil wir immer von den deutschen Schwestern lernen konnten, z. B., wie sie bestimmte Dinge aussprechen. [...] Manchmal haben wir uns zwar überhaupt nicht verstanden, aber die deutschen Schwestern hatten mich immer korrigiert und sich um uns bemüht. Sind wir als indische Schwestern zusammen, ist es ganz anders. Wir sprechen dann unsere Sprache und haben niemanden, der uns gut korrigieren kann.“ (AT, Experte)

„Das Leben der Ordensschwwestern findet in einem geschlossenen Raum statt. Das ist für den Lernerfolg mancher Schülerinnen von Vorteil. Diese indischen Ordensschwwestern haben zwar ihren geschützten Raum, in dem sie für sich üben, aber sie schaffen es gleichzeitig, sich mit anderen Mitschülern in weiteren Lerngruppen einzufinden. Sie haben i. d. R. keine Mühe mit ihrem Examen. Man merkt dies sehr deutlich an Noten und Leistungen. Das Leben im Konvent hat aber auch eine negative Seite. Wenn es die Ordensschwwestern auch mit unserer Hilfe nicht schaffen, aus diesem geschlossenen Raum heraus zu treten, um sich bspw. mit anderen Mitschülern in Lerngruppen zu organisieren, dann beeinträchtigt dies den Lernerfolg.“ (SL, Leitungskraft)

4.2.3 Kulturelle Aspekte

Kulturelle Aspekte im Zusammenhang mit der Zuwanderung indischer Pflegekräfte nach Deutschland umfassen ...

- den Umgang mit Macht und sozialer Ungleichheit in Indien,
- die kollektivistische Sozialisierung,
- Kommunikationsstile,
- Lebensstile,
- die religiöse Prägung und die Vorstellungen von Zeit sowie
- Maßnahmen der kultursensiblen Integration.

(A) ÜBERSICHT ÜBER DIE LITERATURRECHERCHE

In diesem Kapitel wurden die Interviewergebnisse mit Ausnahme des Abschnitts zur kultursensiblen Integration mit den Resultaten der Literaturanalyse ergänzt.

Tabelle 18: Übersicht über die Literaturrecherche zu „kulturellen Aspekten“

SUCHBEGRIFFE/-STRATEGIE	TREFFER				LITERATUR
	WoS	PM	CIN	BEREINIGT	
power + culture + India	257	226	30	6	Ansari 1986; Mandelbaum 1970; Robert et al. 2000; Singelis et al. 1995; Sinha 1984; Sinha et al. 2010
leadership + India	567	346	48	1	Osella und Osella 1998
caste system + hierarchies	61	257	0	4	Gupta 2005; Sahay 2004; Sharma 2012; Vikas et al. 2015
collectivist + India	39	8	1	3	Kapoor et al. 2003; Perlow und Weeks 2002; Sinha et al. 2002
communication + styles + India	20	17	6	2	Croucher et al. 2011; Dasgupta et al. 2012
sexuality + India	274	1.964	171	5	Abraham und Kumar 1999; Aggarwal et al. 2000; Hindin und Hindin 2009; McDougall et al. 2011; Schensul et al. 2006
Schneeballverfahren				20	Banerjee 2008; Brosius 2009; Broszinsky-Schwabe 2011; Brück und Brück 2011; Griffiths et al. 2002; Jürgenmeyer und Rösel 2009; Kakar 1994; Khan und Raikwar 2011; Kreuser 2002; Kolanad 2010; Lewis 1996; Mitterer et al. 2006; Martin 1990; Narula 1999; Nishimura et al. 2008; Roland 1988; Segal 1999; Singh 2005; 2009; Sinha 1980; Tieber 2007; World Bank 2016b
Gesamt				41	

Quelle: Eigene Darstellung

Abkürzungen: WoS = Web of Sciences; PM = PubMed; CIN = CINAHL

(B) ÜBERSICHT ÜBER DIE INTERVIEWERGEBNISSE

Dieses Kapitel beruht überwiegend auf den Ergebnissen der Interviews. 23 Interviewpartner äußerten sich zu kulturellen Aspekten im Zusammenhang mit der Tätigkeit indischer Pflegekräfte in Deutschland. Die Nennungshäufigkeiten der einzelnen Zielgruppen werden in der Tabelle 19 zusammengefasst. Mit einem „Plus“ bewertete Aussagen sind solche, bei denen die Interviewpartner der Meinung waren, dass sich die in Indien verbreiteten Vorstellungen von ...

... Macht und sozialer Ungleichheit,

... Kooperation und Zusammenleben (= Kollektivistische Sozialisierung),

... Kommunikation und Lebensstilen oder von

... Religion und Zeit positiv auf eine Tätigkeit in Deutschland auswirken werden.

Maßnahmen zur kultursensiblen Eingliederung indischer Pflegekräfte, die sich aus der Sicht der Interviewpartner bewährt haben, wurden positiv beurteilt bzw. sind unter einem „Plus“ in der Tabelle 19 zu finden. Wie bereits in den anderen Tabellen mit Ergebnissen aus Interviews wurden neutrale Aussagen einem „Kreis“ zugeordnet und negative einem „Minus“.

Tabelle 19: Antworten zu kulturellen Aspekten bei der Beschäftigung indischer Pflegekräfte

KATEGORIEN	IND. PFLEGEKRÄFTE			LEITUNGSKRÄFTE			EXPERTEN			GESAMT		
	0	+	-	0	+	-	0	+	-	0	+	-
Macht und soziale Ungleichheit	3	2	1	0	0	10	3	0	2	6	2	13
Kollektivistische Sozialisierung	5	0	1	4	3	3	4	1	1	13	4	5
Kommunikationsstile	5	0	0	4	1	5	1	0	0	10	1	5
Lebensstile	5	4	3	6	4	5	3	3	3	14	11	11
Religion und Vorstellungen von Zeit	4	3	1	2	3	0	3	0	1	9	6	2
Maßnahmen	10	10	0	15	10	4	13	6	1	38	26	5

Quelle: Eigene Darstellung

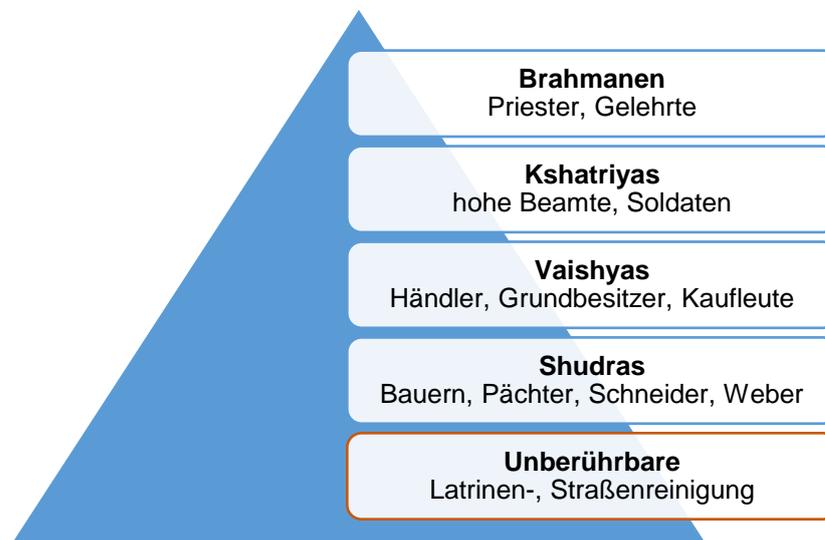
(C) ÜBERSICHT ÜBER DIE ERGEBNISSE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung sind in diesem Kapitel weniger relevant. Sie ergänzen die übrigen Resultate an zwei Stellen durch die Auswertung der Items „I don't mind living in a society that is very permissive“ (170 gültige Antworten) und „It is important for me to practice my religion abroad“ (182 gültige Antworten).

UMGANG MIT MACHT UND SOZIALER UNGLEICHHEIT

Die Bedeutung von Hierarchien und sozialen Verhältnissen hat in Indien ihre historischen Wurzeln im mehr als tausend Jahre alten Kastenwesen (Vikas et al. 2015). Bei diesem bestimmt die Zugehörigkeit zu einer Kaste, in die jeder Hindu hineingeboren wird, einen festen Rang im sozialen Gefüge. Insgesamt gibt es vier Hauptkasten (Varnas). An der Spitze des Kastenregimes befinden sich die Brahmanen, am unteren Ende die außerhalb der Kastenordnung stehenden „Unberührbaren“ (Sahay 2004; Vikas et al. 2015).

Abbildung 18: Struktur des Kastenwesens und traditionelle Berufe von Kastenangehörigen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Vikas et al. (2015)

Jeder Kaste werden feste Rollen in Bezug auf die Wahl des Berufs und des Ehepartners sowie rituelle, religiöse und spirituelle Handlungen zugeschrieben (Brosius 2009; Sahay 2004; Vikas et al. 2015). Nach hinduistischer Vorstellung hat der Einzelne seine Pflichten und Aufgaben (Dharma) genauestens zu befolgen, um kein

negatives Karma zu erwerben (Jürgenmeyer und Rösel 2009). Am Lebensende entscheidet das Verhältnis aus positivem und negativem Karma über die soziale Stellung nach der Wiedergeburt (Vikas et al. 2015). Die strengen Verhaltensvorschriften hatten in der Vergangenheit zur Folge, dass die Kasten im traditionellen Indien wenig durchmischt wurden. Ehen wurden bspw. nur unter Angehörigen einer Kaste arrangiert (Jürgenmeyer und Rösel 2009). Der Kontakt mit den „Unberührbaren“ galt als rituell verunreinigend (Narula 1999).

Mittlerweile hat die gesellschaftliche Mobilität in Indien, unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Kaste, zugenommen. Auch Mitgliedern der unteren Kasten steht bspw. der Zugang zu höherer Bildung offen. Das Kastenwesen hat allerdings ein kulturelles Erbe hinterlassen: Nach bspw. Gupta und Sharma hat es sich in den Einstellungen vieler Inder konserviert.

„This has resulted in the collapse of the caste system but also in the rise of caste identities.“ (Gupta 2005, S. 409)

„Caste is becoming more of a state of mind of an individual.“ (Sharma 2012, S. 245)

Die Folgen sind auch im modernen Indien stark ausgeprägte Hierarchien und soziale Ungleichheiten (Osella und Osella 1998; Perlow und Weeks 2002; Vikas et al. 2015). Familienangehörige setzen sich in der traditionellen indischen Großfamilie nach wie vor selten über den Willen des Familienoberhauptes, i. d. R. das älteste männliche Familienmitglied, hinweg (Singh 2005). In indischen Unternehmen haben Angestellte weiterhin großen Respekt vor Führungskräften und blicken zu ihnen auf (Mitterer et al. 2006; Sinha 1984; Sinha et al. 2010). An die berufliche Position sind Macht, soziales Prestige und hohe Verantwortung geknüpft (Kakar et al. 2002).

Viele Mitarbeiter in einem indischen Unternehmen lehnen es selbst ab, Verantwortung zu übernehmen. Hierauf machten u. a. Robert et al. (2000) in ihrer ländervergleichen Studie (USA, Mexiko, Polen, China, Indien) unter 939 Angestellten eines internationalen Konzerns aufmerksam. Nur in Indien war die Übertragung von neuen Verantwortlichkeiten negativ mit der Arbeitsplatzzufriedenheit assoziiert.

Auch nach Hofstede et al. (2010) ist die Machtdistanz in Indien sehr groß. Soziale Ungleichheiten sind ausgeprägt und werden von der Bevölkerung so erwartet und akzeptiert (vgl. Kapitel 2.5.2).

In den vom Verfasser durchgeführten Interviews berichteten deutsche Führungskräfte und Experten des indischen Gesundheitswesens ebenfalls von einem besonderen Umgang mit Autoritäten und von anderen Hierarchievorstellungen. Indische Pflegekräfte wurden teilweise als obrigkeitshörig, unterwürfig, zurückhaltend und ehrfürchtig gegenüber Respektpersonen beschrieben. Von Vorgesetzten gestellte Aufgaben wurden akribisch erfüllt, in Einzelfällen ohne den Sinn auferlegter Arbeiten zu reflektieren.

„In Indien kann es bspw. dazu kommen, dass Ihnen eine Kollegin ohne besonderes Signal die Füße küsst. Außerdem ist es in Indien üblich, dass kleine Tätigkeiten nicht von einem selbst, sondern von anderen Hilfskräften übernommen werden. Dort wird einem z. B. gegen ein paar Rupien die Tasche getragen. Außerdem sind Inder sehr obrigkeitshörig. Sagt der Arzt etwas, wird dies auch so gemacht. Fachärzten gegenüber wird großer Respekt gezollt, der sich in Zurückhaltung äußert.“ (AF, Experte)

„Gebe ich die Aufgabe, bis zur nächsten Woche ein Telefonbuch auswendig zu lernen, bin ich mir sehr sicher, dass es die indischen Ordensschwester machen würden und es auch können. Das würden die indischen Ordensschwester überhaupt nicht hinterfragen. Die indischen Ordensschwester haben ein ganz anderes Bildungsverständnis. Es wird nicht hinterfragt, warum etwas gelernt werden muss und welchen Nutzen dies für den Arbeitsalltag hat.“ (TK, Leitungskraft)

Die befragten Führungskräfte machten auf Schwierigkeiten aufmerksam, indische Pflegekräfte für Leitungspositionen zu gewinnen. Die Übernahme von Verantwortung wurde abgelehnt.

„Ich habe schon mehrmals versucht, eine der Ordensschwester als Wohnbereichsleitung zu gewinnen. Es gibt überhaupt keinen Zweifel an der Tauglichkeit der Schwester. Sie machen es trotzdem nicht. Ich habe eine der Schwester mal nach den Gründen gefragt. Diese hat sich nicht getraut, anderen Befehle zu erteilen. Zudem sei die Verantwortung zu groß. Wenn mal etwas schief läuft, hätte sie den Kopf dafür hinhalten müssen. Es ist ganz schwierig, eine Ordensschwester als Leitungskraft zu gewinnen.“ (GL, Leitungskraft)

KOLLEKTIVISTISCHE SOZIALISIERUNG

Trotz des starken Geburtenrückgangs in den vergangenen Jahrzehnten liegt die Geburtenrate in Indien noch bei ca. 2,5 und befindet sich damit über dem Bestandserhaltungsniveau (World Bank 2016b). Gerade in ländlichen Regionen ist die traditionelle Großfamilie, in der mehrere Generationen unter einem Dach zusammenleben, noch weit verbreitet (Banerjee 2008; Griffiths et al. 2002; Singh 2005). In ihr werden Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Geschäftstätigkeiten und Besitztümer geteilt und sie ist der soziale und emotionale Ankerpunkt (Kreuser 2002; Mandelbaum 1970; Sinha et al. 2002; Sinha et al. 2010).

Auch im Alter oder bei Krankheit bleibt die Großfamilie der Lebensmittelpunkt des Einzelnen. In traditionellen Verhältnissen werden Ältere bei Bedarf von Angehörigen versorgt oder informell gepflegt (Khan und Raikwar 2011; Singh 2005). In diesem Zusammenhang spielt auch das typische Altersbild eine Rolle. Älteren wird großer Respekt zuteil, ausgedrückt u. a. in der bereits oben geschilderten Rolle als Familienoberhaupt. Sie gelten als Bindeglied zur Vergangenheit sowie als „Hüter“ von Werten und Allgemeinwissen (Martin 1990; Segal 1999; Singelis et al. 1995). Viele Indier haben deshalb wenig Angst vor dem Altern und Hindus, in ihrem Glauben an die Wiedergeburt, auch nicht vor dem Tod (Erikson 1978; Segal 1999).

In Indien stehen also die Gruppe (= Familie) und der gemeinschaftliche Zusammenhalt im Vordergrund. Entsprechend eindeutig sind die Ergebnisse der Forschung durch Hofstede et al. (2010) in diesem Punkt: Indien ist eine stark kollektivistische Gesellschaft, in der, wie bereits im Theoriekapitel 2.5 dargestellt, nicht die Interessen des Einzelnen dominieren, sondern die des Kollektivs.

Diverse Studienergebnisse zeigten, dass sich der kollektivistische Charakter der indischen Gesellschaft, generiert und reproduziert durch die traditionellen Familienverhältnisse, auf die Beziehungen und die Zusammenarbeit in indischen Unternehmen auswirkt. Zwischen Mitarbeitern und Führungskräften besteht ein reziprokes, emotionales Verhältnis, das auf Fürsorge und Fügsamkeit fußt (Roland 1988; Sinha 1980; Sinha et al. 2010). Indische Mitarbeiter erledigen Aufgaben nicht nur aus eigenem Interesse heraus, sondern auch dem Vorgesetzten und Kollegen zuliebe, um die Beziehungen innerhalb einer Unternehmung zu stärken (Sinha 1984).

In den geführten Interviews wurden der kollektivistische Charakter der indischen Gesellschaft und der große Respekt vor Älteren bestätigt. Im Vergleich mit deutschen Pflegekräften hoben einige Interviewpartner die positivere Einstellung gegenüber Senioren hervor.

„Die indische Mentalität spricht für einen Einsatz in der Altenpflege. In der respektieren den alten Menschen. Der Umgang zwischen alt und jung ist so wie in unserem Grundgesetz in Artikel 1 verankert: Die Würde des Menschen ist für Inder unantastbar. Dieser respektvolle Umgang fehlt vielen Deutschen.“ (JMK, Leitungskraft)

Die befragten deutschen Leitungskräfte berichteten davon, dass indische Pflegekräfte eine hohe emotionale Bindung zu den Pflegebedürftigen aufbauen können. Einige indische Pflegekräfte zeigten wenig Verständnis für den aus ihrer Sicht distanzierteren Umgang zwischen deutschen Angehörigen und Pflegebedürftigen, weil er im Widerspruch zu den eigenen Werten steht.

„Bei meiner Arbeit im Krankenhaus habe ich es dann auch so erlebt – wie viele Menschen hier alleine gelassen werden. Sie haben vielleicht genug Geld, aber oft niemanden, der ihnen zuhört. Dies ist bei uns ganz anders. Wird jemand krank oder hilfebedürftig, ist immer jemand da – Tag und Nacht. Selbst wenn die Kinder ihre Eltern in Deutschland besuchen, bleiben sie nur ein paar Stunden. Bei uns sind sie 24 Stunden da.“ (AT, Pflegekraft)

KOMMUNIKATIONSSTILE

Die hohe Machtdistanz in Indien und der kollektivistische Charakter der indischen Gesellschaft wirken sich auf Kommunikationsstile aus. Diverse Publikationen thematisieren Besonderheiten der nach Hall (1990) stark kontextorientierten Kommunikation in Indien:

- Kritik erfolgt in einem indischen Unternehmen oder der traditionellen Großfamilie meist von oben nach unten. Nur der oberste Chef bzw. das Familienoberhaupt darf i. d. R. alle anderen kritisieren. Mitarbeiter widersprechen Vorgesetzten selten mit einem „Nein“, „Nie“ oder „Unmöglich“ (Kolanad 2010; Lewis 1996; Mitterer et al. 2006).
- Das Gebot der Höflichkeit erlaubt es nur, Kritik indirekt zu äußern. Dies gilt auch auf einer hierarchischen Ebene. In der versuchen, Kritik durch positive Umschreibungen auszudrücken, insbesondere, wenn Dritte an einem Gespräch beteiligt sind. Die offene Kritik vor Anderen kann mit einem Gesichtsverlust verbunden

sein. Sowohl der Empfänger als auch der Sender der Kritik würden bloßgestellt (Kolanad 2010; Nishimura et al. 2008).

- In beruflichen oder privaten Gesprächen vermeiden Inder deshalb direkte Antworten und legen sich seltener als Europäer fest. Stattdessen schmücken sie Aussagen aus, bleiben relativ vage und haben es verinnerlicht, sozial erwünschte Antworten zu geben. Falls Indern etwas unbekannt ist oder sie bei der Bewältigung einer Aufgabe Probleme haben, geben sie dies seltener als Europäer zu (Kapoor et al. 2003; Kolanad 2010).

In indischen Unternehmen zeigte sich ein patriarchalischer Führungsstil wegen (A) der starken Beziehungsorientierung und (B) einer ausgeprägten hierarchischen Distanz zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten als zielführend. Waren Führungskräfte bei einer Studie durch Ansari (1986) (n = 189) fürsorglich, väterlich und aufgabenorientiert („nurturant task“), hatte dies positive Effekte u. a. auf die Arbeitsplatzzufriedenheit und die Bereitschaft, im Unternehmen zu verbleiben. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch Sinha (1984) in ihrer Forschung. Dasgupta et al. (2012) ergänzten die Erkenntnisse in ihrer aktuelleren Untersuchung (n = 400) um Vorteile eines dominanten, selbstbewussten Auftretens von Vorgesetzten bei der Führung indischer Angestellter.

In den Interviews bemängelten die befragten Führungskräfte häufig die Kritikfähigkeit indischer Pflegekräfte. Im Gegensatz zu deutschen Kollegen konnten sich einige Inder schlechter auf solche Situationen einlassen, in denen Kritik erwünscht und gefordert wird.

„Die Anwendung unserer Qualitätsmanagements und der Audits ist auch schwierig, weil sich die Schwestern schnell verletzt fühlen: Es ist schwierig, konstruktiv Kritik zu üben. Die übrigen Mitarbeiter haben bspw. beim ersten Mitarbeitergespräch keine Befürchtungen, weil sie wissen, dass man offen miteinander sprechen kann. Dies ist bei indischen Mitarbeitern schwierig. Sie sind nicht gewöhnt, Kritik zu üben und erfahren auch ungern selbst Kritik.“ (KQ, Leitungskraft)

Indische Pflegekräfte fühlten sich laut der befragten Führungskräfte zum Teil überfordert mit der direkten und selbstbewussten Art von deutschen Patienten und Pflegebedürftigen. Kritische Einwände wurden dann persönlich genommen. Der Erwartungshaltung, eigenständig und selbstsicher aufzutreten, konnten einige indische Pflegekräfte nicht gerecht werden.

„Ich kann mich an eine praktische Prüfung erinnern: Die indische Ordensschwester musste einen Patienten nach Wünschen fragen, bspw. ‚Soll das Licht an oder aus sein?‘, ‚Möchten Sie das Wasser warm oder kalt haben?‘. Der Patient hat zu Beginn geantwortet und die indische Ordensschwester hat genau das getan, was der Patient wollte. Ab einem gewissen Punkt war der Patient allerdings von den Fragen genervt. Er hat von der indischen Ordensschwester Eigeninitiative gewünscht - sie sollte nicht weiter fragen, sondern einfach handeln. Die Ordensschwester hatte diese Reaktion nicht in ihrem Repertoire gehabt und wusste nicht, wie sie damit umgehen sollte. Sie hat dann in Todessehnsucht weiter gefragt – ‚Möchten Sie das Brot mit Butter oder Margarine haben?‘, etc. Der Patient war mehr und mehr genervt. Das hat sich dann so hochgeschaukelt, dass es zu einem ausgewachsenen Streit gekommen ist.“ (TK, Leitungskraft)

„Außerdem fällt es den indischen Schwestern schwer, durch unsere Bewohner abgewiesen zu werden, meist aus ganz nichtigen Gründen. Selbst wenn der Bewohner klar geäußert hat, nicht mehr von einer Ordensschwester gepflegt werden zu wollen, nehmen unsere indischen Schwestern die Zurückweisung nicht einfach so hin.“ (KQ, Leitungskraft)

Einige der befragten Leitungskräfte beobachteten eine Neigung indischer Pflegekräfte dazu, sich gegenüber Außenstehenden zu verschließen. Auf direkte Rückfragen erhielten die Leitungskräfte keine offenen und ehrlichen Rückmeldungen über den eigentlichen Gemütszustand. Auch bei Konflikten wurde davon berichtet, dass indische Pflegekräfte in erster Linie darauf aus sind, einen Gesichtsverlust zu vermeiden.

„Sie würden nie erleben, dass eine Ordensschwester kommt und von einem Krach untereinander berichtet. Sie sagen höchstens, dass man sie nicht fragen soll. Das ist schon sehr viel.“ (GL, Leitungskraft)

Inwiefern indische Pflegekräfte kritikfähig sind und eine direkte Kommunikation mit Kollegen, Leitungskräften und Pflegebedürftigen pflegen, hängt allerdings laut der Interviewrückmeldungen stark vom Einzelnen ab. In anderen Einrichtungen als den oben zitierten wurde davon berichtet, dass eine sehr offene Kultur des Austausches geschaffen werden konnte. Indische Pflegekräfte haben sich dort mit der direkten Art in Deutschland arrangiert und zeigen wenig Scheu, eigene Meinungen offen zu äußern.

„Unsere Ordensschwestern haben von Anfang an bei uns auch ‚Nein‘ gesagt. Unsere Schwestern sind sehr selbstbewusst.“ (JH, Leitungskraft)

Die Aussagen der deutschen Interviewpartner wurden von indischen Pflegekräften und Experten bestätigt. Es wurde zwar immer wieder von Problemen mit einem selbstbewussten Auftreten berichtet sowie insbesondere mit einer selbstsicheren Artikulation eigener Meinungen gegenüber Autoritäten. Gleichzeitig wurde darauf

aufmerksam gemacht, dass der individuelle Charakter des Einzelnen ausschlaggebend dafür ist, wie groß Hemmschwellen zu widersprechen tatsächlich sind.

„They have maybe some problems to say ‘no’. Just very few nurses would say here ‘no’ to a doctor. But there are also some nurses, also in our institute, who said ‘no’ to doctors.“ (SPP, Pflegekraft)

„We have nurses who are smart, have lots of routine and are highly self-confident. They also say ‘no’ in front of authorities.“ (VH, Pflegekraft)

Wie bereits die Ergebnisse der Literaturanalyse zeigten, kann bei indischen Pflegekräften ein besonderer Führungsstil wichtig sein. Empathische Führungskräfte hatten in den befragten Einrichtungen leichter Zugang zu indischen Pflegekräften. Wurde die Rolle des patriarchalischen Vorgesetzter eingenommen, wirkte sich dies positiv aus.

„Leitungskräfte sollten zuallererst offen für alles sein. Das heißt, sie müssen aufgeschlossen, freundlich und kommunikativ sein. Sie müssen mit den Schwestern ins Gespräch kommen können, Smalltalk halten. Die Bedürfnisse und Wünsche der indischen Pflegekräfte müssen erfragt werden. Die Leitungskräfte müssen ‚Türöffner‘ für die Ordensschwester sein. [...] Im Haus sollte ein offenes Miteinander herrschen. Liegt etwas im Argen, sollte die Leitungskraft offen und geradeheraus das Problem ansprechen.“ (SK, Leitungskraft)

„Ein patriarchalischer Führungsstil funktioniert bei den indischen Pflegekräften am besten. Wenn die indischen Pflegekräfte wissen, wer der Chef ist und wer das Sagen hat, läuft alles gut. Damit hat meine Generation, die für die Freiheit/Emanzipation der Frauen gekämpft hat, allerdings so seine Probleme. Die absolute Freiheit darf man den indischen Schwestern nicht geben.“ (KQ, Leitungskraft)

LEBENSSTILE

Auch Lebensstile sind in Indien und Deutschland unterschiedlich, wie die Literaturanalyse zeigte:

- Ehen sind in Indien deutlich stabiler als in Deutschland. Nur rund eine von Hundert indischen Ehen wird nach Singh (2009) geschieden, auch wenn Scheidungsraten in den Großstädten zunehmen. Die überwiegende Mehrheit der Ehen wird früh eingegangen und durch die Eltern arrangiert (McDougall et al. 2011; Sinha et al. 2002). Laut einer Untersuchung durch Schensul et al. (2006) (n = 2.408) wurden lediglich knapp 9 % der Ehen aus Liebe eingegangen.
- Die Einstellungen zu und der Umgang mit Sexualität sind in Indien konservativer als in Deutschland. In der Öffentlichkeit spricht man nicht über Sexualität, ist Küs-

sen ein Tabu und in Filmen die offene Darstellung sexueller Handlungen untersagt (Kolanad 2010; Tieber 2007). In einer Studie von Aggarwal et al. (2000) mit 500 indischen Studenten einer Medizinischen Hochschule in Neu-Delhi hatte nur jeder Fünfte einen Gesprächspartner (Lehrer, Eltern, Freunde des anderen Geschlechts) zum Thema Geschlechtsverkehr. Abraham und Kumar (1999) stellten in ihrer Untersuchung an einer Universität in Mumbai fest, dass 26 % der männlichen Studenten und 3 % der weiblichen bereits Geschlechtsverkehr hatten. In der Befragungsgruppe von Hindin und Hindin (2009) (n = 1.058) fanden 14 % der weiblichen und 33 % der männlichen jungen Erwachsenen vorehelichen Geschlechtsverkehr „ok“. Kakar (1994) machte darauf aufmerksam, dass die Zeugung von Nachwuchs in vielen indischen Ehen die primäre Legitimation für den Geschlechtsverkehr ist.

- Die Kleidung indischer Frauen ist, im Vergleich zu Deutschland, weniger freizügig und figurbetont. In der Öffentlichkeit trägt man in Indien häufiger lange Kleidungsstücke, traditionell bspw. einen Sari, die die Haut weitgehend bedecken (Kolanad 2010).

Aus den eigenen Interviews geht hervor, dass sich einige in Deutschland tätige indische Pflegekräfte an die vergleichsweise freizügigen Lebensstile gewöhnen mussten. Gerade auf Ordensschwwestern und Pflegekräfte aus ländlichen Regionen wirkte die öffentlich gezeigte Nähe zwischen Paaren oder die Schnelllebigkeit einiger Beziehungen befremdlich.

„Als wir [...] in Deutschland waren, haben wir gesehen, dass Mädchen und Jungen miteinander befreundet waren, miteinander über die Straße gegangen sind. Das war für uns am Anfang ein Kulturschock.“ (CF, Pflegekraft)

„Wenn in Indien jemand unglücklich verheiratet ist, bleibt man trotzdem zusammen. Bei uns werden Ehen ein Leben lang geschlossen.“ (AT, Pflegekraft)

Aufgrund der unterschiedlichen Moralvorstellungen und Interessen fiel es in Deutschland ausgebildeten indischen Ordensschwwestern laut der befragten Leitungskräfte zum Teil schwer, sich in die Lebenswelt ihrer deutschen Mitschüler hineinzuversetzen. Im negativen Fall bauen indische Ordensschwwestern Distanz zu ihren nicht-konfessionellen Mitschülern auf und bleiben unter sich.

„Die Interessen der indischen Ordensschwwestern unterscheiden sich von denen ihrer gleichaltrigen Mitschüler sehr stark. Die anderen Mitschüler haben im Gegen-

satz zu den Ordensschwestern für uns ganz gewöhnliche Alltagsinteressen – interessieren sich für die Disko, Kleidung, den Freund oder haben Liebeskummer. Die indischen Ordensschwestern finden hier nicht unbedingt einen Anschluss und können nicht immer mitsprechen. [...] Dies ist auch im Arbeitsalltag so. Sie müssen bspw. auf dem Flur nur eine andere Ordensschwester sehen und entfernen sich dann von [den anderen, d. Verf.]. Diese Ordensschwestern haben wenig Anschluss und möchten diesen auch nicht.“ (SL, Leitungskraft)

Wie zu allen kulturellen Fragestellungen, war die Offenheit gegenüber der relativ freizügigen deutschen Gesellschaft laut der Interviewergebnisse vom Einzelfall abhängig. Das Verhalten einiger indischer Ordensschwestern glich dem gleichaltriger, säkularer Mitschüler.

„Ich glaube, das beschriebene Verhalten ist abhängig von den Charaktereigenschaften. Einige sind unsicher, anderen gelingt es besser, Vertrauen aufzubauen. Einige Ordensschwestern gehen auch mal abends mit den anderen Mitschülern auf eine Party. [...] Sie verhalten sich ihrem Alter entsprechend und machen eine Menge Blödsinn. Eine Ordensschwester verhält sich auch so und somit völlig anders als zu erwarten ist. Sie tuschelt mit Nachbarn, schmeißt Gummibärchen durch die Klasse – alles also, was die anderen auch machen. Sie flirtet auch mit den Jungs - teilweise so auffällig, dass ich ihre Aufmerksamkeit auf den Unterricht lenken muss.“ (SL, Leitungskraft)

Laut der vom Verfasser durchgeführten explorativen Befragung sehen die meisten Probanden keine Probleme damit, sich auf die freizügigeren Lebensstile in Deutschland einzustellen. Mit knapp einem Viertel antwortete nur eine Minderheit, dass das Leben in einer Gesellschaft, die sehr freizügig ist, herausfordernd ist.

RELIGION UND VORSTELLUNGEN VON ZEIT

Mit 828 Mio. Hindus im Jahr 2011 ist der Hinduismus in Indien die am stärksten verbreitete Religion (Croucher et al. 2011; Government of India 2011a). Den Hinduismus zeichnet u. a. der Glaube an die Reinkarnation im Sinne eines wiederkehrenden Kreislaufs (Samsar) aus. Das Zeitverständnis ist dadurch zyklisch bzw. polychron (Hall 1990). Alles was ist, hat sich bereits wiederholt oder kann in einem neuen Leben noch einmal gemacht werden. Zeit wird nicht in dem Maße als kostbares, nicht zu verschwendendes Gut aufgefasst (Broszinsky-Schwabe 2011; Hall 1990; Mitterer et al. 2006).

Auch laut der Interviewergebnisse mussten sich in Deutschland tätige indische Pflegekräfte erst an das andere Zeitverständnis gewöhnen.

„Am Anfang war es normal, dass wir erst um drei oder halb vier gekommen sind, wenn wir eigentlich um zwei zu arbeiten anfangen mussten. In Indien ist es einfach anders.“ (AT, Pflegekraft)

Die indischen Pflegekräfte stellten sich allerdings in aller Regel schnell darauf ein, pünktlich zu beginnen und Pünktlichkeit war in den befragten Einrichtungen kein dauerhaftes Problem.

„Wenn ich jetzt in Indien einen Termin um zwei Uhr hätte, wäre ich auch um Punkt zwei dort. Das habe ich erst hier im Laufe der Zeit gelernt.“ (AT, Pflegekraft)

„Sie [die Ordensschwwestern, d. Verf.] haben sich schon sehr gut akklimatisiert. Am Anfang hatten einige Probleme mit der Pünktlichkeit. [...] Das ist bei unseren Schwestern mittlerweile aber kein Problem mehr.“ (JH, Leitungskraft)

Vereinzelt berichteten Interviewpartner auch von unterschiedlichen Vorstellungen in Bezug auf Arbeitsabläufe und -geschwindigkeit. Einige indische Pflegekräfte nahmen das Arbeitstempo in deutschen Einrichtungen zu Beginn als recht schnell und hektisch wahr.

„Wir sind häufig etwas langsamere Typen. Wir sind nicht so hektisch wie viele Deutsche. Dieses schnelle Arbeiten haben wir erst hier gelernt. [...] Das ist für uns alles neu gewesen.“ (OST, Pflegekraft)

„Zudem hatten sie Probleme mit Zeitabfolgen, dass bestimmte Dinge zu bestimmter Zeit erledigt sein müssen.“ (JH, Leitungskraft)

Die wenigen Rückmeldungen aus den Interviews (siehe Tabelle 19 auf S. 120) weisen darauf hin, dass das Thema Religion keinen großen Stellenwert bei einer Auswanderung nach Deutschland hätte. Grundsätzlich ist es Indern zwar sehr wichtig, die eigene Religion und Spiritualität im Ausland frei ausleben und praktizieren zu können (Brück und Brück 2011; Croucher et al. 2011) - im eigenen Survey äußerte dies mit 53 % auch eine Mehrheit der Respondenten. Aufgrund der Religionsfreiheit in Deutschland sahen die befragten Interviewpartner an dieser Stelle aber keine Herausforderungen.

„Kämen die Pflegekräfte aus Kerala, würden fast ausschließlich Christen zuwandern. Dadurch gibt es keine religiös gearteten Probleme. Anders als in manchen arabischen Ländern, in denen christliche Gottesdienste verboten sind, könnten die zuwandernden Christen in Deutschland auch die Kirche besuchen.“ (JMK, Leitungskraft)

MAßNAHMEN ZUR KULTURSENSIBLEN INTEGRATION

Viele Interviewpartner berichteten über oder bewerteten Maßnahmen zur Unterstützung der Integration indischer Pflegekräfte in Deutschland (siehe Tabelle 19). Empfehlungen umfassten als erstes eine Sensibilisierung für kulturelle Besonderheiten in Deutschland. In interkulturellen Schulungen, die ggf. bereits im Herkunftsland durchgeführt werden und in die Sprachkurse integriert werden könnten, ließen sich Grundlagen der deutschen Kultur vermitteln.

„Eine kulturelle, landeskundliche Orientierung ist [...] ein absolutes Muss – für alle Leute, die nach Deutschland gehen. Dies trifft besonders auf Pflegekräfte zu, da diese vielleicht weniger als IT-Fachkräfte im Internet recherchiert haben, wie das Leben in Deutschland aussieht.“ (SP, Experte)

Laut der Interviewergebnisse wäre es sinnvoll, nicht nur indische Pflegekräfte, sondern auch deutsche Leitungskräfte und Arbeitskollegen vorzubereiten. Ihnen sollten Besonderheiten der indischen Kultur vermittelt werden, um interkulturelle Konflikte im Team zu vermeiden.

„Man sollte mit Maßnahmen bei den Einrichtungen ansetzen. Den Einrichtungen sollte man Unterstützung geben, wenn indische Ordensschwwestern beschäftigt werden. Es sollten Schulungen und Fortbildungen in den Einrichtungen angeboten werden, in denen darauf hingewiesen wird, welche Schwierigkeiten im Arbeitsalltag mit indischen Ordensschwwestern bevorstehen, welche kulturellen Verhaltensweisen und Eigenarten zu erwarten sind.“ (TK, Leitungskraft)

In einigen der befragten Einrichtungen wurden indische Pflegekräfte zu Beginn ihres Deutschlandaufenthaltes durch Mentoren oder Paten unterstützt. Die Paten gaben dort nicht nur Hilfestellungen für die berufliche Integration, sondern auch für die soziale. Sie waren Ansprechpartner für organisatorische Angelegenheiten und förderten die Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten.

„Nach der Einstellung erhalten ausländische Pflegekräfte bei uns einen Mentor. Er stellt alles Mögliche vor, bspw. was gemacht werden muss oder wo man Dinge findet. Falls die neuen ausländischen Mitarbeiter in einem eigenen Familienverbund leben, macht der Mentor nicht mehr, als sich um Arbeitsinhalte zu kümmern. Kommt allerdings jemand alleine zu uns, wird ein Betreuungssystem verabredet. Dies schließt z. B. Einladungen zum Abendessen oder in den Garten des Mentors ein. Außerdem werfen wir ein besonderes Auge auf die neuen Kollegen. Falls z. B. unser Heimfest ist, und die neuen ausländischen Mitarbeiter ziehen sich früher zurück oder kommen gar nicht, ergreifen die Mentoren aufmunternde Maßnahmen.“ (GL, Leitungskraft)

Als Mentoren eigneten sich laut der Interviewpartner vor allem englischsprachige Mitarbeiter mit eigenem Migrationshintergrund, im besten Fall aus Indien. Diese waren gut in der Lage, Probleme der neu in Deutschland lebenden indischen Pflegekräfte nachzuvollziehen.

„Den größten Erfolg mit der Einarbeitung unserer neuen indischen Mitarbeiter haben wir dadurch, dass eine indische Schwester, die schon sehr lange bei uns arbeitet, die Patenschaft im ersten Jahr übernimmt. Der Orden kann sich so selbst regulieren.“ (KQ, Leitungskraft)

Die befragten indischen Ordensschwestern hoben die Bedeutsamkeit einer intensiven Betreuung zu Beginn ihrer Tätigkeit in Deutschland hervor. Sie wurden durch den Austausch mit einer festen Bezugsperson bspw. darin bestärkt, Probleme gegenüber Außenstehenden zu äußern.

„Als ich mein Praktikum gemacht habe, habe ich mich nicht alleine gelassen gefühlt, weil immer jemand für mich da gewesen war.“ (AT, Pflegekraft)

Integrationsmaßnahmen können laut der befragten Leitungskräfte Grenzen gesetzt sein. Werte sind tief im Einzelnen verwurzelt und waren dadurch bei einigen indischen Pflegekräften änderungsresistent.

„Die indischen Ordensschwestern haben über ihre Erziehung und Sozialisation viele Dinge verinnerlicht. Bei uns, im Ausbildungszeitraum, lernen sie völlig neue Verhaltensweisen kennen. Diese Verhaltensweisen sind ‚adressiert‘ und deshalb nicht so stark verankert wie die verinnerlichte Sozialisation.“ (TK, Leitungskraft)

„Die meisten Verhaltensregeln lernt man in der Kindheit. Falls bspw. ein Kind nicht zur Sauberkeit erzogen wurde, wird es das niemals mehr lernen. Ich weiß nicht, ob solche kulturellen Veränderungen überhaupt vermittelt werden können.“ (KQ, Leitungskraft)

4.3 Ergebnisse zu Chancen und Hemmnissen aus der Sicht Indiens

Dieses Kapitel führt Chancen und Hemmnisse der Migration indischer Pflegekräfte für das Herkunftsland Indien in Bezug auf die folgenden Teilaspekte zusammen:

- Ökonomische Effekte von Migration mit einem Schwerpunkt auf den südindischen Bundesstaat Kerala (Kapitel 4.3.1)
- Auswirkungen von Migration auf das Humankapital in Indien (Kapitel 4.3.2)

4.3.1 Ökonomische Effekte von Migration in Indien

Im folgenden Kapitel werden wirtschaftliche Folgen der Migration in Indien diskutiert mit Schwerpunkt auf dem südindischen Kerala. Vorher erfolgt, zum besseren Überblick, eine Einordnung der recherchierten Literatur.

(A) ÜBERSICHT ÜBER DIE LITERATURRECHERCHE

Die Ergebnisse in diesem Kapitel wurden ausschließlich durch die Sekundäranalyse gewonnen. Die Suchstrategien mit Funden fasst die Tabelle 20 zusammen.

Tabelle 20: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Ökonomische Effekte von Migration in Indien“

SUCHBEGRIFFE/-STRATEGIE	TREFFER				LITERATUR
	WoS	PM	CIN	BEREINIGT	
remittances + India	94	7191*	0	5	Adams Jr. 1998; Adams und Page 2005; Massey et al. 1993; Rozelle et al. 1999; Yang 2008
remittances + development	603	52080*	5	11	Gammeltoft 2002; Giuliano und Ruiz-Ar-ranz 2009; Haas 2005; Jones 1998; Keely und Tran 1989; Mazzucato 2011; Nyberg-Sørensen et al. 2002; Puri und Ritzema 1999; Ratha 2005; Stark 1993; Taylor 1999
remittances + Kerala	15	172	0	1	Zachariah et al. 1999
Kerala + migration	82	110	1	4	Prakash 1998; Timmons et al. 2016; Wal-ton-Roberts 2012; Zachariah et al. 2001
Schneeballverfahren				12	Angenendt 2012; George und Remya 2010; Heringa 2010; Irving et al. 2010; Mallick 2010; Punnamparambil 2008; Ra-jan und Kumar 2010; Rajan und Suken-dran 2010; Walton-Roberts 2010; World Bank 2011; Zachariah und Rajan 2009; 2010
Gesamt				33	

Quelle: Eigene Darstellung

Abkürzungen: WoS = Web of Sciences; PM = PubMed; CIN = CINAHL

* Die Suchstrategie hat sich an dieser Stelle nicht bewährt und eine Bereinigung der Treffer fand nicht statt. Es wurde medizinische Literatur ausgegeben (Remissionen in der Medizin = Besserung von Krankheitssymptomen), die nicht für den Gegenstand dieses Kapitels relevant ist.

DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Indische Arbeitskräfte wandern seit Jahrzehnten in großer Menge ins Ausland aus. Die Weltbank schätzte die Zahl der indischen Auswanderer im Jahr 2010 auf 11,4 Mio. Lediglich Mexiko wies mit 11,9 Mio. Auswanderern im weltweiten Vergleich noch eine höhere Zahl auf (World Bank 2011). Angefangen mit einer ersten Wanderungswelle nach Großbritannien im Jahr 1946 im Zuge der Unabhängigkeit, führte der Bauboom in der Golfregion in den 1970er Jahren zu einer zweiten Phase der Migration indischer Arbeitskräfte (Prakash 1998; Zachariah et al. 1999). Nach wie vor sind die Golfstaaten mit geschätzt rund 3,2 Mio. indischen Staatsangehörigen Ende der 2000er Jahre die Hauptzielregion (Zachariah und Rajan 2009). Seit dem IT-Boom in den 1990er Jahren wandern Inder vermehrt auch in die westlichen Industrieländer aus (Rajan und Kumar 2010).

Die Zahl der im Ausland lebenden Menschen aus Kerala betrug im Jahr 2007 un-gefähr 1,85 Mio. (Zachariah und Rajan 2010). Zusätzlich hatten 0,89 Mio. Keralesen

eine Migrationsvergangenheit und waren mittlerweile wieder in die Heimat zurückgekehrt (Zachariah und Rajan 2009).

Auch die Migration von Pflegekräften spielt in Kerala eine sehr wichtige Rolle. Nach Nair (2007b) stammen ungefähr 90 % der innerhalb Indiens und in die Golfstaaten migrierenden Pflegekräfte aus Kerala. Laut Walton-Roberts (2010) bildet Kerala in der Pflege zu einem großen Teil nicht für den eigenen Bedarf aus, sondern für den nationalen und internationalen Export.

Migranten halten im Ausland Beziehungen in die Heimat aufrecht. Geld wird in das Herkunftsland transferiert, um Familienangehörige zu unterstützen oder Investitionen in der Heimat zu tätigen (Castles 2009; Haas 2005; Mazzucato 2011). Diese auch so bezeichneten Remissionen sind v. a. für Entwicklungs- und Schwellenländer ein bedeutsamer Wirtschaftsfaktor.

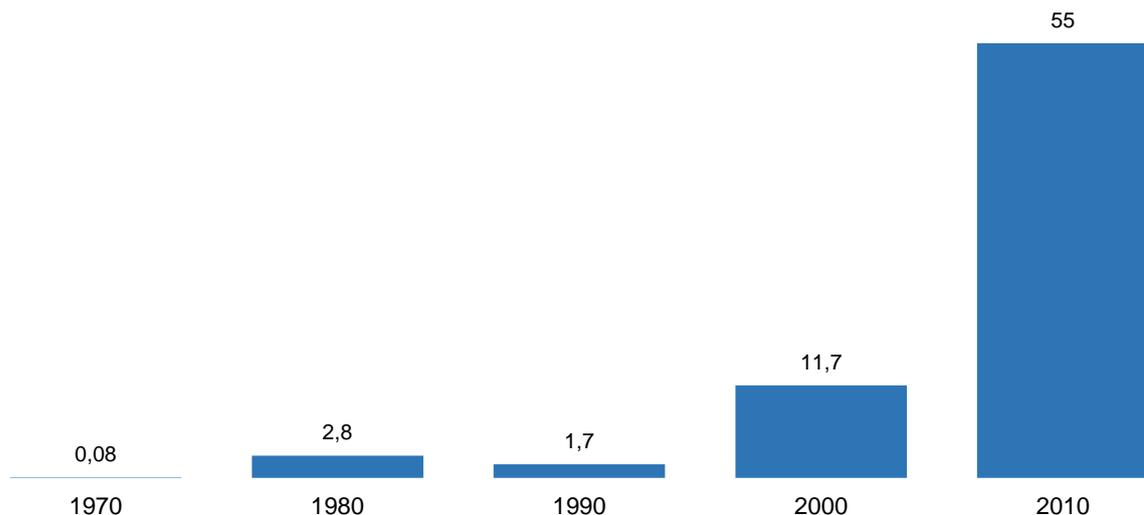
„Remittances represent the most direct, immediate, and far-reaching benefits to migrants and their countries of origin.“ (Mallick 2010, S. 33)

Stark (1993, S. 12) spricht in diesem Zusammenhang von Migranten als „finanziellen Intermediären“. In der Logik der Autorin profitieren landwirtschaftliche Einzelunternehmungen von Remissionen durch einen Schuldenabbau, die Anschaffung neuer Produktionsmittel und das Generieren von Vermögenswerten. Eine Kommerzialisierung mit größerer Risikodiversifikation wird dadurch erleichtert. Die Annahmen werden exemplarisch durch Adams Jr. (1998) bestätigt. In ihrer pakistanischen Untersuchung in 469 Haushalten mit einem landwirtschaftlichen Kleinbetrieb wurden Geldtransfers aus dem Ausland in erster Linie nicht privat konsumiert, sondern in den Erwerb von bewässertem und regenwassergespeistem Land investiert. Auch Jones (1998) machte auf die entwicklungspolitischen Potenziale von Remissionen für die ländliche Bevölkerung in Entwicklungsländern aufmerksam.

Weltweit flossen im Jahr 2010 laut Irving et al. (2010) Remissionen in Höhe von insgesamt 325 Mrd. US-Dollar. Damit betragen sie das Zweieinhalbfache der 129 Mrd. US-Dollar an öffentlichen Entwicklungsgeldern, die von allen Industriestaaten gemeinsam bereitgestellt wurden (Angenendt 2012; OECD 2012b). Nicht berücksichtigt werden können Bargeld und über informelle Kanäle geflossene Remissionen. Die tatsächliche Summe der finanziellen Transfers durch Angehörige ist deshalb substanziell höher als die offiziell erfasste (Nyberg-Sørensen et al. 2002).

Indien empfing im Jahr 2008 mit rund 55 Mrd. US-Dollar weltweit die meisten Remissionen (World Bank 2011). Der offizielle Geldfluss entsprach damals ungefähr 3 % des indischen Bruttoinlandsproduktes (Rajan und Sukendran 2010). Er hatte sich seit 1970 mit steigendem Migrationsaufkommen deutlich erhöht, mit den größten Zuwächsen in der jüngeren Vergangenheit (Abbildung 19).

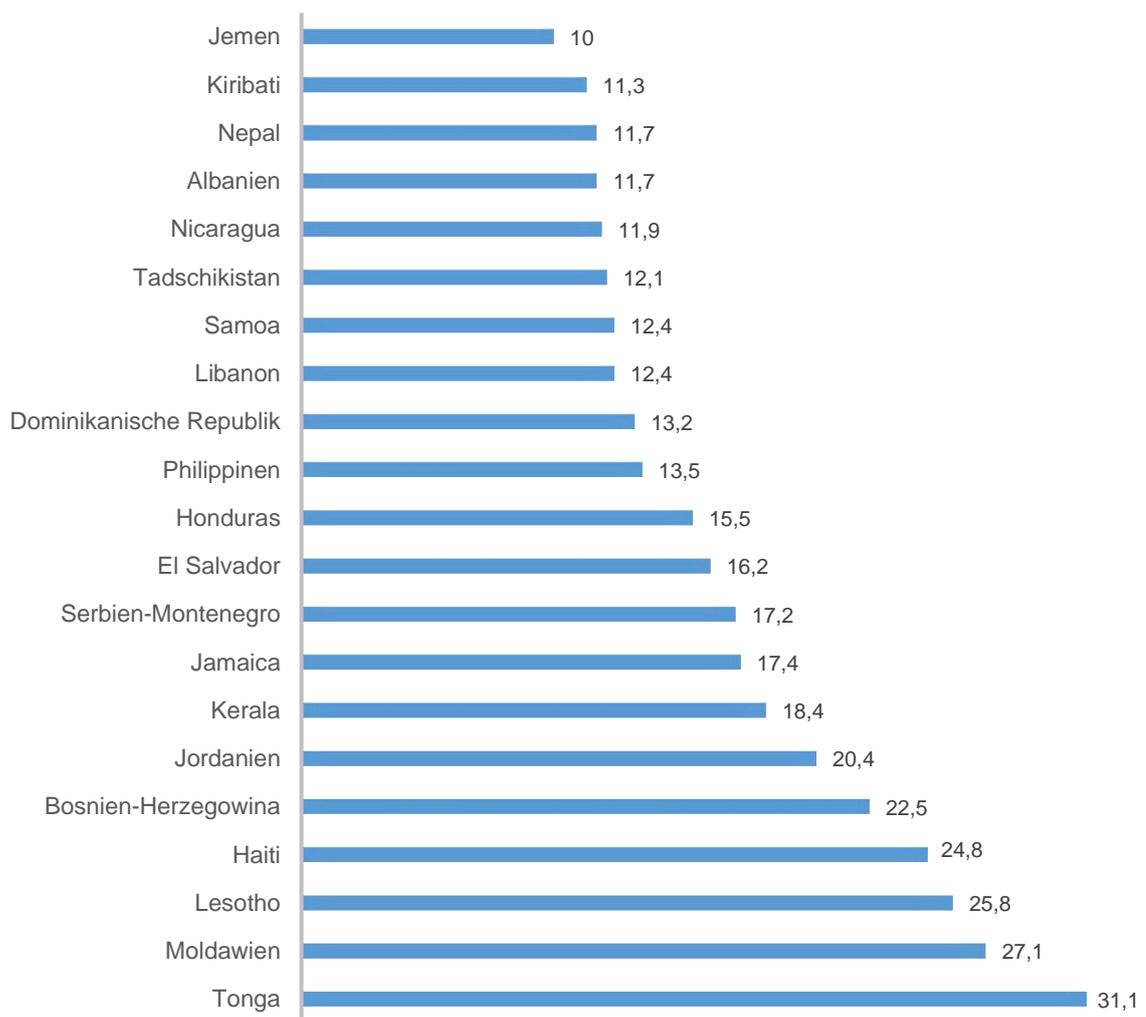
Abbildung 19: Entwicklung der Remissionen nach Indien seit 1970 (in Mrd. US-Dollar)



Quelle: Eigene Darstellung nach World Bank (2011); Zachariah und Rajan (2009, S. 58).

Rund ein Fünftel der indischen Rücktransfers werden nach Kerala getätigt, obwohl dort weniger als 3 % der indischen Bevölkerung leben (Zachariah und Rajan 2010). Im Jahr 2007 flossen rund 4 Mrd. Euro aus dem Ausland nach Kerala, was laut Zachariah und Rajan (2010) ungefähr 18 % des Bruttoinlandsproduktes entsprach. In nur sechs Staaten mit deutlich geringerer Bevölkerungszahl tätigten Migranten laut George und Remya (2010) mehr Geldtransfers in die Heimat (Abbildung 20).

Abbildung 20: Anteil der Remissionen am Bruttoinlandsprodukt in Prozent (Top 20 weltweit)



Quelle: Eigene Darstellung nach George und Remya (2010, S. 71)

Auch aus Deutschland wurden Rücktransfers in nennenswerten Größenordnungen nach Kerala getätigt. Punnamparambil (2008) schätzt, dass in der deutschen Pflege beschäftigte keralesische Ordensschwwestern jährlich rund 20 Mio. Euro in die Heimat transferieren.

Remissionen haben direkte und indirekte Effekte. Direkt erhöhen sie die Einkommen der in der Heimat verbliebenen Familien (Massey et al. 1993). Der Geldfluss findet dabei von relativ reichen Haushalten der im Ausland lebenden Angehörigen zu den relativ armen Familien in der Heimat statt (Mallick 2010). Remissionen tragen dadurch zur Armutsreduktion bei (Adams und Page 2005). Zachariah und Rajan (2009) errechneten bei ihrer Haushaltsbefragung (n = 10.000), dass die geflossenen Summen in Kerala im Jahr 2003 für den Kauf von 40 kg Reis im Monat für jeden der 32,5 Mio. Einwohner ausreichten.

Indirekt entstehen durch Remissionen Spillover-Effekte - also Auswirkungen für die gesamte Bevölkerung, unabhängig davon, ob ein Angehöriger im Ausland lebt und Geld sendet oder nicht (Prakash 1998). Spillover-Effekte umfassen u. a. steigende Lohnniveaus, neue Beschäftigungsmöglichkeiten oder höhere Grundstückspreise. In Kerala wurden bspw. neue Arbeitsplätze in der Bauwirtschaft geschaffen durch einen Zuwachs an ausländischen Kapitalanlagen in Immobilien (Mallick 2010; Prakash 1998; Zachariah und Rajan 2009).

Remissionen können sich auch auf die soziale Situation in Herkunftsstaaten auswirken. Geldtransfers werden oft in die Ausbildung von Familienangehörigen investiert – es werden bspw. in der Heimat gebliebene Geschwister bei ihrem Studium finanziell unterstützt (Yang 2008). Somit tragen Remissionen auch zur Aufwertung und Bildung von Humankapital bei (Mallick 2010).

Im Gegensatz zu anderen Formen des Kapitalflusses an Entwicklungsländer (Direktinvestitionen, öffentliche oder private Entwicklungsgelder) sind Remissionen verlässlicher, weil sie weniger Schwankungen ausgesetzt sind und bei schwacher Konjunktur relativ stabil bleiben (Gammeltoft 2002; Giuliano und Ruiz-Arranz 2009; Keely und Tran 1989; Puri und Ritzema 1999; Ratha 2005). Sie fallen sogar tendenziell höher aus bei makroökonomischen Schocks (Wirtschaftskrisen, Naturkatastrophen, politische Unruhen usw.), falls eigene Angehörige betroffen sind (Zachariah und Rajan 2009). Dadurch fördern Remissionen eine Beruhigung der volkswirtschaftlichen Situation in Krisenregionen und -zeiten.

Laut Rajan und Kumar (2010) ist Migration - und hiermit sind insbesondere die damit verbundenen Remissionen gemeint - eine Hauptursache für die positive ökonomische und soziale Entwicklung in Kerala. Die Geburten-, Sterbe- und Alphabetisierungsraten erreichen mittlerweile annähernd westliche Verhältnisse und das Einkommensniveau zählt zu den höchsten in Indien (Heringa 2010; Zachariah et al. 2001).

Remissionen sind allerdings nicht immer uneingeschränkt positiv und ein größerer Migrationssaldo geht nicht unter allen Bedingungen mit höheren Geldtransfers einher. In Kerala leben in rund einem Viertel aller Haushalte Angehörige im Ausland. Zählt man noch Binnenmigranten hinzu, können maximal 40 % aller Familien Rücktransfers von im Ausland bzw. in anderen Bundesstaaten lebenden Angehörigen

empfangen (Mallick 2010). Soziale Unterschiede hatten sich in Kerala schon vor geraumer Zeit vergrößert, weil Remissionen in der Bevölkerung ungleich verteilt sind (Taylor 1999).

In einer Untersuchung durch Rozelle et al. (1999) in 787 nordostchinesischen Landwirtschaftshaushalten hing die Remissionshöhe negativ mit der Maisproduktion zusammen. Im Ausland lebende Familienangehörige waren weniger bereit, in hochriskante Unternehmungen zu investieren, u. a. wegen der staatlichen Auflage, dass unproduktives Ackerland neu verteilt wird.

Auch Haas (2005) und Taylor (1999) machten auf unattraktive Rahmenbedingungen einer Investitionsentscheidung in vielen Herkunftsländern aufmerksam. In ihren Übersichtsarbeiten sprechen sich die Autoren für eine freizügigere Migrationspolitik und für Maßnahmen zur Bindung von Migranten an ihre Herkunftsgesellschaft aus, um die Potenziale von Remissionen auszuschöpfen.

4.3.2 Auswirkungen auf das Humankapital

Gegenstand des folgenden Kapitels sind Auswirkungen der Auswanderung auf das Humankapital in Indien, d. h. negative und positive Folgen von Migration für den indischen Arbeitsmarkt. Zunächst folgt eine Übersicht über die für dieses Kapitel relevanten Ergebnisse aus Literaturrecherche, Interviews und explorativer schriftlicher Befragung.

(A) ÜBERSICHT ÜBER DIE LITERATURRECHERCHE

Auswirkungen der Migration von Pflegekräften auf das Humankapital in Herkunftstaaten wurden auf der Grundlage einer gezielten Literaturrecherche skizziert. Die Suchstrategien samt Funden fasst die Tabelle 21 zusammen.

Tabelle 21: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Auswirkungen auf das Humankapital“

SUCHBEGRIFFE/-STRATEGIE	TREFFER				LITERATUR
	WoS	PM	CIN	BEREINIGT	
brain drain + India	79	163	6	9	Agrawal et al. 2011; Chacko 2007; Docquier und Rapoport 2012; Holdaway et al. 2015; Kaushik 2008; Kaushik et al. 2008; Saxenian 2002; Saxenian et al. 2002; Varma und Kapur 2013
brain gain + India	17	128	1	2	Daugeliene und Marcinkeviciene 2009; Sheikh et al. 2012
human resources + migration + India	36	80	1	1	Rao et al. 2011
labour market + migration + India	70	12	0	0	-
brain drain + nurses	104	70	38	2	Clemens und Pettersson 2008; Kirigia et al. 2006
brain gain + nurses	69	19	1	0	-
Schneeballverfahren				42	Agunias 2006; Bhagwati und Hamada 1974; Bhargava und Docquier 2007; Bhargava et al. 2011; Black et al. 2004; Boschi-Pinto et al. 2008; Castles 2009; CIM o. J.; Chauvet et al. 2010; Chand und Clemens 2008; Clemens und Pettersson 2006; Commander et al. 2008; Dumont 2010; Findlay 2001; Gopalan 1998; Goyal und Yusuf 2006; Grebmer et al. 2009; GTZ 2004; Haour-Knipe und Davies 2008; Holländer und Tepel 2009; Jamuna 2005; Kapur 2010; Kearney et al. 2005; Khadria 2009; Kumar 2005; Lowell und Findlay 2001; Marchal und Kegels 2003; Martineau et al. 2004; OECD 2012a; Padarath et al. 2003; Pang 2002; Prakash 2005; Schaaf 2005; Shaji et al. 2010; Shukla et al. 2002; Stilwell et al. 2004; Taylor und Dhillon 2011; Thränhardt 2005; Ulrich 2007; Wadhwa et al. 2007; WHO 2010; 2016; World Bank 2016a;
Gesamt				56	

Quelle: Eigene Darstellung

Abkürzungen: WoS = Web of Sciences; PM = PubMed; CIN = CINAHL

(B) ÜBERSICHT ÜBER DIE INTERVIEWERGEBNISSE

Die Interviewergebnisse sind in diesem Kapitel wenig relevant. Sie ergänzen die Resultate der Literaturrecherche lediglich in Hinblick darauf, inwiefern und durch welche begleitenden Maßnahmen in der deutschen Altenpflege erworbene Kenntnisse nach einer Rückkehr in Indien verwertbar wären. 16 Interviewpartner äußerten sich zu dieser Fragestellung. Falls sie grundsätzlich der Meinung waren, dass altenpflegerisches Wissen auch in Indien nützlich ist oder Maßnahmen für die bessere

Verbreitung dieses Wissens vorgeschlagen wurden, wurden die Antworten als positiv bewertet (= Plus in der Tabelle 22).

Tabelle 22: Antworten auf die Verwertbarkeit alternpflegerischer Kenntnisse in Indien

KATEGORIEN	IND. PFLEGEKRÄFTE			LEITUNGSKRÄFTE			EXPERTEN			GESAMT		
	o	+	-	o	+	-	o	+	-	o	+	-
Verwertbarkeit Know-how Altenpflege in Indien	1	2	1	3	12	3	9	16	9	13	30	13

Quelle: Eigene Darstellung

(C) ÜBERSICHT ÜBER DIE ERGEBNISSE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG

Die schriftlichen Befragungsergebnisse sind in diesem Kapitel wenig relevant. Sie ergänzen nur an einer Stelle die Ergebnisse der Sekundäranalyse durch die Auswertung des Items „The opportunity to migrate has influenced my decision to choose nursing education“ (128 gültige Antworten).

NEGATIVE ARBEITSMARKTEFFEKTE

Im Kapitel über die migrationstheoretischen Ansätze (Kapitel 2.5.1) wurde bereits auf das in der Forschung kontrovers diskutierte Phänomen „Brain Drain“ hingewiesen. Hierunter wird ein „Verlust“ von Arbeitskräften und Ausbildungsinvestitionen verstanden, meist für Entwicklungs- und Schwellenländer.

Die Argumentation ist i. d. R. wie folgt: Durch eine Auswanderung in die Industrieländer reduziert sich das Arbeitskräfteangebot in den Herkunftsregionen. Die in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern ohnehin schon unzureichende Ausstattung mit Gesundheits- und Pflegepersonal nimmt weiter ab. Im Zuge des ansteigenden Fachkräftemangels verschlechtert sich die Gesundheitsversorgung für die einheimische Bevölkerung, vor allem in dünn besiedelten ländlichen Regionen. Zudem wandern zumeist die besonders gut qualifizierten Fachkräfte ab, wodurch das Gesundheits- und Pflegepersonal im Herkunftsland nicht nur quantitative, sondern auch qualitative Verluste hinnehmen muss (Martineau et al. 2004; Rao et al. 2011).

Es profitieren nur die Industriestaaten. Sie können bestehende Engpässe auf ihren Arbeitsmärkten flexibel abfedern. Die zuwandernden Pflegekräfte kommen „kostenlos“. Sie wurden in ihren Herkunftsstaaten ausgebildet. Die Industrieländer waren

nicht an den Ausbildungskosten beteiligt (Marchal und Kegels 2003; Padarath et al. 2003).

Zahlreiche Veröffentlichungen dokumentieren vor allem in afrikanischen Staaten Beispiele für einen solchen Brain Drain im Zuge der Migration von Gesundheitspersonal.

- Pang (2002) ging davon aus, dass jährlich rund 23.000 akademische Fachkräfte des Gesundheitswesens aus afrikanischen Staaten auswandern.
- Die GTZ (2004) prognostizierte, dass drei Viertel der in Sambia ausgebildeten Ärzte ausgewandert sind.
- Nach Stilwell et al. (2004) umfasste die Zahl der in Portugal beschäftigten kapverdischen Pflegekräfte ein Fünftel des in der Heimat tätigen Personals, für São Tomé und Príncipe sollen es beinahe 50 % sein.
- Kirigia et al. (2006) bezifferten in ihrer Studie den finanziellen „Verlust“ jeder auswandernden kenianischen Pflegekraft auf ca. 340.000 US-Dollar und jedes kenianischen Arztes auf knapp 520.000 US-Dollar.
- Nach Clemens und Pettersson (2006) ist Subsahara-Afrika weltweit am meisten von medizinischem Brain Drain betroffen. In den einzelnen Ländern lagen die Auswanderungsraten unter Ärzten bei über 20 % - verglichen mit 13 % in Südasien und weniger als 10 % in anderen Regionen. In einer neueren Studie durch Clemens und Pettersson (2008) errechneten die Autoren, dass im Jahr 2000 rund 65.000 in Afrika geborene Ärzte in Industrieländern tätig waren und 70.000 Pflegekräfte. Damit waren ein Fünftel aller afrikanischen Ärzte ausgewandert und ein Zehntel aller afrikanischen Pflegekräfte. Im Ausland waren doppelt so viele liberianische Ärzte tätig als in Liberia. Auf eine in der Heimat tätige gambische Pflegekraft entfielen zwei Kräfte, die in Industrieländer ausgewandert waren.
- Mehr als 80 % der im Inland ausgebildeten Pflegekräfte aus Jamaika und anderen karibischen Staaten sind nach Ulrich (2007) vermutlich im Ausland tätig.
- Nach Chand und Clemens (2008) beläuft sich der finanzielle Verlust durch die Auswanderung von Ärzten und Pflegekräften in Südafrika auf 1. Mrd. US-Dollar.
- Kaushik (2008) untersuchten am AIIMS, einer renommierten indischen Hochschule, das Ausmaß der Abwanderung ins Ausland. Sie fanden heraus, dass

54 % der zwischen 1989 und 2000 ausgebildeten Ärzte mittlerweile im Ausland leben. In einer weiteren Studie durch Kaushik et al. (2008) zum gleichen Thema konstatierten die Autoren, dass Ärzte, die ihren Abschluss an den besten Universitäten Indiens gemacht hatten, zwei bis vier Mal häufiger in die USA oder Großbritannien auswandern als Absolventen der am wenigsten renommierten Hochschulen.

Die Aussicht, auszuwandern kann zudem einen Ausbildungs-Mismatch zur Folge haben: Jugendliche entscheiden sich für Ausbildungen, bei denen es an Beschäftigungsmöglichkeiten mangelt. So erhöhte sich bspw. in Kerala die Zahl der Universitätsabsolventen, weil mit einem akademischen Abschluss bessere Chancen auszuwandern erwartet wurden (Zachariah und Rajan 2009). Nach ihrer Ausbildung hatten nicht alle der hoch qualifizierten Fachkräfte die Möglichkeit, sofort zu migrieren. Viele wurden durch den Mangel an adäquaten Beschäftigungsmöglichkeiten in der Heimat arbeitslos (Zachariah und Rajan 2009).

Studien dokumentieren in Entwicklungs- und Schwellenländern auch eine Ersatzmigration mit negativen Folgen für die lokalen Arbeitsmärkte. So kann Migration zu einer steigenden Nachfrage nach Arbeitskräften in Herkunftsregionen führen. Löhne können dadurch steigen und damit die Attraktivität einer Zuwanderung für Arbeitskräfte aus Gebieten mit einem niedrigeren Einkommensniveau. In einigen Branchen ist in Kerala das Lohnniveau mittlerweile deutlich höher als in anderen indischen Bundesstaaten (Zachariah und Rajan 2009). Der Mangel an Bauarbeitern, die in großen Zahlen in die Golfstaaten ausgewandert waren, hatte eine Zuwanderungswelle aus angrenzenden Bundesstaaten zur Folge (Zachariah und Rajan 2009). Die Nettozuwanderung überstieg in den letzten Jahren dadurch die Nettoauswanderung. Als Folge nahm die Konkurrenz um Arbeitsplätze erneut zu, die Arbeitslosigkeit unter keralesischen Arbeitskräften vergrößerte sich und das Lohnniveau sank wieder (Zachariah und Rajan 2009).

Zum Schutz der Herkunftsstaaten vor negativen Auswirkungen der Migration hat die WHO im Jahr 2010 den „Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel“ vorgelegt (Taylor und Dhillon 2011; WHO 2010). Er fordert, dass sich Zielländer bei der Gewinnung von Pflegekräften an ethischen Grundsätzen orientieren. Der Verhaltenskodex regt an, Arbeitsmigration von Gesundheits-

personal so zu steuern, dass diese im Einklang mit den Rechten, Pflichten und Erwartungen von Zielländern, Herkunftsregionen und der Migranten steht (WHO 2010). Negative Begleiterscheinungen von Migration in Herkunftsländern sind zu minimieren, positive zu fördern. Direkte Kooperationen zwischen dem Herkunfts- und Zielland werden empfohlen. Bilaterale Austauschprogramme, bei denen Gesundheitspersonal aus ärmeren Regionen und reicheren Ländern im jeweiligen Partnerland tätig oder ausgebildet wird, sollen durch den WHO-Verhaltenskodex angeregt werden. Zur Förderung der Gesundheitswesen und der Gesundheitsberufe in weniger entwickelten Ländern, werden die wirtschaftsstarken WHO-Mitgliedsstaaten ermutigt, technische und finanzielle Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Ferner werden potenzielle Zielländer angehalten, kein Gesundheitspersonal aus solchen Regionen mit einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften aktiv zu rekrutieren. Gleichzeitig stellt der Code klar, dass Migrationsoptionen für Gesundheitspersonal nicht einzuschränken und die persönlichen Freiheiten der Migranten zu wahren sind, wenn sie im Einklang mit nationalen Gesetzen stehen.

„[...] Nothing in this Code should be interpreted as limiting the freedom of health personnel, in accordance with applicable laws, to migrate to countries that wish to admit and employ them.“ (WHO 2010, Article 3 – Guiding Principles, S. 2.)

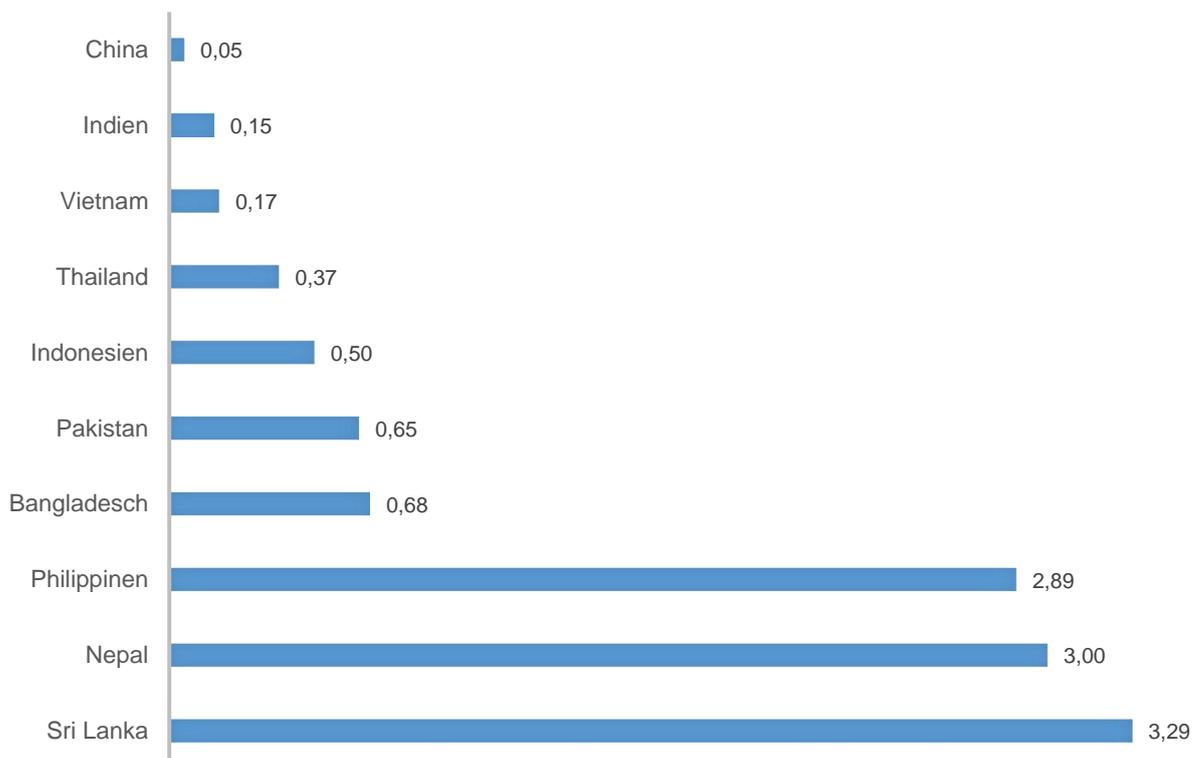
In ihrem Verhaltenskodex nennt die WHO keine einzelnen Herkunftsländer, die besonders schutzbedürftig sind. In älteren Veröffentlichungen identifizierte sie insgesamt 57 Staaten mit einem akuten Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, von denen die meisten in Afrika sind (WHO 2006, S. 18). In diesen Ländern lag die Zahl der beschäftigten Pflegekräfte, Hebammen und Ärzten unter 2,28 auf 1.000 Einwohner. Auch Indien wurde zu den Ländern mit einem kritischen Defizit an Pflegekräften gezählt, weil in den Referenzjahren 2004/5 auf 1.000 Inder lediglich 1,87 Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen entfielen (eigene Berechnungen nach WHO 2006, S. 192).

ÜBER EINE BRAIN DRAIN-KRITIK ZU POSITIVEN ARBEITSMARKTEFFEKTEN

Die Anwerbung von Gesundheitspersonal in größeren Zahlen durch Industrieländer kann sich vor allem in kleinen Entwicklungs- und Schwellenländern negativ auf die Ausstattung mit Fachkräften auswirken. Die eindrucklichsten Beispiele zu Brain Drain wurden in afrikanischen Staaten mit geringer Bevölkerungszahl gewonnen. In bevölkerungsreichen Ländern wie Indien beeinflusst Migration das inländische Arbeitskräfteangebot weniger. Die Migranten machen quantitativ dort keinen substantiellen Anteil an der Gesamtausstattung mit Fachkräften im Gesundheitswesen aus (Docquier und Rapoport 2012, Dumont 2010).

Laut Docquier und Rapoport (2012) arbeiteten im Jahr 2000 rund 1 Mio. über 25-jährige Inder mit einem Hochschulabschluss im Ausland. Ihre absolute Zahl wird damit weltweit nur noch von Philippinern übertroffen (1,1 Mio.). Trotzdem fallen die im Ausland lebenden indischen Hochqualifizierten im Verhältnis zum gesamten Erwerbspersonenpotenzial (= Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 65 Jahren) nach der OECD (2012a) mit 0,15 % wenig ins Gewicht. Von den in der Abbildung 21 betrachteten asiatischen Ländern ist der Quotient lediglich in China (0,05 %) kleiner.

Abbildung 21: Im Ausland lebende asiatische Hochqualifizierte in Relation zum Erwerbspersonenpotenzial (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD (2012a, S. 182)

Zu ähnlichen Resultaten kamen Docquier et al. (2009) sowie Docquier und Rapoport (2012) in ihren weltweiten Analysen zu Wanderungsbewegungen unter Hochqualifizierten. Knapp 4,3 % der indischen Universitätsabsolventen waren im Jahr 2000 im Ausland tätig. Die Autoren zählten Indien damit zu den Ländern, die am wenigsten von einer Fachkräfteauswanderung betroffen waren.

Seit den 1970er Jahren wird wie oben gesehen vor den Folgen der Fachkräftemigration gewarnt. Humankapital, so das Hauptargument, geht in weniger entwickelten Herkunftsländern „verloren“ (Bhagwati und Hamada 1974). Dieser Zusammenhang ist allerdings nicht in allen untersuchten Fällen evident, wie verschiedene Autoren in der jüngeren Vergangenheit zeigten.

- Clemens (2007) analysierte Metadaten zu migrierenden Ärzten und Pflegekräften aus afrikanischen Staaten. Eine exogene Verringerung der Auswanderung war nicht mit einer höheren Zahl an Gesundheitsfachkräften im Inland assoziiert. Der Autor kam zu dem Schluss, dass sich Emigration eher positiv auf die Ausstattung mit Gesundheitspersonal in afrikanischen Herkunftsländern auswirkt, weil sich wegen guter Auswanderungschancen mehr Nachwuchs für eine Ausbildung im Gesundheitswesen entscheidet.
- Chand und Clemens (2008) untersuchten auf den Fidschi-Inseln die Folgen der Fachkräfteauswanderung auf das einheimische Humankapital. Bei ihrem Quasi-Experiment erhöhten sich nach einem exogenen Schock nicht nur die Emigrationsraten, sondern auch die getätigten Investitionen in tertiäre Ausbildung. Die Zahl der Universitätsabsolventen nahm zu und dadurch auch die der Akademiker auf den Fidschi-Inseln.
- Die Ergebnisse von Clemens (2007) und Chand und Clemens (2008) wurden durch Bhargava et al. (2011) in einer Untersuchung von Effekten der Ärztemigration auf Indikatoren der menschlichen Entwicklung in afrikanischen Staaten relativiert. Auch in ihrem Modell, beruhend auf Daten aus den Jahren 1991 bis 2004, hingen die wahrgenommenen Chancen einer Auswanderung positiv mit der Aufnahme eines Medizinstudiums zusammen. Die Effekte fielen allerdings zu gering aus, um auf einen „Brain Gain“ zu schließen.

- Walton-Roberts (2010, 2015) zeigte in ihren Veröffentlichungen, dass Migrationsoptionen die Pflegeausbildung in Kerala beeinflussen. Die Zahl der Ausbildungseinrichtungen und -kapazitäten nahm laut der Autorin im Zuge vermehrter Auswanderung keralesischer Pflegekräfte deutlich zu.
- Timmons et al. (2016) untersuchten in ihrer qualitativen Studie die Auswirkungen der Globalisierung auf den Pflegeberuf in Kerala. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass Migration mit einer Aufwertung des Berufsstandes verbunden war, mit eindeutig positiven Auswirkungen auf die Zahl der Neuimmatrikulationen in Pflegestudiengängen.

Die Resultate der eigenen schriftlichen Befragung folgen tendenziell den Erkenntnissen der Literaturergebnisse. Fast zwei Drittel der indischen Pflegekräfte, Pflegestudenten und Lehrkräfte stimmten der Aussage „The opportunity to migrate has influenced my decision to choose nursing education“ voll zu oder zu, weniger als ein Viertel lehnte sie ab. Obwohl in der eigenen Befragungsgruppe also zahlreiche Respondenten wegen besserer Migrationsaussichten eine Pflegeausbildung ergriffen, waren sie zum Zeitpunkt der explorativen Befragung in Indien tätig.

Auch die in der Brain Drain-Forschung postulierten negativen Zusammenhänge zwischen der Migration von Gesundheitsfachkräften und der medizinisch-pflegerischen Versorgung in Herkunftsländern sind nicht eindeutig. Die identifizierten Studienergebnisse zeigen ein uneinheitliches Bild.

- Bei einer Langzeituntersuchung durch Bhargava und Docquier (2007) erhöhte sich die Mortalität unter HIV-Infizierten um 20 %, wenn sich die Zahl der auswandernden Ärzte verdoppelte.
- Clemens (2007) fand bei seiner bereits oben zitierten Studie keine evidenten Zusammenhänge zwischen der Auswanderung von Gesundheitspersonal und der gesundheitlichen Versorgung in Herkunftsregionen. Säuglingssterblichkeit, Impfraten und Atemwegsinfektionen waren nicht mit der Zahl der im Ausland tätigen Pflegekräfte und Ärzte assoziiert.
- Chauvet et al. (2010) stellten bei ihrer Analyse von 98 Entwicklungs- und Schwellenländern keine Assoziationen zwischen der Kinder- und Säuglingssterblichkeit und der Zahl der Ärzte je 1.000 Einwohner fest. Gleichzeitig konstatierten die

Autoren eine erhöhte Kinder- und Säuglingssterblichkeit bei einem Brain Drain medizinischer Fachkräfte.

- In der schon genannten Studie durch Bhargava et al. (2011) kamen die Autoren zu dem Schluss, dass ein Ende der Ärztemigration ohne weitere flankierende Maßnahmen nur marginal positive Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in Herkunftsländern hätte.

Neben der Diskussion um Risiken der Migration von Gesundheits- und Pflegefachkräften befassten sich in der jüngeren Vergangenheit mehr Studien mit den Chancen für Herkunftsländer (Castles 2009). Arbeitskräfteüberschüsse in Herkunftsländern können durch Wanderungsbewegungen gesenkt werden mit positiven Auswirkungen auf die Arbeitslosigkeit. In Kerala waren in den letzten Jahrzehnten zumeist arbeitslose, gering qualifizierte Arbeitskräfte in die Golfstaaten ausgewandert. Fast jeder Dritte keralesische Migrant war im Jahr 2007 zum Zeitpunkt der ersten Migration arbeitslos. Nach einer Rückkehr nach Indien betrug die Arbeitslosenquote knapp 7 %. Laut Zachariah und Rajan (2010) sank die Arbeitslosigkeit in Kerala durch Auswanderung insgesamt um 3 %.

Weltweit hat das Migrationsaufkommen zugenommen und die Migrationsrealität ist komplexer geworden (Docquier und Rapoport 2012). Heute ist Migration nicht mehr mit einer dauerhaften Auswanderung von einem „Land A“ in ein zweites „Land B“ gleichzusetzen. In der globalisierten Welt wandern Fachkräfte vermehrt zwischen unterschiedlichen Zielländern oder zurück in ihr Herkunftsland (Daugeliene und Marcinkeviciene 2009). So nimmt bspw. die Rückkehrbereitschaft von asiatischen Migranten zu.

- Chacko (2007, S. 131) spricht in seiner qualitativen Untersuchung von einem „reverse brain drain“ durch die Rückkehr von indischen IT-Fachkräften, die in den USA ausgebildet wurden.
- Die OECD (2012a) nennt in ihrem International Migration Outlook die folgenden Beispiele für die steigende Rückkehrneigung asiatischer Migranten: Im Jahr 2011 waren rund 186.000 chinesische Studierende wieder in die Heimat zurückgekehrt. Die Zahl der rückkehrenden Studenten erreichte damit erstmals rund die Hälfte der Auswandernden. Sowohl zwischen 2000 und 2003 als auch zwischen 2004 und 2007 war die Zahl der nach Studienabschluss in den USA verbliebenen

Studenten aus China, Indien, Korea und Taipeh gesunken. In Taipeh haben 5 % aller Arbeitskräfte bereits im Ausland gelebt (OECD 2012a).

- Varma und Kapur (2013) kamen in ihrer Untersuchung (n = 260) an zwei Technischen Hochschulen in Indien zu dem Schluss, dass die meisten IT-Studenten ihre berufliche Perspektive mittlerweile nicht mehr in den USA, sondern in Indien sehen. Befragte mit Ambitionen, ein Studium im Ausland fortzusetzen, planten nach dem Studienabschluss mehrheitlich eine berufliche Karriere in Indien.

Insbesondere im Falle einer vorübergehenden Migration mit einer Rückkehr in die Heimat (= zirkuläre Migration) werden in der Literatur Chancen für Herkunftsländer gesehen. Zum einen bedeutet Migration dann keinen dauerhaften „Verlust“ von Humankapital im Sinne des Brain Drain. Zum anderen wird davon ausgegangen, dass Migranten im Ausland neue Kompetenzen erwerben, die nach einer Rückkehr zum Nutzen des Herkunftslandes verbreitet werden können (= Brain Gain). Hierzu muss das durchschnittliche Humankapital im Ausland jenes in der Heimat übersteigen oder ergänzen, damit eine Diffusion neuer Technologien und Kenntnisse möglich ist (Agunias 2006; Black et al. 2004; Docquier und Rapoport 2012; Findlay 2001). Schließlich halten Migranten Kontakte in die Heimat aufrecht, wie bereits in Kapitel 4.3.1 im Zusammenhang mit dem Fluss von Remissionen nach Indien gezeigt. Auswanderer können deshalb auch ohne eine Rückkehr „Brückenbauer“ zwischen Herkunfts- und Zielland sein, wenn sie bilaterale Handelsbeziehungen aufbauen und transnationale Netzwerke schaffen (CIM o. J.; Holdaway et al. 2015; Kapur 2010; Levitt 1998; Lowell und Findlay 2001).

Ein in der Literatur oft genanntes Positivbeispiel für transnationale Netzwerke liefert Indien im IT-Sektor. Saxenian (2002) und Saxenian et al. (2002) machten bei ihrer nicht-repräsentativen Umfrage (n = 2.273) auf die hohe Zahl indischer Unternehmer und auf ihre große Bedeutung im US-amerikanischen IT-Sektor aufmerksam. In den Jahren 1995 bis 1998 wurden laut der Autoren 9 % aller Start-Ups im Silicon Valley von Indern geleitet. Wadhwa et al. (2007) geht davon aus, dass 15 % der Start-Ups unter Beteiligung von Indern gegründet wurden. Neue Geschäftsbeziehungen zwischen Indien und den USA wurden aufgebaut bzw. alte Verbindungen blieben aufrechterhalten. 52 % der indischen Unternehmer reisten in der Befragung von Saxenian et al. (2002) aus beruflichen Gründen mindestens einmal jährlich nach Indien.

27 % berichteten davon, regelmäßig Informationen über Geschäfts- und Beschäftigungsmöglichkeiten mit Menschen in der Heimat auszutauschen und 23 % investierten Geld in indische Start-Ups. Fast jeder Zweite bewertete eine dauerhafte Rückkehr in die Heimat als wahrscheinlich (Saxenian 2002; Saxenian et al. 2002). Nach Commander et al. (2008) haben in der indischen Softwareindustrie zwischen 30 % und 40 % aller Beschäftigten Berufserfahrung in Industrieländern gesammelt. Von den 20 erfolgreichsten indischen IT-Unternehmen wurden zehn von Indern gegründet, die aus den USA zurückgekehrt waren, und in neun weiteren waren nicht in der Heimat lebende Inder im Topmanagement vertreten (Thränhardt 2005). 70 % der Gesamtumsätze in der Softwareindustrie entfielen in Indien nach Thränhardt (2005) im Jahr 2000 auf US-Exporte. Technologieparks wurden mit Unterstützung der indischen Diaspora und der zurückgekehrten IT-Fachkräften gegründet – mit Bangalore und Hyderabad als führenden „tech cities“ (Chacko 2007; Nanda und Khanna 2010). Im Jahr 2004 betrugen die Gesamtumsätze mit Software und IT-Dienstleistungen in Indien rund 16,5 Mrd. US-Dollar und ca. 44 % des globalen Marktes für IT- und BPO-Offshoring konnten Indien zugeschrieben werden (Schaaf 2005).

Ein ebenfalls positives Beispiel aus dem indischen Gesundheitswesen ist Apollo Hospital Enterprises Ltd. Apollo wurde durch Prathap Reddy, einen in den USA tätigen Wissenschaftler, nach seiner Rückkehr in Indien gegründet. Im Jahr 2010 hielt Apollo rund 30 % des indischen Gesundheitsmarktes und war damit Asiens größte Klinikette (Walton-Roberts 2015).

Apollo gehört zu den 19 akkreditierten Mitgliedern der Joint Commission International (JCI). JCI wurde gegründet, um zahlungskräftigem Klientel in Indien eine medizinische Versorgung nach internationalen Standards durch das am besten ausgebildete indische Gesundheitspersonal zu liefern. 13 der 19 JCI-Mitglieder werden durch Inder geführt, die im Ausland gelebt hatten oder in den Industriestaaten ausgebildet wurden (Walton-Roberts 2015).

Auch die indische Regierung sieht Potenziale durch transnationale Netzwerke. Zur Stärkung der Bindungen an die Heimat führte sie für indische Migranten die offiziellen Titel „NRI“ (Non-Resident Indian), „PIO“ (People of Indian Origin) und „OCI“ (Overseas Citizen of India) ein (in: Holdaway et al. 2015, S. 269). Während in früheren Veröffentlichungen die Kosten einer Auswanderung indischer Fachkräfte im

Vordergrund standen (Desai et al. 2009), wird der indischen Diaspora heute für ihre Leistungen hohe Wertschätzung zuteil (Docquier und Rapoport 2012, Khadria 2009).

Für einen Wissenstransfer, entweder durch transnationale Netzwerke oder eine Rückkehr von Migranten, sind allerdings einige Voraussetzungen zu erfüllen. Das neu erworbene Know-how muss verwertbar im Herkunftsland sein bzw. anschlussfähig. In diesem Zusammenhang machen Studienergebnisse auf einen „Mismatch“ zwischen Technologien und Strukturen in (A) Entwicklungs- und Schwellenländern sowie (B) in westlichen Industriestaaten aufmerksam (Agrawal et al. 2011, World Bank 2016a). Einzelne Beispiele stammen aus dem indischen Gesundheitswesen.

- Walton-Roberts (2010) betont, dass nicht alle im Ausland tätigen indischen Pflegekräfte ihr neues Wissen nach einer Rückkehr in Indien sinnvoll einsetzen können. In Indien mangelt es an den technisch-medizinischen Hilfsmitteln, mit denen indische Pflegekräfte in den OECD-Staaten tätig waren.
- Holdaway et al. (2015) fanden in ihrer qualitativen Studie heraus, dass in Indien einige Einrichtungen auf Initiative von rückkehrenden Fachkräften des Gesundheitswesens internationale Lehrmethoden und Versorgungsmodelle einführten. Die neuen Ansätze waren allerdings in erster Linie für gut ausgestattete, hochmoderne Kliniken geeignet. In der Versorgungsrealität stellten sie sich als wenig praktikabel für eine breitflächige Umsetzung heraus.

Derzeit wäre eine Nutzung der in Deutschland erwerbbaaren Altenpflegerischen Kenntnisse bei einer Rückkehr in Indien schwierig. Das indische Gesundheitswesen hat nach wie vor die „klassischen“ Probleme eines Entwicklungslandes, zu denen die hohe Kindersterblichkeit, Unter- und Mangelernährung oder die hohe Inzidenz an Infektionskrankheiten zählen (Boschi-Pinto et al. 2008; Grebmer et al. 2009; Holländer und Tepel 2009). Auf der gesundheitspolitischen Agenda stand deshalb in erster Linie die bessere und flächendeckende Versorgung der mehrheitlich jungen Bevölkerung im Vordergrund.

Eine professionelle Pflege ist in Indien kaum verbreitet. Pflegebedürftige werden in aller Regel von der eigenen Familie versorgt. Anfang der 1990er Jahre erhielten nach Jamuna (2005) nur knapp 10 % ergänzende Unterstützung durch staatliche, private oder gemeinnützige Institutionen. Landesweit schätzte Kumar (2005)

zu Beginn des Jahrtausends die Zahl der Einrichtungen zur Versorgung Älterer auf rund 750 mit einer Gesamtkapazität in Höhe von 15.000 Plätzen.

Bereits heute zeichnet sich in Indien allerdings eine stark ansteigende Nachfrage nach Altenpflegerischen und geriatrischen Angeboten ab. Aus den Industrieländern bekannte gesundheitliche Risiken wie Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck und Krebs nehmen zu (Gopalan 1998; Goyal und Yusuf 2006; Kearney et al. 2005; Shukla et al. 2002). Auch die Zahl der demenziell Beeinträchtigten wächst an – Shaji et al. (2010) prognostizieren, dass sie sich bis zum Jahr 2050 gut vervierfacht auf ca. 14,3 Mio. Exemplarisch bezeichnet Prakash (2005, S. 95) Demenz als „disease of our country“. Bei einem zusätzlich sinkenden informellen Pflegepotenzial durch abnehmende Geburtenraten sind neue, professionelle Versorgungsformen für pflegebedürftige Ältere vonnöten.

Auch in einigen Interviews wurde auf diesen Punkt aufmerksam gemacht. Die Interviewpartner regten an, dass Rückkehrer aus Deutschland die Professionalisierung in der langsam aufkommenden indischen Altenpflege begleiten könnten.

„Das deutsche Wissen wäre mit Sicherheit hilfreich. Sollten indische Pflegekräfte in Deutschland eine Altenpflegeausbildung absolvieren, könnten sie eine Reihe theoretischer Kenntnisse erwerben. Außerdem könnten sie [...] eine Menge praktischer Erfahrungen sammeln. Mit diesem Hintergrundwissen wären rückkehrende Pflegekräfte eine Bereicherung für das indische Gesundheitswesen. Sie könnten ihr Wissen gut in den neuen Altenheimen, die gerade gebaut werden, einbringen.“
(JMK, Leitungskraft)

Rückkehrende Fachkräfte sollten dabei nicht nur Wissensträger, sondern auch Wissensmultiplikatoren sein. Eine berufliche Stellung ist förderlich, in der sie ihr Know-how an möglichst viele andere lokale Arbeitskräfte oder Auszubildende vermitteln können. Für die indische Pflege nennt Walton-Roberts (2010) ein Programm für Lehrkräfte als Positivbeispiel: Indische Dozenten an einer medizinischen Hochschule hatten Anspruch auf ein bis zu fünfjähriges Sabbatical, das in Industrieländern verbracht werden konnte. Im Anschluss konnte das alte Arbeitsverhältnis fortgesetzt werden. Durch die Arbeitsplatzsicherheit in Indien war zum einen der Anreiz einer Rückkehr aus dem Ausland hoch, zum anderen fiel die Reintegration in der Heimat durch das bekannte Arbeitsumfeld leichter (Walton-Roberts 2010).

Auch in eigenen Interviews wurden Möglichkeiten genannt, wie rückkehrende indische Pflegekräfte in Deutschland vermitteltes Know-how verbreiten können. Hierzu zählten Tätigkeiten in der Lehre oder als Gemeindeschwestern, um die Versorgungssituation der in ländlichen Regionen lebenden Inder zu verbessern.

„In Bezug auf einen Ansatz zur Verbesserung der ländlichen Versorgung könnte über necessary angels sichergestellt werden, dass alte Menschen z. B. mehr trinken, sauberes Wasser zu sich nehmen und sich vernünftig ernähren.“ (AF, Experte)

„Die in der Altenpflege geschulten Pflegekräfte könnten als Multiplikatoren für andere Menschen eingesetzt werden, die nur angelernt sind oder keine Kenntnisse haben. Die rückkehrenden Pflegekräfte könnten Unterricht geben, um andere Menschen für die Altenpflege zu gewinnen. Fachseminare könnten angeboten werden. Für die alten Menschen in Indien könnte man das Leben so vielleicht leichter, sicherer und lebenswerter gestalten.“ (JMK, Leitungskraft)

4.4 Ergebnisse zu Chancen und Hemmnissen für indische Pflegekräfte

In diesem Kapitel ist die übergeordnete Frage, inwiefern und unter welchen Bedingungen indische Pflegekräfte bereit wären, in diverse Zielregionen und insbesondere nach Deutschland auszuwandern. Hierzu werden die folgenden Aspekte behandelt:

- Migrationshemmnisse für indische Pflegekräfte (Kapitel 4.4.1)
- Migrationstreiber (Kapitel 4.4.2)
- Zielregionen indischer Pflegekräfte und Bereitschaft einer Zuwanderung nach Deutschland (Kapitel 4.4.3)

4.4.1 Migrationshemmnisse

Im Folgenden werden Hemmnisse einer Migration indischer Pflegekräfte dargestellt, zu denen die finanziellen Kosten, die räumliche Trennung zu Angehörigen und Freunden sowie aufenthaltsrechtliche Bestimmungen zählen. Auch die Verfahren zur Anerkennung im Ausland erworbener Abschlüsse, der Aufwand des Erlernens einer Fremdsprache und kulturelle Herausforderungen sind Kosten bei Wanderungsbewegungen. Sie waren aber bereits ausführlicher Gegenstand des Kapitels 4.2 und werden deshalb an dieser Stelle nicht intensiv behandelt. Zur besseren Übersicht werden vorab die für dieses Kapitel relevanten Ergebnisse aus Literatur, Interviews und explorativer Befragung eingeordnet.

(A) ÜBERSICHT ÜBER DIE LITERATURRECHERCHE

Die Literaturanalyse ist für den Erkenntnisgewinn in diesem Kapitel relevant. Die Tabelle 23 fasst die zugrunde gelegte Suchstrategie sowie Treffer und Funde zusammen.

Tabelle 23: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Migrationshemmnissen“

SUCHBEGRIFFE/-STRATEGIE	TREFFER				LITERATUR
	WoS	PM	CIN	BEREINIGT	
migration + costs + India + nurses	3	1	0	1	Alonso-Garbayo und Maben 2009
migration + burdens + India + nurses	1	0	0	0	-
migration + recruiting + agency + India	4	1	1	1	Pittman et al. 2010
migration + investment + nurses + India	3	1	0	0	-
Schneeballverfahren				8	Aiken und Cheung 2008; Angenendt et al. 2014; Ghosh 2010; GIZ 2016; Greive 2012; Kodoth und Jacob 2013; Pittman et al. 2007; Rajan et al. 2010
Gesamt				10	

Quelle: Eigene Darstellung

Abkürzungen: WoS = Web of Sciences; PM = PubMed; CIN = CINAHL

(B) ÜBERSICHT ÜBER DIE INTERVIEWERGEBNISSE

Die Interviews ergänzen die Resultate der systematischen Literaturrecherche. 9 Interviewpartner gaben eine Antwort in Bezug auf Migrationskosten. Aussagen, die bestätigen, dass die Migration indischer Pflegekräfte Kosten mit sich bringt, sind in der Tabelle 24 einem „Plus“ zugeordnet.

Tabelle 24: Antworten zu „Migrationskosten“

KATEGORIEN	IND. PFLEGEKRÄFTE			LEITUNGSKRÄFTE			EXPERTEN			GESAMT		
	0	+	-	0	+	-	0	+	-	0	+	-
Migrationskosten	1	4	0	0	5	0	0	6	0	1	15	0

Quelle: Eigene Darstellung

(C) ÜBERSICHT ÜBER DIE ERGEBNISSE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG

Auch die Ergebnisse der explorativen schriftlichen Befragung sind für dieses Kapitel von Bedeutung. Die folgenden Items werden ausgewertet:

- Financial costs are a burden for my migration plans (183 gültige Antworten)
- The qualification process is a burden for my migration plans (183)
- Leaving family and friends is a burden for my migration plans (185)
- Language issues are a burden for my migration plans (182)

DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Migration ist für Pflegekräfte im Sinne der mikroökonomischen Theorie eine Investitionsentscheidung, die mit Kosten verbunden ist. In diesem Zusammenhang sind als erstes finanzielle Aufwendungen zu nennen. Diese können für indische Pflegekräfte vor allem bei einer Auswanderung in die Industrieländer hoch sein. Rajan et al. (2010) gingen in Kerala von durchschnittlichen Gesamtkosten einer Auswanderung in Höhe von ca. 755 Euro bis 1.100 Euro aus. Ghosh (2010) schätzte, dass Kosten für die Beschaffung von Visa und Ausweisdokumenten in Summe einem halben Jahreseinkommen in Indien entsprechen. In den eigenen Interviews wurden teilweise noch höhere Ausgaben für eine Auswanderung in die Industrieländer und Golfstaaten genannt.

„I would need more than 7 lakhs [umgerechnet ca. 9.600 Euro, d. Verf.] to go to Canada. In Kerala you have such preparation programs you have to pass before going. [...] Canadian government wants to see this high amount of money.” (PG, Pflegekraft)

„For the Gulf countries you need 2 to 3 lakhs [2.800 bis 4.100 Euro, d. Verf.]” (HJ, Pflegekraft)

Ein wesentlicher Kostenfaktor sind Zahlungen an private Arbeitsvermittler. Nach Gill (2011) können sie Gebühren in Höhe von drei Monatsgehältern im Zielland erheben. Private Vermittler müssen in Anspruch genommen werden, wenn es an beruflichen oder privaten Kontakten im jeweiligen Zielland mangelt (Pittman et al. 2007).

Die Praktiken von privaten Arbeitsvermittlern sind umstritten. Fälle sind dokumentiert, in denen Informationsdefizite und das Abhängigkeitsverhältnis von Migranten ausgenutzt wurden (Alonso-Garbayo und Maben 2009; Pittman et al. 2010). Dies zeigten Rajan et al. (2010) in einer Befragung unter keralesischen Migranten. Knapp

jeder Fünfte fühlte sich bei der ersten Auswanderung durch Vermittler „betrogen“ und fast jeder Vierte reiste aus Indien ohne unterschriebenen Arbeitsvertrag ab. Im Zielland durften 34 % nicht die ihnen zuvor zugesicherte berufliche Tätigkeit ausüben und bei 12 % bestanden Arbeitgeber auf dem Abschluss neuer Arbeitsverträge mit schlechteren Konditionen als den ursprünglich unterzeichneten.

Zu den sozialen Kosten einer Migration zählt die Trennung von der Familie und von Freunden. Insbesondere in kollektivistischen Gesellschaften wie Indien sind Bindungen zu Angehörigen eng und werden auch aus dem Ausland aus aufrechterhalten (siehe Kapitel 4.2.3). Laut der Rückmeldungen aus den Interviews ist das Heimweh unter indischen Pflegekräften im Ausland vor allem bei außergewöhnlichen familiären Anlässen groß.

„Unsere indischen Ordensschwwestern belastet die räumliche Trennung zur Familie – insbesondere, wenn Eltern, Großeltern schwer krank sind oder im Sterben liegen, die Familie dringend wieder zusammenkommen müsste, und die Ordensschwwestern nicht sofort in die Heimat können.“ (TK, Leitungskraft)

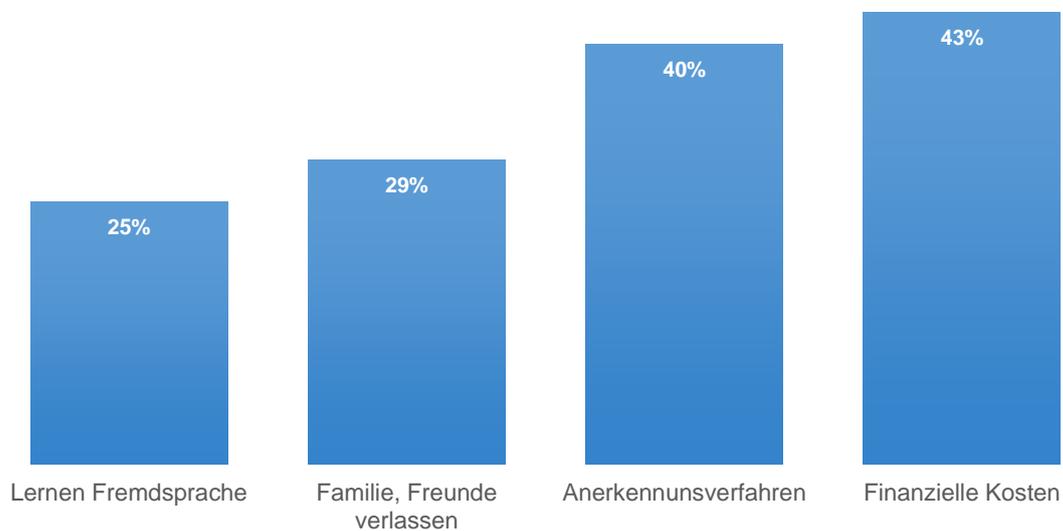
„When I was attending Dubai, there was an Indian man crying at me. His whole lifetime, he was so close to his father. Then his father died. And he could not go to his funeral. His employer said it is impossible, you can't go. This is great psychological stress. We always talk about economic costs of migration. But there are also great social costs.“ (IR, Experte)

Hemmnisse einer Zuwanderung in ein bestimmtes Land resultieren zudem aus den Aufenthaltsbestimmungen. Exemplarisch zeigten Aiken und Cheung (2008) für die USA, wie groß der Einfluss der migrationspolitischen Ausrichtung im jeweiligen Zielland auf den Migrationssaldo sein kann. Rezessionsbedingt sank der Bedarf an ausländischen Pflegekräften im amerikanischen Gesundheitswesen Mitte der 2000er Jahre. Visa-Auflagen wurden verschärft. Laut Greive (2012) mussten indische Pflegekräfte sieben Jahre auf einen Visumbescheid warten, nach Khadria (2007) waren es einige Jahre zuvor 24 Monate. Die Zuwanderung in der Pflege nahm stark ab. Während den staatlichen Anerkennungstest NCLEX im Jahr 2006 rund 23.000 ausländische Pflegekräfte absolvierten, waren es fünf Jahre später nur noch 6.100 (Aiken und Cheung 2008).

In die gleiche Richtung argumentieren auch Kodoth und Jacob (2013). Sie beobachteten, dass europäische Arbeitsmärkte für Pflegekräfte aus Kerala volatil und heterogen sind. Die Migrationsmöglichkeiten können sich laut der Autoren „über Nacht“ ändern, bspw. durch die Einführung neuer Sprachtests.

Auch in der eigenen schriftlichen Befragung wurden in der Literatur identifizierte Migrationshemmnisse erhoben und zwar (1) das Lernen einer Fremdsprache, (2) das Verlassen von Familie und Freunden, (3) das Anerkennungsverfahren und (4) finanzielle Kosten. Nur knapp ein Viertel der Befragten stimmte der Aussage zu oder voll zu, dass das Lernen einer Fremdsprache ein großes Migrationshemmnis ist. Das Anerkennungsverfahren im Ausland (zu 40 %) und finanzielle Kosten (43 %) waren die größten der erhobenen Hemmnisse in der eigenen Befragungsgruppe, wie die Abbildung 22 zeigt.

Abbildung 22: Zustimmungen zu ausgewählten Hemmnissen einer Auswanderung



Quelle: Eigene Darstellung

4.4.2 Migrationstreiber

In diesem Kapitel werden Beweggründe für die Auswanderung indischer Pflegekräfte präsentiert. Hierzu zählen die Aussicht auf höhere Löhne im Ausland, berufliche und persönliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten sowie soziale Faktoren. Zuvor, wie bereits in den anderen Ergebniskapiteln, folgt eine Übersicht über die in diesem Kapitel relevanten Resultate aus Literaturrecherche und explorativer Befragung.

(A) ÜBERSICHT ÜBER DIE LITERATURRECHERCHE

Dieses Kapitel basiert überwiegend auf der Literaturanalyse. Eine Übersicht über die zugrunde gelegten Suchbegriffe/-strategien, die Trefferanzahl und die berücksichtigten Quellen gibt die Tabelle 25.

Tabelle 25: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Migrationstreiber“

SUCHBEGRIFFE/-STRATEGIE	TREFFER				LITERATUR
	WoS	PM	CIN	BEREINIGT	
migration + push + India + nurses	5	2	2	2	Thomas 2006; Walton-Roberts 2015
migration + pull + India + nurses	5	2	2	0	-
migration + income + India + nurses	2	1	0	0	-
wages + India + nurses	4	10	2	0	-
unemployment + India + nurses	0	1	0	0	-
absenteeism + India + nurses	1	3	1	0	-
Schneeballverfahren				20	Banerjee 1983; Betz 2002; Buchan 2006; Buchan et al. 2006; Da-Cruz und Capallo 2008; Diccico-Bloom 2004; Garner et al. 2015; Gill 2011; GTZ 2002; Khadria 2004; Mullan 2006; Nair 2007a; 2007b; 2010; 2012; Percot 2006; Shah und Menon 1999; Timmons et al. 2016; Vertovec 2002; Welchhoff 2006
Gesamt				22	

Quelle: Eigene Darstellung

Abkürzungen: WoS = Web of Sciences; PM = PubMed; CIN = CINAHL

(B) ÜBERSICHT ÜBER DIE ERGEBNISSE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG

Die Resultate der schriftlichen Befragung ergänzen die Erkenntnisse aus der Literaturanalyse. Die folgenden Items werden ausgewertet:

- I want to migrate abroad (184 gültige Antworten)
- I want to migrate abroad to earn more money (182)
- I want to migrate abroad to increase my professional knowledge (185)

DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

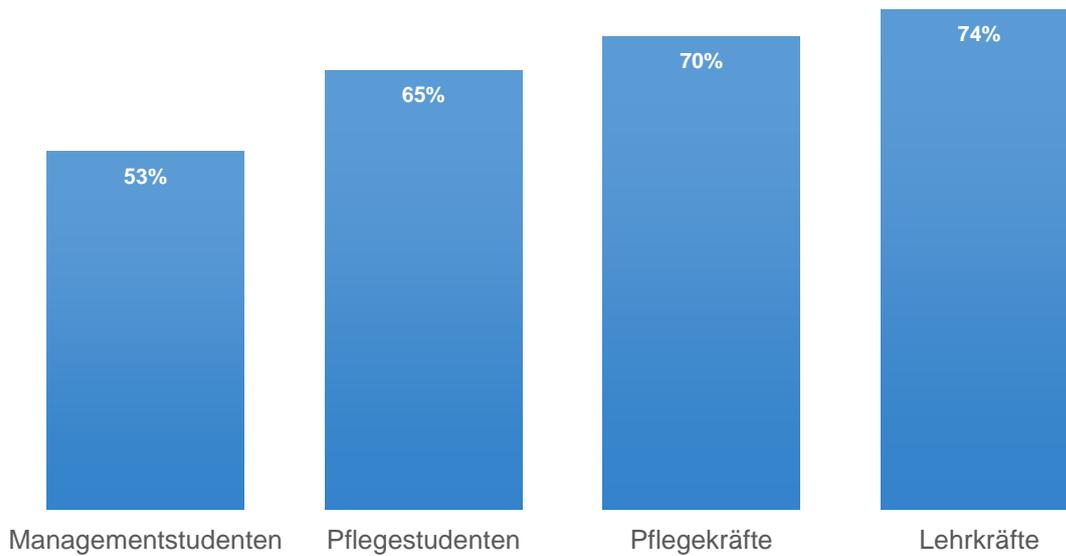
Die Mobilität unter indischen Pflegekräften ist hoch. Erste Migrationserfahrungen sammeln viele bereits nach ihrem Schulabschluss. Die medizinischen Hochschulen sind in wenigen Regionen Indiens (Metropolen, Kerala) konzentriert. Gerade Schüler aus ländlichen Regionen ziehen oft in einen anderen Bundesstaat für die Aufnahme eines Pflegestudiums (Dicicco-Bloom 2004; Nair 2007b).

Nach ihrer Ausbildung und daran anschließender zweijähriger Berufserfahrung erfüllen indische Pflegekräfte nach Nair (2007b) die Voraussetzungen, um in die Golfstaaten auszuwandern. Viele nehmen diese Möglichkeit wahr, wie im nächsten Kapitel 4.4.3 konkretisiert wird, und die Motivation auszuwandern ist unter indischen Pflegekräften hoch.

- Thomas (2006) untersuchte bei ihrer Befragung unter 448 Pflegekräften, Leitungskräften und Lehrkräften die Faktoren einer Auswanderung in Neu-Delhi. In ihrer Untersuchungsgruppe waren 63 % motiviert auszuwandern.
- Bei einer Befragung durch Walton-Roberts (2010) (n = 1.100) planten 32 % der keralesischen Pflegestudenten nach ihrer Ausbildung in Indien zu bleiben.

Die vom Verfasser durchgeführte explorative Befragung erbringt ähnliche Ergebnisse wie Thomas (2006) und Walton-Roberts (2010). Auch in der eigenen Untersuchungsgruppe war die Migrationsneigung hoch und sie war in der Pflege höher als unter den Managementstudenten. Fast zwei Drittel aller Respondenten (inkl. der Managementstudenten) stimmten der Aussage „I want to migrate abroad“ entweder voll zu oder zu. Bei einer nach Berufsgruppen differenzierten Analyse waren Auswanderungsaspirationen unter den befragten Lehrkräften und den Pflegekräften am höchsten (Abbildung 23).

Abbildung 23: Migrationsaspirationen nach beruflichem Hintergrund der Befragten



Quelle: Eigene Darstellung

Warum sind aber so viele indische Pflegekräfte bestrebt, ins Ausland auszuwandern, obwohl die Kosten für sie hoch sind, wie im letzten Kapitel 4.4.1 dargestellt? In der Literatur wurden diverse Migrationstreiber identifiziert. Zu diesen zählen als erstes finanzielle Aspekte.

In der indischen Pflege sind Einkommen niedriger als in den Golfstaaten und deutlich niedriger als in den westlichen Industrieländern. Pflegekräfte mit einem Masterabschluss können laut der Interviewergebnisse an renommierten Kliniken umgerechnet rund 500 Euro monatlich verdienen. In kleinen Häusern in ländlichen Regionen werden nach Aussagen von Interviewpartnern teilweise nicht mehr als 35 Euro gezahlt, obwohl das Indian Nursing Council einen Mindestlohn in Höhe von umgerechnet knapp 200 Euro im Monat bei einem Bachelorabschluss vorschreibt (in: Walton-Roberts 2015). Laut Gill (2011) beträgt das monatliche Einstiegsgehalt in den meisten indischen Privatkliniken zwischen 37 Euro und 45 Euro.

Nach Betz (2002) arbeitete Anfang der 2000er Jahre das staatliche Gesundheitspersonal aufgrund der schlechten Verdienstmöglichkeiten häufig nicht in Vollzeit. Ärzte und Pflegekräfte hatten Nebenjobs in finanziell lukrativeren privaten Kliniken. Hohe Absentismusraten in öffentlichen Krankenhäusern waren die Folge (Betz 2002; GTZ 2002; Welchhoff 2006). Nach Soman (2002) blieben in Westbengalen

Pflegekräfte und Ärzte bis zu 58 % ihrer eigentlichen Arbeitszeit aufgrund von Nebentätigkeiten in privaten Einrichtungen fern (in: Betz 2002).

Mit wenigen Ausnahmen bekräftigen unterschiedliche Veröffentlichungen, dass finanzielle Aspekte ein zentraler Faktor bei der Auswanderung indischer Pflegekräfte sind.

- Khadria (2004) untersuchte unter 40 indischen Pflegekräften in Neu-Delhi die Motive einer Auswanderung. Die Aussicht auf höhere Löhne war der am häufigsten genannte Faktor.
- Buchan et al. (2006) verglichen in ihrer Befragung unter knapp 400 ausländischen Pflegekräften die Bedeutung von persönlichen, beruflichen, finanziellen und sozialen Ursachen einer Auswanderung nach Großbritannien. Finanzielle Gründe waren insbesondere für philippinische Pflegekräfte ausschlaggebend (zu ca. einem Drittel). Für weniger als jede zehnte Pflegekraft aus Indien, Pakistan oder Mauretanien waren höhere Löhne in Großbritannien der wichtigste Migrationstreiber. Aufbauend auf ihren Ergebnissen stellten die Autoren in Frage, dass finanzielle Aspekte die Haupttreiber der Migration internationaler Pflegekräfte in die Industrieländer darstellen.
- Die bereits oben beschriebene Befragung von Thomas (2006) bestätigte, dass die Aussicht auf höhere Löhne für indische Pflegekräfte wichtig bei der Migrationsentscheidung ist. In ihrer Stichprobe hing die Migrationsneigung vom erwarteten Einkommenszuwachs im Ausland ab. Pflegekräfte mit dem niedrigsten Einkommen waren mit 89 % am meisten motiviert auszuwandern.
- Alonso-Garbayo und Maben (2009) untersuchten qualitativ (n = 21) die Migrationsmotive von in Großbritannien tätigen indischen und philippinischen Pflegekräften. Als Hauptauslöser der ersten Migration, oft in die Golfstaaten, identifizierten die Autoren finanzielle Aspekte.

Eine weitere Ursache für die Auswanderung indischer Pflegekräfte sind Erwartungen an berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten bzw. an bessere Arbeitsbedingungen im Ausland. Zu den Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in Indien liegen nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse vor (Timmons et al. 2016). Es kann aber konstatiert werden, dass sie in einigen privaten Krankenhäusern mittlerweile west-

lichen Standards entsprechen. Bei diesen Einrichtungen handelt es sich um Spezialkliniken mit geringer Bettenzahl, hoch qualifiziertem Personal, eigenen Operationssälen, guter technischer Ausstattung sowie verhältnismäßig großen finanziellen Spielräumen (Da-Cruz und Capallo 2008; Mullan 2006).

Die überwiegende Mehrheit indischer Pflegekräfte ist allerdings voraussichtlich unter deutlich schlechteren Arbeitsbedingungen tätig. Praxisberichte verdeutlichen, dass Karrierepfade und Weiterbildungsmöglichkeiten unzureichend sind und es an technischer Ausstattung sowie Infrastruktur mangelt (in: Timmons et al. 2016). Nair (2012) schätzte, dass eine in Neu-Delhi beschäftigte Pflegekraft im Durchschnitt für die Versorgung von 50 Patienten verantwortlich ist. Pflegekräfte berichteten in der gleichen Studie davon, dass sie große Teile eines Arbeitsalltags mit Tätigkeiten unterhalb ihres Qualifikationsniveaus beschäftigt waren (Nair 2012). In den letzten Jahren protestierten Pflegekräfte in Neu-Delhi und Kerala, um auf die schlechten Arbeitsbedingungen in privaten Krankenhäusern aufmerksam zu machen (Nair 2010; Timmons et al. 2016).

Die Proteste zielten auch darauf ab, die Anerkennung der Pflege zu erhöhen. Indische Pflegekräfte empfanden für ihre Tätigkeit wenig Wertschätzung durch die Öffentlichkeit, Ärzte und Patienten (Walton-Roberts 2012). In der Vergangenheit galt Pflege als eine Tätigkeit, die in erster Linie von Angehörigen unterer Kasten ausgeübt wurde (Garner et al. 2015; Nair 2012).

Auch die Wahrscheinlichkeit arbeitslos zu werden kann Wanderungsbewegungen gemäß der mikro- und makroökonomischen Theorie beeinflussen, wie in Kapitel 2.5.1 aufgezeigt. Zur Arbeitslosigkeit unter indischen Pflegekräften liegen keine belastbaren Daten vor. Alonso-Garbayo und Maben (2009) bezeichneten sie als hoch und gingen davon aus, dass die Suche nach der ersten bezahlten Arbeitsstelle mehrere Jahre dauern kann. Laut Nair (2007a) sind die Beschäftigungsverhältnisse in kleinen privaten Kliniken unsicher und dauerhafte Anstellungen selten.

Diverse Veröffentlichungen bestätigten den Stellenwert beruflicher Weiterentwicklungsmöglichkeiten und besserer Arbeitsbedingungen im Ausland bei einer Migrationsentscheidung indischer Pflegekräfte.

- In der schon zitierten Studie durch Buchan et al. (2006) wurde die berufliche Weiterentwicklung mit beinahe 40 % sehr häufig als wesentlicher Migrationstreiber unter allen befragten ausländischen Pflegekräfte genannt. Knapp zwei Drittel der indischen, pakistanischen und mauretanischen Pflegekräfte wurden laut ihrer Aussage bei einer Migrationsentscheidung am meisten durch berufliche Aspekte beeinflusst.
- In der Untersuchung durch Thomas (2006) waren Pflegekräfte in öffentlichen Krankenhäusern deutlich weniger als in privaten Kliniken bestrebt, ins Ausland auszuwandern (78 % vs. 41 %). Die Autorin führte dies insbesondere auf höhere Arbeitsplatzsicherheiten und bessere Arbeitsbedingungen in staatlichen Einrichtungen zurück. Auch die (fehlende) Wertschätzung des Pflegeberufs spielte eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit der Absicht auszuwandern.
- In den qualitativen Interviews durch Nair (2007a) waren bessere berufliche Perspektiven im Ausland der wichtigste Einzelfaktor einer Migrationsentscheidung.
- In einer qualitativen Studie von Sherman und Eggenberger (2008) hoben die in den USA lebenden indischen Pflegekräfte die bessere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften und die größere Wertschätzung ihrer Arbeit im Vergleich zu einer Tätigkeit in Indien hervor.
- Bei Alonso-Garbayo und Maben (2009) war den befragten indischen Pflegekräften die persönliche Weiterentwicklung bei einer Auswanderung nach Großbritannien sehr wichtig, falls finanzielle Bedürfnisse im Zuge früherer Migrationserfahrungen in die Golfstaaten bereits befriedigt waren. Die Autoren bezeichneten zudem bessere Beschäftigungsmöglichkeiten im Ausland als bedeutsamen Pull-Faktor.
- Nach Walton-Roberts (2012) sind Erwartungen an eine größere ideelle Wertschätzung pflegerischer Arbeit ein wesentlicher Migrationstreiber.

Migrierendes Gesundheitspersonal hat darüber hinaus die Möglichkeit, ein neues Land, eine neue Kultur und ein neues soziales Umfeld kennenzulernen. Mit einer Auswanderung indischer Pflegekräfte kann also auch die persönliche Weiterentwicklung und Selbstverwirklichung gefördert werden. In der Befragung von Buchan et al. (2006) waren persönliche Aspekte neben beruflichen die Haupttreiber einer Migration. Indische, pakistanische und mauretanische Pflegekräfte antworteten zu ca. 30 %, dass persönliche Aspirationen am wichtigsten bei ihrer Migrationsentscheidung waren. Percot (2006) fand in ihren Interviews heraus, dass indische Pflegekräfte durch Migration in ihrem Streben nach einer autonomen, westlichen Lebensführung unterstützt werden. Keralesische Frauen konnten sich durch Migration von ihren traditionellen Rollen emanzipieren, bspw. durch eine größere finanzielle Unabhängigkeit von Ehepartnern und der Familie.

Schließlich spielen soziale Aspekte bei einer Migrationsentscheidung eine zentrale Rolle. Die Effekte von Kettenmigration sind in vielen Studien belegt (Banerjee 1983; Shah und Menon 1999; Vertovec 2002). Migranten wandern also im Sinne der sozialen Netzwerk-Ansätze eher in die Regionen, in denen bereits Familienangehörige leben (siehe Kapitel 2.5.1).

Auch eine soziale Statusaufwertung ist durch Wanderungsbewegungen möglich. So lässt sich bspw. der „Marktwert“ auf dem indischen Heiratsmarkt durch Migration erhöhen (Gill 2011; Timmons et al. 2016; Walton-Roberts 2012). Unverheiratete indische Migranten sind als zukünftige Schwiegerkinder begehrt und lassen sich leichter durch Eltern in der Heimat vermitteln. Zudem müssen Familien mit Angehörigen im Ausland häufig weniger Mitgift in eine Ehe einbringen, da sich eine Perspektive im Ausland ggf. auch für angeheiratete Familienmitglieder eröffnet (Nair 2007a; Timmons et al. 2016).

Einige Veröffentlichungen diskutierten die Bedeutung sozialer Aspekte für die Migrationsentscheidung indischer Pflegekräfte.

- Bei der Befragung von Khadria (2004) wurde nach der Aussicht auf höhere Löhne die Lebensqualität im Ausland als zweit wichtigster Faktor einer Auswanderung genannt. Der Autor schlussfolgert, dass die befragten Pflegekräfte eher in solche Länder auswandern, in denen ihre Familien ein gutes Leben führen können.
- Soziale Faktoren, bspw. Familienzusammenführungen, wurden in der Studie durch Buchan et al. (2006) seltener als andere Aspekte als ausschlaggebend bei der Migrationsentscheidung genannt. Für ungefähr jede zehnte Pflegekraft aus Indien, Pakistan oder Mauretanien waren sie die wichtigste Ursache einer Auswanderung nach Großbritannien.
- Bei Alonso-Garbayo und Maben (2009) war für indische Pflegekräfte die religiöse Freizügigkeit in Großbritannien bei einer Migrationsentscheidung sehr wichtig, falls sie bereits unter repressiveren Bedingungen in den Golfstaaten tätig waren. Auch der hohe soziale Status rückkehrender Pflegekräfte in der Heimat wirkte sich laut der Autoren positiv auf eine Migrationsentscheidung aus.

Die Ergebnisse der Literaturanalyse sind weitgehend konsistent mit der vom Verfasser durchgeführten explorativen Befragung. Finanzielle Beweggründe waren in der eigenen Untersuchungsgruppe ein wesentlicher Migrationstreiber. Sechs von zehn Befragte gaben an, dass ihre Auswanderungsabsichten in besseren Verdienstmöglichkeiten im Ausland begründet liegen. Noch mehr Gewicht legten die Respondenten auf berufliche Aspekte. Knapp acht von zehn Befragte waren motiviert auszuwandern, weil damit eine berufliche Weiterentwicklung erwartet wurde.

4.4.3 Zielregionen und Bereitschaft einer Auswanderung nach Deutschland

Im Folgenden werden bevorzugte Zielregionen indischer Pflegekräfte bei einer Auswanderung dargestellt. Darauf aufbauend werden Argumente für und gegen ihre Zuwanderung nach Deutschland präsentiert. Als erstes wird allerdings eine Übersicht über die in diesem Kapitel wichtigen Ergebnisse der Literaturrecherche, Interviews und schriftlichen Befragung präsentiert.

(A) ÜBERSICHT ÜBER DIE LITERATURRECHERCHE

Die Ergebnisse hinsichtlich Zielregionen ins Ausland wandernder indischer Pflegekräfte beruhen auf einer systematischen Literaturrecherche. Deren Treffer und Suchstrategien fasst die Tabelle 26 zusammen.

Tabelle 26: Übersicht über die Literaturrecherche zu „Zielregionen“ und „Bereitschaft Auswanderung Deutschland“

SUCHBEGRIFFE/-STRATEGIE	TREFFER				LITERATUR
	WoS	PM	CIN	BEREINIGT	
destination + India + migration + nurses	6	4	2	0	-
migration + nurses + India + USA	1	0	4	0	-
migration + nurses + India + UK	4	6	2	1	England und Henry 2013
migration + nurses + India + gulf	1	1	1	0	-
Schneeballverfahren				11	Angenendt et al. 2014; BAMF 2005; Bhattacharyya et al. 2011; Buchan und Seccombe 2012; Bundesagentur für Arbeit 2012; 2016; GIZ 2016; NCSBN 2016; Office for National Statistics 2012; Spetz et al. 2014; Statistisches Bundesamt 2012
Gesamt				12	

Quelle: Eigene Darstellung

Abkürzungen: WoS = Web of Sciences; PM = PubMed; CIN = CINAHL

(B) ÜBERSICHT ÜBER DIE INTERVIEWERGEBNISSE

Die Interviewergebnisse dienen einer näheren Eingrenzung der Motivation indischer Pflegekräfte, nach Deutschland auszuwandern. Insgesamt zehn Interviewpartner nahmen hierzu Stellung. In der Spalte „Plus“ waren Befragte der Meinung, dass für indische Pflegekräfte Deutschland eine attraktive Destination ist.

Tabelle 27: Antworten zur Bereitschaft einer Auswanderung nach Deutschland

KATEGORIEN	IND. PFLEGEKRÄFTE			LEITUNGSKRÄFTE			EXPERTEN			GESAMT		
	o	+	-	o	+	-	o	+	-	o	+	-
Migrationsbereitschaft Deutschland	1	3	1	0	1	1	0	6	0	1	10	2

Quelle: Eigene Darstellung

(C) ÜBERSICHT ÜBER DIE ERGEBNISSE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG

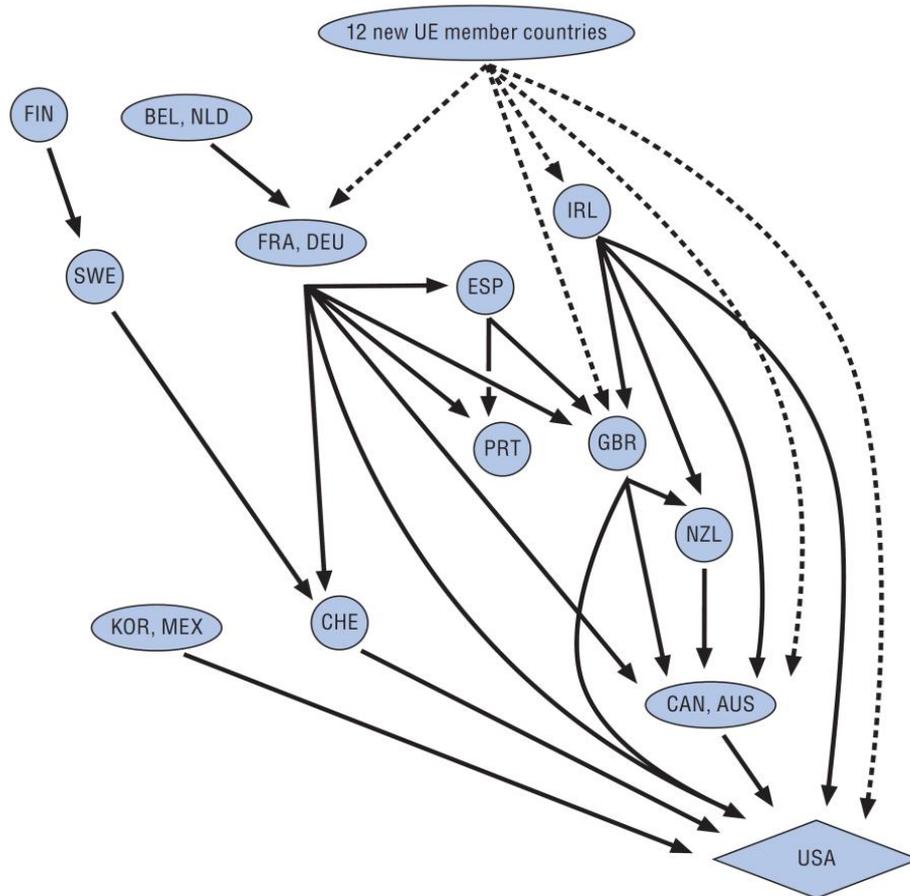
Die explorative Befragung liefert Erkenntnisse zur Motivation, in unterschiedliche Zielländer auszuwandern für die eigene Befragungsgruppe. Es wurden die folgenden Items ausgewertet:

- I would like to migrate to Germany (181 gültige Antworten)
- I would like to migrate to the Gulf region (174)
- I would like to migrate to English-speaking developed countries like the USA, Canada or UK (182)

DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Das Gros der weltweiten Wanderungsbewegungen von Pflegekräften findet von Entwicklungs- und Schwellenländern in die Industriestaaten statt. Deutschland zählte dabei bislang nicht zu den Hauptdestinationen ausländischer Pflegekräfte. Wanderungsströme verlaufen innerhalb der OECD-Staaten kaskadenartig in Richtung USA, des größten Aufnahmelandes migrierender Pflegekräfte. In den meisten übrigen OECD-Ländern sind sowohl Zu- als auch Abwanderungen von Pflegekräften in nennenswerten Größenordnungen zu beobachten (Abbildung 24).

Abbildung 24: Wanderungsverhalten von Pflegekräften innerhalb der OECD



Quelle: OECD (2008, S. 60)

Abkürzungen: UE = Europäische Union; FIN = Finnland; BEL = Belgien; NLD = Niederlande; SWE = Schweden; FRA = Frankreich; DEU = Deutschland; IRL = Irland; ESP = Spanien; PRT = Portugal; GBR = Großbritannien; NZL = Neuseeland; CHE = Schweiz; KOR = Korea; MEX = Mexiko; CAN = Kanada; AUS = Australien

Auch indische Pflegekräfte sind in größeren Zahlen in die USA ausgewandert. Im Jahr 2015 absolvierten knapp 1.000 indische Pflegekräfte den staatlichen Anerkennungstest NCLEX. Nur aus den Philippinen wurden damit mehr Pflegekräfte für eine Berufsausübung in den USA zugelassen (NCSBN 2016). Spetz et al. (2014) errechneten, dass sich die Zahl der in den USA tätigen indischen Pflegefachkräfte (= Registered Nurses) zwischen 2004 und 2008 verzehnfachte von rund 1.300 auf ungefähr 16.000. Knapp jede zehnte ausländische Pflegekraft stammte damit aus Indien.

Zudem sind Verbindungen zwischen Indien und Großbritannien durch die koloniale Vergangenheit eng. Insgesamt lebten im Jahr 2010 rund 700.000 Menschen indischer Abstammung in Großbritannien. Die indische Diaspora war damit die größte ausländische Gemeinde (Office for National Statistics 2012). In der Pflege stammten die meisten neu zugelassenen außereuropäischen Fachkräfte mit knapp 34 %

im Jahr 2012 aus Indien (Buchan und Seccombe 2012; England und Henry 2013). Ihr Anteil war vor allem Mitte der 2000er Jahre hoch – 2007 lag dieser bei über 50 % (England und Henry 2013).

Die Hauptdestination indischer Migranten waren in den letzten drei Jahrzehnten aber die Golfstaaten. Percot (2006) schätzte, dass Mitte der 2000er Jahre zwischen 40.000 und 60.000 Pflegekräfte nur aus Kerala in den Golfstaaten tätig waren.

Eine Migration in die Golfstaaten ist für viele indische Pflegekräfte mit niedrigeren Kosten verbunden als in die westlichen Industrieländer. Die indische Gemeinschaft ist in den Golfstaaten größer als in den anderen Zielregionen, was im Sinne von Kettenmigration weitere Wanderungsbewegungen begünstigt. Zudem können bürokratische Hürden, wie das Anerkennungsverfahren, in den Golfstaaten leichter bewältigt werden (Walton-Roberts 2012).

Dennoch sind die Golfstaaten heute vermehrt nur eine „Durchgangsstation“ (Garner et al. 2015; Nair 2012; Percot 2006). Das Hauptziel für viele indische Pflegekräfte sind die westlichen Industrienationen, in denen die Zahl indischer Migranten insgesamt zunimmt (siehe oben und Bhattacharyya et al. 2011; Garner et al. 2015; Percot 2006). In den OECD-Staaten ist, wie bereits in Kapitel 4.4.2 gesehen, ein freieres Ausleben des eigenen Glaubens möglich – vor allem für keralesische Pflegekräfte, die in großen Teilen Christen sind (Nair 2007b; Thomas 2006; Walton-Roberts 2010). Zudem sind die Lohndifferentiale zwischen Indien und den westlichen Industriestaaten größer als jene zu den Golfstaaten. Schließlich sind die Erwartungen an berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten und positive Arbeitsbedingungen in den OECD-Ländern größer (Walton-Roberts 2010; 2012).

Zu den bevorzugten Zielregionen indischer Pflegekräfte liegen wenige Publikationen vor. In den identifizierten Studien wird die große Attraktivität der englischsprachigen OECD-Länder bestätigt.

- Bei der Untersuchung von Khadria (2004) war die USA das mit Abstand bevorzugte Zielland. Auch die Neigung, nach Großbritannien oder Australien auszuwandern, war sehr hoch. Die Golfstaaten waren in der Stichprobe sehr wenig attraktiv.

- In der Befragung durch Walton-Roberts (2010) nannten auswanderungsmotivierte indische Pflegekräfte mit rund 16 % die Vereinigten Arabischen Emirate am häufigsten als bevorzugtes Zielland. Knapp 30 % ziehen es insgesamt vor, in einen der Golfstaaten auszuwandern. Für die englischsprachigen Regionen USA (11 %), Australien und Neuseeland (10 %) sowie Großbritannien (10 %) waren es gemeinsam mit knapp 31 % ähnlich viele.

Deutschland befand sich bislang nicht auf dem „Radar“ einer nennenswerten Zahl auswanderungsmotivierter indischer Pflegekräfte. Dementsprechend gibt es bisher auch keine Veröffentlichungen zu ihrer Zuwanderungsbereitschaft und den Bedingungen einer Tätigkeit in der deutschen Pflege.

Die indische Gemeinschaft ist in Deutschland vergleichsweise klein. Insgesamt lebten im Jahr 2010 rund 53.000 Inder in Deutschland, was unter 1 % der ausländischen Bevölkerung entsprach (Statistisches Bundesamt 2012). Die Tendenz ist steigend. Seit 2004 hatte sich die Zahl der in Deutschland lebenden Inder um gut ein Drittel erhöht (Statistisches Bundesamt 2012). Kettenmigration von indischen Pflegekräften nach Deutschland im Sinne der Netzwerk-Ansätze ist aber trotzdem nicht in nennenswerten Größenordnungen zu erwarten.

In der deutschen Pflege ist die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Inder gering. Im Jahr 2011 waren in Deutschland 262 Inder als Krankenpfleger oder Hebammen tätig (Bundesagentur für Arbeit 2012). Hinzu kommen in katholischen Pflegeheimen und Krankenhäusern beschäftigte Ordensschwestern. Sie zählen nicht zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, weil kein Arbeitsvertrag, sondern ein Gestellungsvertrag abgeschlossen wird. Punnamparambil (2008) schätzte ihre Zahl auf 1.000.

Die Zuwanderung außereuropäischen Gesundheitspersonals wurde in Deutschland in der Vergangenheit durch den Anwerbestopp unterbunden. Mittlerweile wurden zuwanderungsrechtliche Restriktionen aufgehoben. Die Pflege wurde offiziell als Branche mit einem Fachkräfteengpass anerkannt und zählt zu einer „Positivliste“. Diese führt Berufe, in denen die Besetzung mit außereuropäischen Bewerbern „arbeitsmarkt- und integrationspolitisch [...] verantwortbar ist“ (Bundesagentur für Arbeit 2016c).

Für die Beschäftigung von Pflegekräften aus Indien gelten jedoch nach wie vor Einschränkungen. So wird eine „aktive Anwerbung“ indischer Pflegekräfte aktuell nicht verfolgt, weil Indien, wie schon in Kapitel 4.3.2 gezeigt, von der WHO zu den Staaten mit einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften gezählt wird (WHO 2006). Angenendt et al. (2014) machten auf die Schwierigkeit aufmerksam, zwischen einer zugelassenen Werbung um Fachkräfte und der untersagten aktiven Rekrutierung zu differenzieren. In der Praxis bedeutet die Orientierung am WHO-Verhaltenskodex derzeit, dass die Bundesregierung keine Pilotprojekte der Migration indischer Pflegekräfte unterstützt und sich stattdessen auf andere Zielregionen wie Vietnam fokussiert (GIZ 2016).

Ein weiteres Hemmnis der Migration indischer Pflegekräfte nach Deutschland ist die Sprachbarriere. Unter sonst gleichen Bedingungen sind die Kosten einer Migration nach Großbritannien oder in die USA geringer durch die weite Verbreitung der englischen Sprache in Indien (siehe Kapitel 4.2.2).

Den kritischen Argumenten stehen positive gegenüber, die für eine hohe Bereitschaft indischer Fachkräfte sprechen, nach Deutschland auszuwandern. Hierzu zählen laut der Interviewergebnisse die bereits für die englischsprachigen OECD-Länder dargestellten Pull-Faktoren einer Zuwanderung:

- höheres Lohnniveau
- bessere berufliche Perspektiven
- persönliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten
- soziale Statusaufwertung

Beim Anfang der 2000er Jahre durchgeführten „Sofortprogramm zur Deckung des IT-Fachkräftebedarfs“ wurde rund jede dritte der deutschen Green Cards an Fachkräfte aus Indien ausgestellt (BAMF 2005). Indien war damit das mit Abstand häufigste Herkunftsland von Green Card-Inhabern. Eine Rolle wird aller Voraussicht nach der gute Ruf Deutschlands in Indien gespielt haben. Ähnlich wie in den USA und Großbritannien gelten die Lebens- und Arbeitsbedingungen als attraktiv. Die Interviewpartner äußerten sich deshalb überwiegend positiv zur Motivation indischer Pflegekräfte, nach Deutschland auszuwandern.

„When they are well guided our nurses will come [...]“ (SPP, Pflegekraft)

„We are ready to study German language and culture. You just have to give us the chance to come to your place.“ (PG, Pflegekraft)

„Deutschland ist hier sehr beliebt, beliebter als andere Länder [...].“ (CF, Experte)

In der schriftlichen Befragung stimmte rund jeder dritte Respondent der Aussage zu, nach Deutschland auswandern zu möchten. Deutschland war in der gesamten Untersuchungsgruppe deutlich weniger attraktiv als die englischsprachigen OECD-Länder (zwei Drittel Zustimmung), aber attraktiver als die Golfstaaten (weniger als drei von zehn Respondenten stimmen zu). Healthcare-Managementstudenten aus Nordindien waren in der Stichprobe sehr selten bestrebt, nach Deutschland auszuwandern (etwas mehr als einer von zehn Befragten stimmen zu). Am meisten interessiert an einer Auswanderung nach Deutschland waren von den eigenen Befragten die 47 Pflegestudenten aus Kerala. Unter ihnen äußerten mehr als sieben von zehn, nach Deutschland auswandern zu möchten.

5 Diskussion und Kritik

Im Folgenden werden die mit den verschiedenen methodischen Zugängen gewonnenen Erkenntnisse diskutiert. Hierzu wird vertieft, in welcher Form die Sekundäranalyse durch die Ergebnisse aus Interviews und Befragung erweitert oder verifiziert wurde. Darüber hinaus werden Bezüge der eigenen Resultate zum theoretisch-analytischen Rahmen konkretisiert. Schließlich erfolgt eine kritische Reflexion der eingesetzten Methoden.

5.1 Chancen und Hemmnisse aus der Sicht Deutschlands

Im Kapitel 4.2 wurden Ergebnisse der Zuwanderung indischer Pflegekräfte aus der Perspektive Deutschlands vorgestellt. Hierzu zählte eine Darstellung (A) der Verwertbarkeit in Indien erworbener Kenntnisse in der deutschen Altenpflege sowie (B) sprachliche und (C) kulturelle Aspekte im Zusammenhang mit der Beschäftigung indischer Pflegekräfte in Deutschland.

(A) Anschlussfähigkeit indischer Kompetenzen in Deutschland

Wesentliche Erkenntnisse zur Anschlussfähigkeit in Indien erworbener Kompetenzen in der deutschen Altenpflege fasst die Tabelle 28 auf S. 177 differenziert nach methodischen Zugängen zusammen. Mit der Sekundäranalyse wurden als erstes wesentliche Kennzeichen der indischen Pflegeausbildung aufgezeigt sowie das in Deutschland praktizierte Verfahren zur Anerkennung im Ausland erworbener Abschlüsse. Darauf aufbauend ließ sich abschätzen, inwiefern in Indien erworbene Qualifikationen von deutschen Behörden anerkannt werden: Indische Pflegekräfte müssen voraussichtlich mindestens einen Bachelor-Abschluss nachweisen, damit ihre Ausbildung in Deutschland direkt, ohne weitere Anpassungsmaßnahmen, anerkannt werden kann. Die Anerkennung indischer Abschlüsse bleibt allerdings eine Einzelfallentscheidung, die sich nicht nur für den Autor dieser Arbeit, sondern auch für zuwandernde Pflegekräfte einer sicheren Bewertung entzieht. Das deutsche Anerkennungsverfahren ist damit ein Hemmnis der Zuwanderung indischer Pflegekräfte.

Weder durch die systematische Literaturrecherche noch durch andere Suchstrategien konnten Studien über die Praxiserfahrungen mit der Tätigkeit indischer Pflegekräfte in deutschen Pflegeeinrichtungen identifiziert werden. Aus diesen Gründen wurde in der Ergebnisdarstellung ausschließlich auf die vom Verfasser durchgeführte Erhebung, d. h. Interviews und schriftliche Befragung, zurückgegriffen.

Die Interviews zeigten, dass indische Pflegekräfte über wenige Kenntnisse zur körpernahen Grundpflege verfügen, weil diese in indischen Krankenhäusern oft von Angehörigen übernommen wird. Auch das Kastenwesen trug in der Vergangenheit dazu bei, dass die Distanz zwischen indischen Pflegekräften und Patienten größer als in Deutschland zu Pflegebedürftigen in einem Altenheim ist. Die indischen Interviewpartner und Experten des indischen Gesundheitswesens waren aber überwiegend der Meinung, dass körpernahe Tätigkeiten vermehrt auch in Krankenhäusern in Indien Einzug halten und die Bereitschaft, grundpflegerische Tätigkeiten auszuüben, zunimmt.

Die vom Verfasser durchgeführte explorative Befragung kommt tendenziell zu ähnlichen Ergebnissen. In der Untersuchungsgruppe gab nur eine Minderheit an, Probleme mit körpernahen Tätigkeiten zu haben. Das berufliche Ethos indischer Pflegekräfte muss also nicht im Widerspruch zu einer Tätigkeit in der deutschen Altenpflege stehen.

Da der professionelle Hintergrund und die Kenntnisse indischer Pflegekräfte keine herstellbaren Bezüge zu Theorien aufweisen, wurde - im Gegensatz zu den noch folgenden Tabellen in diesem Kapitel – die letzte Reihe in der Tabelle 28 nicht ausgefüllt.

Tabelle 28: Wesentliche Erkenntnisse und theoretischer Bezug der „Anschlussfähigkeit indischer Kompetenzen in Deutschland“

THEMA	SEKUNDÄRANALYSE	INTERVIEWS	BEFRAGUNG
Ausbildung Indien	In Indien werden Pflegekräfte nur in der Krankenpflege ausgebildet. Es ist ein akademisches System.		
Anerkennung in Deutschland	Es sind individuelle Anpassungsmaßnahmen notwendig bei festgestellten Unterschieden zwischen Ausbildungsinhalten in Indien und Deutschland. Die direkte Anerkennung in Indien erworbener Pflegeausbildung setzt voraussichtlich mindestens einen Bachelor-Abschluss voraus.		
Grundpflege		Indische Pflegekräfte haben wenig grundpflegerische Erfahrungen. Indische Krankenhäuser orientieren sich zunehmend am westlichen Versorgungsmodell und das Kastenwesen (= große Distanz zwischen Pflegebedürftigen und Patienten) hat in der professionellen Pflege an Bedeutung verloren.	Etwas mehr als die Hälfte der Befragten zeigt sich offen für grundpflegerische Tätigkeiten.
Theoretisch-analytische Bezüge	-		

Quelle: Eigene Darstellung

(B) Sprache und Deutschlernen

Zum Thema Sprache wurde mit der Sekundäranalyse gezeigt, dass gute Deutschkenntnisse in den Pflegeberufen von großer Bedeutung sind. Insbesondere in der Kommunikation mit dementiell beeinträchtigten Menschen ist eine ausgeprägte Sprachkompetenz laut der recherchierten Literatur wichtig.

Die Resultate der systematischen Literaturrecherche sind konsistent mit den in Interviews gewonnenen Erkenntnissen. Die Interviewpartner machten darauf aufmerksam, dass unzureichende Deutschkenntnisse ein großes Hemmnis der Beschäftigung indischer Pflegekräfte darstellen. Insbesondere zu Beginn ihrer Tätigkeit, wenn sie noch nicht lange in Deutschland sind, ist die Sprachbarriere laut der Interviewpartner groß, was sich vor allem negativ auf die Pflege dementiell beeinträchtigter Menschen auswirkt.

Zusätzlich zur Sekundäranalyse konnten in den Interviews Faktoren identifiziert werden, die sich positiv auf den Erwerb der deutschen Sprache und Lernfortschritte auswirken. Genannt wurde als erstes die hohe Motivation, mit der indische Pflegekräfte die neue Fremdsprache lernen. Dies wird grundsätzlich in der schriftlichen Befragung bekräftigt, bei der sich gut zwei Drittel der Teilnehmer bereit erklärten, für eine Auswanderung Deutsch zu lernen und entsprechende Kurse vor einer Ausreise zu belegen.

Die Interviewpartner betonten, dass der regelmäßige Austausch mit deutschen Muttersprachlern sehr wichtig für die Festigung der Sprachkompetenzen ist. Dieser lässt sich bspw. durch eine intelligente Schichtplanung unterstützen, bei der mehrere Inder getrennt voneinander in unterschiedlichen Wohnbereichen eines Pflegeheims eingesetzt werden. Unsicherheiten, Scham und Ängste waren für die Konsolidierung von Sprachkompetenz hinderlich; zumindest indirekt, weil dann Vermeidungsstrategien aktiviert wurden, um möglichst wenig auf Deutsch zu kommunizieren.

Die Sprachkompetenz von Indern wurde tendenziell als hoch beurteilt; oft begründet durch ihre mehrsprachige Sozialisierung. Die Interviewpartner waren der Meinung, dass Inder zügig Deutsch auf einem Niveau erlernen können, mit dem sie sich gut im beruflichen Alltag zurechtfinden.

Die Interviewergebnisse sind konsistent mit wesentlichen Befunden der Sprachlehrforschung. In Forschung und den eigenen Interviews werden die Motivation und die Kontaktmöglichkeiten mit der Fremdsprache als förderliche Lernfaktoren genannt und Ängste als hemmende, wie in der Tabelle 29 zusammenfassend u. a. dargestellt.

Tabelle 29: Wesentliche Erkenntnisse und theoretischer Bezug zu „Sprache und Deutschlernen“

THEMA	SEKUNDÄRANALYSE	INTERVIEWS	BEFRAGUNG
Bedeutung Sprache in der Pflege	Sprache ist eine Schlüsselkompetenz in der Altenpflege.		
Sprachliche Herausforderungen	Besondere sprachliche Herausforderungen bestehen in der Kommunikation mit dementiell beeinträchtigten Menschen.	Schlechte Deutschkenntnisse sind ein großes Hemmnis einer Tätigkeit indischer Pflegekräfte in deutschen Altenheimen, vor allem im Umgang mit dementiell Beeinträchtigten.	
Fördernde Faktoren Deutschlernen		Indische Pflegekräfte sind hoch motiviert Deutsch zu lernen, wenn damit die Möglichkeit auszuwandern verbunden ist. Für eine gute und schnelle Vermittlung von ausreichenden Deutschkenntnissen ist ein intensiver Austausch mit deutschen Muttersprachlern zu fördern.	Knapp zwei Drittel der Befragten wären bereit, Deutsch zu lernen, wenn damit die Möglichkeit einer Auswanderung verbunden ist.
Hemmende Faktoren		Indische Pflegekräfte hatten Angst vor Fehlern und empfanden Scham bei der Anwendung der deutschen Sprache.	
Sprachkompetenzen von Indern	Inder sind durch die weite Verbreitung der englischen Sprache i. d. R. mehrsprachig sozialisiert.	Indische Pflegekräfte können in einer kurzen Zeit Deutsch auf einem Niveau erlernen, das für eine Tätigkeit in der Altenpflege ausreicht.	
Theoretisch-analytische Bezüge	Wesentliche Befunde der Sprachlehrforschung in Bezug auf förderliche und hemmende Faktoren zum Erwerb einer Fremdsprache (Motivation, Kontaktmöglichkeiten mit der Zielsprache, Angst) werden auch in der eigenen Untersuchung gefunden.		

Quelle: Eigene Darstellung

(C) Kulturelle Aspekte

Die Sekundäranalyse gibt Einsichten zur kulturellen Prägung von Indern und die Interviews konkretisieren diese für indische Pflegekräfte, wie die Tabelle 30 auf S. 182 verdeutlicht. Zunächst zeigt die recherchierte Literatur, dass sich in Indien das Kastenwesen in den Einstellungen gegenüber Hierarchien und sozialen Ungleichheiten konserviert hat – hierarchische und soziale Gefälle sind im modernen Indien nach wie vor sehr groß. Auch in Deutschland tätige indische Pflegekräfte wurden von Interviewpartnern als obrigkeitshörig und ehrfürchtig gegenüber Vorgesetzten empfunden.

Indien ist laut den Ergebnissen der Sekundäranalyse eine stark kollektivistische Gesellschaft - d. h. die Familie und der gemeinschaftliche Zusammenhalt stehen im Vordergrund, die Interessen des Kollektivs dominieren und auch in indischen Unternehmen werden Aufgaben erledigt, um die Beziehungen innerhalb der Gruppe zu stärken. Der Respekt gegenüber Älteren ist im kollektivistischen Indien groß. Man schaut zu ihnen bspw. in ihrer Rolle als Familienoberhaupt auf. Die Resultate wurden in den Interviews bestätigt. Der große Respekt, den Inder gegenüber Senioren zeigen, ist demnach eine Chance für die Tätigkeit indischer Pflegekräfte aus der Sicht von deutschen Arbeitgebern.

Patriarchalische Führungsstile haben sich aufgrund der kollektivistischen Prägung in indischen Unternehmen laut der Sekundäranalyse und bei indischen Pflegekräften gemäß den Interviewpartnern bewährt.

Kritik wird laut der Sekundäranalyse von Indern, wenn überhaupt, nur indirekt, „zwischen den Zeilen“ geäußert. Sie legen sich seltener als Europäer fest und geben häufiger sozial erwünschte Antworten. In den Interviews bemängelten deutsche Leitungskräfte die (unzureichende) Kritikfähigkeit und die indirekte Art der Kommunikation indischer Pflegekräfte.

Darüber hinaus unterscheiden sich Lebensstile in Deutschland und Indien laut der recherchierten Quellen. Scheidungsraten sind in Deutschland höher als in Indien, der Umgang mit Sexualität ist hier ebenso freizügiger wie Kleidungsstile. In den Interviews berichteten indische Pflegekräfte und deutsche Leitungskräfte zu Beginn

einer Tätigkeit in Deutschland von Problemen damit, sich auf die anderen Lebensstile einzustellen. Die Ergebnisse sind nicht konsistent mit denen der explorativen Befragung, in der die Mehrheit der Teilnehmer keine Herausforderungen darin sieht, sich mit freizügigeren Lebensstilen zu arrangieren. Dies mag daran liegen, dass die Befragten wenige Vorstellungen zum Leben in Deutschland haben. Auch ist denkbar, dass sich in den Antworten eine zunehmende Verbreitung westlicher Lebensstile in indischen Metropolen widerspiegelt – die meisten Respondenten sind jung und stammen aus Ballungsgebieten.

Indien ist eine polychrone Gesellschaft, d. h. das Zeitverständnis ist zyklisch und Zeit wird als weniger wertvoll aufgefasst. Die Sekundäranalyse erbrachte zudem, dass Indern die Ausübung ihrer Religion auch im Ausland wichtig ist. In den Interviews wurde bestätigt, dass sich neu in Deutschland lebende indische Pflegekräfte an das andere Zeitverständnis gewöhnen müssen und deshalb teilweise verspätet bei Terminen erscheinen. Das Thema Religion stand nicht im Vordergrund – voraussichtlich, weil die Interviewpartner aufgrund der Religionsfreiheit keine religiösen Einschränkungen in Deutschland erleben. In der vom Verfasser durchgeführten schriftlichen Befragung war es etwa der Hälfte der Probanden wichtig, die eigene Religion im Ausland frei praktizieren zu können. Unter Umständen spiegeln sich unter den jungen Befragten säkulare Tendenzen wider, wenngleich zu diesem Punkt keine eindeutigen Aussagen getroffen werden können.

Kulturelle Herausforderungen lassen sich laut der Interviewpartner durch eine intensive Begleitung indischer Pflegekräfte zu Beginn einer Tätigkeit in Deutschland überwinden. Der Einsatz von Mentoren bzw. Paten hat sich ebenso als sinnvoll herausgestellt wie interkulturelle Schulungen.

Die eigenen Ergebnisse sind konsistent mit den theoretischen Befunden von Hofstede et al. (2010) und Hall (1989) in einer anderen Branche (frauendominierte Pflege), mit einer anderen Methodik (qualitative, semi-strukturierte Interviews) und für eine andere Zeit (aktuelle Untersuchung). Bei Hofstede et al. (2010) manifestieren sich kulturelle Unterschiede zwischen Deutschland und Indien am meisten in der Dimension „Machtdistanz“. Die Interviewpartner in der eigenen Untersuchung nannten den Umgang mit Macht und sozialer Ungleichheit ebenfalls am häufigsten als kulturelles Hemmnis einer Eingliederung indischer Pflegekräfte (Tabelle 19 auf S. 120). Auch weitere Befunde Hofstedes (in der deutschen Gesellschaft ist das

Ausmaß an Individualismus, Unsicherheitsvermeidung und Maskulinität ausgeprägter als in Indien) lassen sich in der eigenen Untersuchungsgruppe finden. Zu den Kulturdimensionen „Langzeit-/Kurzzeitorientierung“ und „Befriedigung/Einschränkung“ erlauben die Interviewergebnisse keine eindeutigen Aussagen.

Nach Hall (1989) kann Indien im Gegensatz zu Deutschland als Gesellschaft mit einer hohen Kontextorientierung charakterisiert werden. Auch die Interviewergebnisse ergeben Hinweise darauf, dass Indien ein Kulturkreis mit hoher Kontextorientierung ist (indirekte Kommunikation, zwischenmenschliche Beziehungen sind wichtig und viel Wert wird daraufgelegt, das Gegenüber nicht zu verletzen).

Tabelle 30: Wesentliche Erkenntnisse und theoretischer Bezug der „Kulturellen Aspekte“

THEMA	SEKUNDÄRANALYSE	INTERVIEWS	BEFRAGUNG
Hierarchien	Das moderne Indien ist geprägt durch große hierarchische und soziale Gefälle.	Indische Pflegekräfte werden als obrigkeitshörig, zurückhaltend und ehrfürchtig gegenüber Leitungskräften beschrieben.	
Kollektivismus	Die Familie bleibt der soziale und emotionale Ankerpunkt von Indern.	Der gemeinschaftliche Zusammenhalt ist indischen Pflegekräften sehr wichtig.	
Führungsstile	Patriarchalische Führungsstile haben sich bewährt.	Empathische Leitungskräfte fanden leichter Zugang zu indischen Pflegekräften.	
Umgang mit Älteren	Älteren wird großer Respekt zuteil, bspw. in ihrer Rolle als Familienoberhaupt.	Indische Pflegekräfte haben großen Respekt vor Pflegebedürftigen.	
Kommunikationsstile	Kritik wird indirekt geäußert. Vorgesetzte werden kaum kritisiert.	Indische Pflegekräfte werden als wenig kritikfähig empfunden und äußern Kritik indirekter als Deutsche.	
Lebensstile	Ehen werden in Indien seltener als in Deutschland geschieden, Einstellungen zur Sexualität sind konservativer und Kleidungsstile sind weniger freizügig.	Es fällt indischen Pflegekräften zu Beginn schwer, sich in die freizügigere Lebenswelt deutscher Mitschüler hineinzusetzen.	Fast sechs von zehn der Befragten sehen keine Probleme damit, sich mit freizügigeren Lebensstilen bei einer Auswanderung nach Deutschland zu arrangieren.
Umgang mit Zeit	Indier haben ein polichrones Zeitverständnis.	Indische Pflegekräfte müssen sich in Deutschland an den anderen Umgang mit Zeit gewöhnen, passen sich aber schnell an.	

THEMA	SEKUNDÄRANALYSE	INTERVIEWS	BEFRAGUNG
Religion	Die freie Ausübung ihrer Religion ist in dem auch im Ausland wichtig.	Nur wenige Aussagen zum Thema Religion.	Etwas mehr als der Hälfte der Respondenten ist es wichtig, im Ausland die eigene Religion frei praktizieren zu können.
Kultursensible Begleitung		Interkulturelle Schulungen für indische Pflegekräfte, deutsche Kollegen und Führungskräfte haben sich ebenso bewährt wie der Einsatz von Mentoren zu Beginn einer Tätigkeit in Deutschland.	
Theoretisch-analytische Bezüge	Die eigenen Ergebnisse sind konsistent mit gängigen kulturtheoretischen Ansätzen wie den Kulturdimensionen von Hofstede et al. (2010) und Hall (1989). Analog der „Kulturdimensionen“ von Hofstede et al. (2010) wurden in den Interviews die meisten kulturellen Herausforderungen im anderen Umgang mit Hierarchien gesehen.		

Quelle: Eigene Darstellung

5.2 Chancen und Hemmnisse aus der Sicht Indiens

Das Kapitel 4.3 präsentiert Chancen und Hemmnisse aus der Sicht Indiens, was im Folgenden eine Diskussion von Migrationsfolgen (A) in ökonomischer Hinsicht und (B) für das Humankapital im Herkunftsland meint.

(A) Ökonomische Effekte von Migration

Da die Ergebnisse zu den ökonomischen Effekten der Migration für das Herkunftsland Indien ausschließlich auf der Sekundäranalyse basieren, kann kein tabellarischer Vergleich der eigenen empirischen Ergebnisse erfolgen. Aus der Sekundäranalyse geht als erstes hervor, dass die getätigten Remissionen bzw. finanzielle Rücktransfers erheblich sind. Im Jahr 2008 empfing Indien mit 55 Mrd. Euro weltweit die meisten Remissionen. Große Summen flossen insbesondere in das südindische Kerala; dem Bundesstaat, aus dem die meisten ausgewanderten Pflegekräfte stammen.

Remissionen können soziale Ungleichheiten und Ersatzmigration begünstigen. Unter dem Strich überwiegen aber laut der Literaturanalyse positive Effekte. Remissionen erhöhen die Einkommen der in der Heimat verbliebenen Familien. In Kerala haben sie zu steigenden Löhnen, neuen Beschäftigungsmöglichkeiten und erhöhten Investitionen in Bildung geführt. Dabei sind Remissionen vergleichsweise niedrigen Schwankungen ausgesetzt, weil in Krisenzeiten Migranten mehr dazu neigen, Familienangehörige finanziell zu unterstützen.

Die Entwicklungen in Kerala, mittlerweile einer der ökonomisch und sozial fortschrittlichsten indischen Bundesstaaten, lassen sich laut der recherchierten Literatur wesentlich auf den Fluss von Remissionen zurückführen. Die Migration indischer Pflegekräfte für Indien ist aus ökonomischer Perspektive mit Chancen verbunden.

Die Resultate zu ökonomischen Effekten von Migration folgen den theoretischen Prämissen des Transnationalismus und der Neuen Migrationsökonomie. Demnach halten im Ausland lebende indische Migranten Kontakte zu ihrer Familie in der Heimat aufrecht. Sie streben mit einer Auswanderung nicht nur eine ökonomische Statusaufwertung für sich selbst an, sondern auch für ihre Angehörigen.

(B) Auswirkungen auf das Humankapital

Die Ergebnisse zu den Auswirkungen von Migration auf das Humankapital beruhen überwiegend auf der Sekundäranalyse, wie in der Tabelle 31 auf S. 187 zusammenfassend dargestellt wird. Die recherchierten Studien zeigten als erstes, dass in mehreren kleinen afrikanischen Staaten mit unzureichender medizinisch-pflegerischer Versorgung und niedriger Zahl an Gesundheitspersonal ein großer Anteil der im Inland ausgebildeten Pflegekräfte und Ärzte ins Ausland ausgewandert ist. Der Brain Drain-Ansatz bringt die Einzelfaktoren in den folgenden kausalen Zusammenhang: Auswanderung verringert das Angebot an Gesundheitsfachkräften im Herkunftsland und verschärft medizinisch-pflegerische Versorgungsengpässe. Es gibt Gewinner (die empfangenden Industrieländer) und Verlierer (die entsendenden Entwicklungs- und Schwellenländer). Dieser Logik folgend veröffentlichte die WHO eine Übersicht mit Staaten, die bei der Migration von Pflegekräften besonders schutzbedürftig sind. Auch Indien wurde zu diesen Ländern gezählt.

Die Sekundäranalyse verdeutlichte, dass der Brain Drain-Ansatz zur Erklärung der Folgen von Migration im Gesundheitswesen aus der Perspektive von vielen Herkunftsländern unzureichend ist. Als erstes bleibt die Größe eines Landes unberücksichtigt. Die Migration von Fachkräften beeinflusst das Erwerbspotenzial in bevölkerungsreichen Ländern weniger als in kleinen. In Indien fällt die Auswanderung von Fachkräften bei rund 700 Mio. Menschen im erwerbsfähigen Alter nur sehr wenig ins Gewicht.

Darüber hinaus wirkt sich Auswanderung nicht unter allen Bedingungen negativ auf das Arbeitskräfteangebot in Herkunftsländern aus. Empirische Forschungsergebnisse erbrachten sogar Hinweise auf positive Effekte: Die Motivation in einem Beruf tätig zu werden ist größer, wenn damit Chancen einer Auswanderung verbunden sind. In Kerala hatte sich laut der recherchierten Literatur die Zahl der Neuimmatrikulationen in der Pflege erhöht, weil sie bessere Möglichkeiten auszuwandern bietet als andere Berufe. Nach einer Ausbildung kann oder möchte nicht mehr jeder Einzelne auswandern. Die Zahl der indischen Pflegekräfte hat sich deshalb durch Auswanderung nicht nur im Ausland erhöht, sondern im Saldo indirekt voraussichtlich auch in Indien. Die Ergebnisse der Sekundäranalyse sind in diesem Punkt konsistent mit denen der explorativen Befragung. In der eigenen Befragungsgruppe ant-

worteten mehr als sechs von zehn der in der indischen Pflege tätigen Respondenten, dass die persönliche Entscheidung für eine Pflegeausbildung durch Auswanderungsmöglichkeiten positiv beeinflusst wurde.

Einen Gegenentwurf zum Brain Drain-Ansatz liefert der sogenannte Brain Gain. Bei ihm stehen die Chancen von Migration durch transnationale Netzwerke im Vordergrund. Im Ausland lebende Inder können „Brückenbauer“ sein und damit Arbeitsmärkte und die Ökonomie in Herkunftsländern stimulieren. Dies belegen Beispiele aus der indischen IT-Industrie (Gründung neuer Technologieparks) und dem Gesundheitswesen (Gründung neuer Krankenhauskonzerne).

Positive Effekte durch Migration werden in der Literatur insbesondere mit zirkulären Wanderungsbewegungen verbunden, bei denen Migranten nach einem Auslandsaufenthalt wieder in ihre Heimat zurückkehren. Empirische Beobachtungen zeigen, dass mehrmalige Wanderungen zwischen unterschiedlichen Herkunfts- und Zielländern zunehmen und mehr asiatische Migranten aus den Industrienationen wieder in ihr Geburtsland zurückkehren.

Die im Ausland gesammelten Erfahrungen müssen für einen Brain Gain allerdings verwertbar sein; d. h. eine Diffusion von Kenntnissen und Technologien setzt bestimmte strukturelle Gegebenheiten voraus. Unter den aktuellen Rahmenbedingungen im indischen Gesundheitswesen - die medizinische Versorgung der überwiegend jungen Bevölkerung steht im Vordergrund und Altenpflege ist noch keine flächendeckend verbreitete professionelle Disziplin - wären in deutschen Pflegeheimen erworbene Fähigkeiten voraussichtlich nicht von großem Nutzen. Der enorm ansteigende Bedarf an Angeboten der Langzeitpflege in Indien weisen aber ebenso wie die Rückmeldungen aus den Interviews darauf hin, dass Pflegekräfte mit deutschem Know-how möglicherweise in Zukunft Entwicklungen zur Professionalisierung in der Altenpflege begleiten könnten.

Die vorliegende Arbeit reiht sich, aufbauend auf dem Transnationalismus, in die Brain Gain-Ansätze ein. Im Zusammenhang mit der Migration indischer Pflegekräfte wurden überwiegend Chancen für das Humankapital in Indien identifiziert.

Tabelle 31: Wesentliche Erkenntnisse und theoretischer Bezug der „Auswirkungen auf das Humankapital“

THEMA	SEKUNDÄRANALYSE	INTERVIEWS	BEFRAGUNG
Brain Drain	Aus kleinen afrikanischen Staaten ist ein großer Anteil der im Inland ausgebildeten Fachkräfte des Gesundheitswesens ausgewandert.		
	Indien wird von der WHO zu den Staaten mit einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften gezählt.		
	Indien hat weltweit eine der niedrigsten Raten an Fachkräfteauswanderung (bezogen auf das Erwerbspersonenpotenzial).		
	Gute Möglichkeiten auszuwandern erhöhen die Attraktivität einer Pflegeausbildung. Die Zahl der Pflegestudenten hat sich in Kerala deshalb voraussichtlich deutlich erhöht.		Gute Möglichkeiten auszuwandern waren für mehr als sechs von zehn der Befragten ein Grund, eine Pflegeausbildung aufzunehmen.
Brain Gain	Die Migrationsrealität ist komplexer geworden. Die Rückkehrbereitschaft asiatischer Fachkräfte nimmt zu.		
	In transnationalen Netzwerken wurde die indische IT-Industrie aufgebaut. Auch das indische Gesundheitswesen hat durch transnationale Netzwerke profitiert.		
	Bei einer Rückkehr indischer Fachkräfte muss für einen Know-how-Transfer das im Ausland erworbene Wissen in Indien verwertbar sein.		
	Unter den aktuellen strukturellen Bedingungen des indischen Gesundheitswesens wäre in der deutschen Altenpflege erworbenes Know-how in Indien schlecht verwertbar. Gleichzeitig ist das Marktpotenzial in der indischen Altenpflege/Geriatrie groß.	Aus Deutschland zurückkehrende indische Pflegekräfte könnten die Professionalisierung in der indischen Altenpflege begleiten.	
Theoretisch-analytische Bezüge	Die Ergebnisse der Sekundäranalyse und der Befragung stehen im Widerspruch zu den Prämissen der Brain Drain-Forschung. Es wurde gezeigt, dass die Migration von Pflegekräften nicht unter allen Bedingungen mit einem „Verlust“ an Arbeitskräften für das Herkunftsland verbunden ist. Stattdessen ist indirekt sogar eine Erhöhung des inländischen Arbeitskräfteangebots durch Auswanderung denkbar, wenn sich in bevölkerungsreichen Herkunftsländern die Attraktivität bestimmter Ausbildungen steigert. Die durchgeführte Untersuchung reiht sich daher, aufbauend auf dem Transnationalismus, in die Brain Gain-Ansätze ein, auch wenn unter den aktuellen strukturellen Rahmenbedingungen im indischen Gesundheitswesen an einer Übertragbarkeit der in der deutschen Altenpflege vermittelten Kenntnisse gezweifelt wird.		

Quelle: Eigene Darstellung

5.3 Chancen und Hemmnisse für indische Pflegekräfte

In Kapitel 4.4 wurden Ergebnisse zu Chancen und Hemmnissen für indische Pflegekräfte präsentiert. Darunter fiel eine Darstellung (A) von Migrationstreibern, (B) von Migrationshemmnissen sowie (C) der Zielregionen migrierender Pflegekräfte aus Indien und ihre Bereitschaft, nach Deutschland auszuwandern.

(A) Migrationshemmnisse

Die eigene Untersuchung basiert im Sinne der mikroökonomischen Theorie sowie von Push und Pull auf der Prämisse, dass indische Pflegekräfte bei einer Migrationsentscheidung die erwarteten Kosten mit dem erwarteten Nutzen gegenseitig aufwiegen. Zu den Migrationskosten zählen laut der Sekundäranalyse zunächst finanzielle Aufwendungen; vor allem bei einer Auswanderung in die Industrieländer. Die Interviewpartner bestätigten dies und berichteten von Kosten einer Auswanderung in Höhe von bis zu fast 10.000 Euro. In der schriftlichen Befragung wurden finanzielle Kosten am häufigsten als Migrationshemmnis genannt.

Teuer wird eine Auswanderung insbesondere dann, wenn private Arbeitsvermittler beauftragt werden müssen. Ihr Ruf ist schlecht. In der Literatur wurde von Missbrauchsfällen berichtet, von denen in der Pflege insbesondere Frauen betroffen sind.

Soziale Kosten der Migration ergeben sich aus der räumlichen Trennung zur Familie und zu Freunden. Laut der Interviews haben indische Pflegekräfte vor allem Heimweh bei besonderen Familienanlässen. In der schriftlichen Befragung war die Trennung zur Familie für rund ein Drittel der Befragten ein großes Migrationshemmnis. Die eigenen Ergebnisse folgen damit tendenziell der Logik der bevölkerungsgeografischen Ansätze, weil sie Hinweise liefern, dass für die befragten indischen Pflegekräfte die geografische Distanz eine Rolle bei einer Migrationsentscheidung zu spielen scheint.

Schließlich wurden durch die Sekundäranalyse restriktive Aufenthaltsbestimmungen als Hindernis einer Migration identifiziert. Exemplarisch wurde für die USA gezeigt, dass verschärfte Visa-Auflagen die Zuwanderung von indischen Pflegekräften stark einschränkten, wie die Tabelle 32 u. a. zusammenfassend darstellt.

Tabelle 32: Wesentliche Erkenntnisse und theoretischer Bezug der „Migrationshemmnisse“

THEMA	SEKUNDÄRANALYSE	INTERVIEWS	BEFRAGUNG
Finanzielle Kosten	Für eine Auswanderung müssen bis zu ca. 2.000 Euro gezahlt werden.	Eine Auswanderung in die Industrieländer kostet bis zu 9.600 Euro.	Finanzielle Kosten werden von mehr als vier von zehn der Befragten, und damit am häufigsten, als großes Hemmnis einer Auswanderung genannt.
	Hohe Kosten sind mit der Beauftragung von Arbeitsvermittlern, deren Ruf schlecht ist, verbunden.		
Soziale Kosten		Das Heimweh ist vor allem bei außergewöhnlichen familiären Anlässen groß.	Für ungefähr drei von zehn der Befragten ist es ein großes Hemmnis, Familie und Freunde zu verlassen.
Aufenthaltsbestimmungen im Ziel-land	Zuwanderungsrechtliche Restriktionen führten zu einem Einbruch der Auswanderung indischer Pflegekräfte in die USA.		
Theoretisch-analytische Bezüge	Die vom Autor durchgeführte Untersuchung folgt bei der Diskussion um Hemmnisse der Migration indischer Pflegekräfte den Prämissen wesentlicher migrationstheoretischer Konstrukte wie der Mikroökonomie, den Genderansätzen, Push und Pull sowie der Bevölkerungsgeografie.		

Quelle: Eigene Darstellung

(B) Migrationstreiber

Die Sekundäranalyse verdeutlichte, dass sehr viele indische Pflegekräfte motiviert sind, auszuwandern. In den recherchierten Studien hatten wie in der eigenen Befragungsgruppe rund zwei Drittel aller Respondenten Migrationsaspirationen, wobei sie in der Pflege deutlich ausgeprägter waren als in der Vergleichsgruppe, den Managementstudenten.

Im Ausland streben indische Pflegekräfte Einkommenszuwächse an. Insbesondere in den Industrieländern können sie ein Vielfaches der üblicherweise in Indien gezahlten Löhne (zwischen 35 Euro und 500 Euro im Monat) verdienen. Die eigenen Ergebnisse decken sich damit weitgehend mit den Annahmen der makro- und mikroökonomischen Migrationstheorien, welche in höheren Löhnen den Haupttreiber einer Auswanderung sehen.

Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung im Zielland waren laut der eigenen Untersuchungsergebnisse für indische Pflegekräfte wichtiger als es die neoklassische Migrationstheorie postuliert. In einigen recherchierten Studien war die berufliche Weiterentwicklung ebenso wie in der vom Verfasser durchgeführten schriftlichen Befragung der zentrale Migrationstreiber, noch vor der Aussicht auf höhere Einkommen. Neben größeren Arbeitsplatzsicherheiten versprechen sich indische Pflegekräfte im Ausland eine stärkere ideelle Wertschätzung ihrer Tätigkeit und eine bessere Zusammenarbeit mit ärztlichem Personal.

Weniger wichtig, aber keinesfalls unbedeutend bei einer Migrationsentscheidung, war indischen Pflegekräften die persönliche Weiterentwicklung. Laut der Sekundäranalyse strebten indische Pflegekräfte nach Selbstverwirklichung und danach, ein modernes, westliches Leben zu führen.

Schließlich können indische Pflegekräfte motiviert sein, aus sozialen Gründen auszuwandern. Hierzu zählt im Sinne der Netzwerk-Ansätze Kettenmigration – also Wanderungsbewegungen in Länder, in denen bereits Familienangehörige leben.

Die zentralen Erkenntnisse aus Sekundäranalyse und eigener schriftlicher Befragung fasst die folgende Tabelle 33 ebenso zusammen wie die theoretischen Bezüge.

Tabelle 33: Wesentliche Erkenntnisse und theoretischer Bezug der „Migrationstreiber“

THEMA	SEKUNDÄRANALYSE	BEFRAGUNG
Migrationsaspirationen	Viele indische Pflegekräfte planen auszuwandern - 63 % bis 68 % in den identifizierten Studien.	Drei Viertel der Lehrkräfte, sieben von zehn der Pflegekräfte und zwei Drittel der Pflegestudenten waren in der eigenen Befragungsgruppe motiviert auszuwandern.
Einkommenszuwächse	Für indische Pflegekräfte sind bessere Verdienstmöglichkeiten im Ausland ein wesentlicher Treiber der Migration.	Für sechs von zehn Respondenten sind höhere Löhne im Ausland ein Grund auszuwandern.
Berufliche Weiterentwicklung	Berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten sind für indische Pflegekräfte ein zentraler Migrationstreiber.	Fast acht von zehn der Befragten begründen ihre Migrationsabsichten mit dem Wunsch nach beruflicher Weiterentwicklung.
Persönliche Weiterentwicklung	Indische Pflegekräfte können im Ausland bspw. eine neue Kultur kennenlernen und sie werden bei ihrem Streben nach einer westlichen, modernen Lebensführung unterstützt.	
Soziale Aspirationen	Indische Migranten ziehen eher in Länder, in denen bereits Familienangehörige leben und in der die Lebensbedingungen für die eigene Familie positiv ist.	
Theoretisch-analytische Bezüge	Berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten hatten in der eigenen Untersuchung größeren Einfluss auf die Migrationsentscheidung indischer Pflegekräfte als durch die klassischen Theorien postuliert, welche in höheren Löhnen die Haupttreiber einer Zuwanderung sehen. Ansonsten sind die Ergebnisse konsistent mit gängigen migrations-theoretischen Ansätzen.	

Quelle: Eigene Darstellung

(C) Zielregionen indischer Pflegekräfte und Bereitschaft einer Auswanderung nach Deutschland

In den vergangenen Jahrzehnten waren migrierende indische Pflegekräfte vor allem in die Golfstaaten ausgewandert. Indessen wünschen sich die meisten eine Auswanderung in die westlichen Industrieländer. Dies verdeutlichen Studienergebnisse und die eigene explorative Befragung, in der die englischsprachigen OECD-Länder die bevorzugte Zielregion war. Allen voran in die USA und Großbritannien waren indische Pflegekräfte in den 2000er Jahren in nennenswerten Größenordnungen migriert.

In Deutschland leben bislang mit knapp 50.000 verhältnismäßig wenige Inder. Die indische Gemeinschaft ist klein. Neue Zuwanderung würde deshalb im Sinne der Netzwerk-Ansätze und des Konzepts des sozialen Kapitals kaum durch Kettenmigration eingeleitet werden können. Zudem besteht eine deutlich größere Sprachbarriere im Vergleich mit bspw. den USA und Großbritannien.

In welchem Ausmaß indische Pflegekräfte bereit wären, nach Deutschland auszuwandern, lässt sich auf der Grundlage der Ergebnisse nicht abschließend bewerten. Es ergaben sich aber in der vom Verfasser durchgeführten Untersuchung Hinweise, dass trotz der geschilderten Hemmnisse die Migrationsneigung relativ hoch ist. Als sich mit der Green Card für IT-Fachkräfte die Möglichkeit ergab, waren Inder in größeren Zahlen nach Deutschland zugewandert. Auch die überwiegende Mehrheit der Interviewpartner hoben Deutschland als attraktives Zielland hervor. In der schriftlichen Befragung waren mehr als ein Drittel der Respondenten bestrebt, nach Deutschland auszuwandern.

Tabelle 34: Wesentliche Erkenntnisse und theoretischer Bezug der „Zielregionen indischer Pflegekräfte und Bereitschaft einer Auswanderung nach Deutschland“

THEMA	SEKUNDÄRANALYSE	INTERVIEWS	BEFRAGUNG
Wanderungsbewegungen indischer Pflegekräfte	Die meisten indischen Pflegekräfte waren in die Golfstaaten ausgewandert.		Die Golfstaaten wurden mit weniger als drei von zehn der Befragten deutlich seltener als die englischsprachigen OECD-Länder und etwas seltener als Deutschland als bevorzugte Zielregion einer Auswanderung genannt.
	Eine Migration in die Industrieländer ist mit höheren Kosten verbunden, aber auch mit größeren Chancen.		
	Die englischsprachigen Industrieländer, allen voran die USA und Großbritannien, sind die bevorzugten Destinationen.		Die englischsprachigen Industrieländer wurden mit einer Zustimmung in Höhe von zwei Dritteln am häufigsten als bevorzugte Zielregionen genannt.
Bereitschaft einer Auswanderung nach Deutschland	Eine Zuwanderung nach Deutschland ist für indische Pflegekräfte mit hohen Kosten verbunden (Sprachbarriere, kleine Diaspora, zugangsrechtliche Restriktionen).		
	Mit einer Green Card sind Inder in großen Zahlen nach Deutschland zugewandert.	Die Motivation indischer Pflegekräfte ist groß, nach Deutschland auszuwandern.	Knapp ein Drittel der Befragten sind motiviert, nach Deutschland auszuwandern.
Theoretisch-analytische Bezüge	Die Identifikation der bevorzugten Zielregionen indischer Pflegekräfte und ihre Bereitschaft einer Auswanderung nach Deutschland wurden explorativ erkundet. Gründe für oder gegen eine Kettenmigration folgen der Logik der Netzwerk-Ansätze und des Konzepts des sozialen Kapitals.		

Quelle: Eigene Darstellung

5.4 Kritische Reflexion der eingesetzten Methoden

Die Migration indischer Pflegekräfte nach Deutschland ist in vielen Aspekten ein kaum untersuchtes Gebiet. Die Forschung stellt nur wenige verwertbare Studien bereit. Aufgrund der Komplexität des Forschungsfeldes konnte diese Lücke nicht durch eine eigene Erhebung geschlossen werden. So wäre bspw. aufgrund mangelnder Kapazitäten eine repräsentative Befragung von indischen Pflegekräften ein unmögliches Unterfangen gewesen.

Im Vordergrund der Arbeit stand deshalb die explorative Erkundung und Einordnung des relativ neuen Phänomens. Ziel war nicht die Generierung von gesundheitswissenschaftlichen Thesen oder Theorien. Stattdessen sollte ein vielversprechendes Handlungsfeld besser erschlossen werden.

Diese Arbeit ist demnach insbesondere von praktischer Relevanz. Sie soll eine Handlungsgrundlage für Akteure des deutschen Gesundheitswesens sein; z. B. für Entscheidungsträger in Politik, Verbänden und Trägern. Der Forscher ist beruflich selbst in diesem Bereich tätig. Die Arbeit besitzt deshalb Züge einer Handlungsfor- schung gemäß der „action research“ nach Lewin (1946). Auch sie zeichnet sich durch eine große Nähe zur Praxis aus und soll eher zu sozialem Handeln führen als eine thesengeleitete Studie. Somit wird im Sinne des Konstruktivismus die Brauch- barkeit bzw. Viabilität der Ergebnisse sowie die Problemlösungskapazität als Über- prüfungskriterien in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Erkenntnisinteresses gerückt.

Durch ihren praktischen Fokus macht sich die Arbeit an unterschiedlichen Stellen angreifbar – dies betrifft alle methodischen Zugänge und zwar (A) die Sekundär- analyse, (B) die Interviews sowie vor allem (C) die explorative Befragung.

(A) SEKUNDÄRANALYSE

Die Datenlage zur Migration von Pflegekräften ist häufig unzureichend und die zu Indien ist noch lückenhafter. Daher mangelte es bei der Sekundäranalyse an fundierten Quellen insbesondere (A) zu den Chancen und Hemmnissen aus der Perspektive Deutschlands (Kapitel 4.2) und (B) zur Bereitschaft indischer Pflegekräfte, nach Deutschland auszuwandern (Kapitel 4.4.3). Die Sekundäranalyse hat demnach sowohl quantitativ als auch qualitativ Schwächen. In quantitativer Hinsicht konnten zu einzelnen Themen nur wenige Quellen ausgewertet werden. Die qualitativen Defizite beziehen sich auf die Güte der identifizierten Publikationen. Teilweise mussten auch graue Literatur oder journalistische Quellen wie Zeitungsberichte berücksichtigt werden, um überhaupt Erkenntnisse zu bestimmten Themen zu gewinnen.

Zudem sind meistens keine aktuellen amtlichen Statistiken über die demografische, soziale und ökonomische Situation in Indien verfügbar und ihre Qualität ist kritisch zu hinterfragen. Über die Gründe lässt sich nur spekulieren. Ohne Zweifel ist es aber in einem Land mit einer geschätzten Einwohnerzahl in Höhe von 1,3 Mrd. weitaus schwieriger und aufwändiger als bspw. in Deutschland, repräsentative Haushaltsbefragungen oder Volkszählungen durchzuführen.

Auch die in dieser Arbeit zugrunde gelegten theoretisch-analytischen Konstrukte wurden in der Literatur intensiv kritisiert. An dieser Stelle lassen sich lediglich einige prominente Beispiele aufgreifen, die vertieft in den genannten Quellen diskutiert werden.

- Die bevölkerungsgeografischen Ansätze sind statisch. Sie liefern keine generalisierbaren Erkenntnisse (Kalter 1997).
- Die makroökonomischen Theorien werden nicht hinreichend in der Empirie bestätigt. Dies betrifft u. a. eine Angleichung von Lohnniveaus in Herkunfts- und Zielland durch Migration (Kalter 1997; Massey et al. 1994).
- Die Segmentationstheorie ist kaum empirisch fundiert (Massey et al. 1993).
- Bei den mikroökonomischen Ansätzen lässt sich der jeweilige Einfluss von spezifischen Formen des Humankapitals auf eine Migrationsentscheidung schwer erfassen (Massey et al. 1994). Nicht-monetäre Faktoren werden in der mikroökonomischen, empirischen Forschung selten berücksichtigt (Kalter 1997).

- Statistische Mehrebenenanalysen, die für eine empirische Überprüfung der Neuen Migrationsökonomie erforderlich sind, werden der sozialen Realität zu wenig gerecht (Haug 2000).
- Push- und Pull-Ansätze bleiben relativ vage und Individuen sind nicht erschöpfend in der Lage, rationale Entscheidungen zu treffen (Kalter 1997).
- Beim Transnationalismus werden vor allem empirische Phänomene beschrieben. Der theoretische Mehrwert ist begrenzt (Haug 2000).
- Mit den sozialen Netzwerk-Ansätzen lassen sich auf individueller Ebene kaum konkrete Aussagen für die Migrationsbereitschaft ableiten (Haug 2000).
- Hofstede's Kulturdimensionen sind wenig generalisierbar, weil sie aus der Befragung in einem einzelnen Unternehmen (IBM) abgeleitet wurden (Jones 2007; McSweeney 2002).

(B) INTERVIEWS

Die Interviews grenzen Fragestellungen in der vorliegenden Arbeit näher ein, zu denen bei der Sekundäranalyse nicht genug Publikationen identifiziert wurden. Als erstes kann die stark selektive Auswahl der Interviewpartner kritisiert werden. Zwar wurden die Interviewpartner in erster Linie so ausgewählt, dass durch ihre Befragung neue Erkenntnisse zu erwarten waren. Allerdings waren auch pragmatische Gesichtspunkte wichtig. Es wurden eher jene Interviewpartner befragt, zu denen bereits Kontakt bestand oder gut hergestellt werden konnten.

In Deutschland wurden aufgrund des Wohnortes des Autors dieser Arbeit überwiegend Interviewpartner im Raum Berlin befragt. In Indien konzentrierten sich die Interviews auf Trivandrum und Neu-Delhi. Darüber hinaus wurden viele Interviewpartner in Indien im Sinne des „Schneeballverfahrens“ gewonnen – die zu Beginn befragten Experten gaben Empfehlungen für weitere Ansprechpartner und setzten sich im Vorfeld teilweise auch mit ihnen in Verbindung.

Ökonomische Zwänge (Zeit, Reisekosten) und der sehr breite Forschungsgegenstand hatten zur Folge, dass teilweise nur wenige Interviewpartner mit einer bestimmten Expertise bzw. eines bestimmten Hintergrundes befragt werden konnten. So wurden bspw. in Deutschland nur indische Ordensschwestern und keine indi-

schen Pflegekräfte anderer Konfessionen befragt. Auch eine stärkere Berücksichtigung von weiteren Vergleichsgruppen, bspw. von ausländischen Pflegekräften anderer Herkunft, hätte die Aussagekraft der Resultate erhöht.

Darüber hinaus lässt sich nicht ausschließen, dass viele Befragte im erwarteten Interesse des Interviewers antworteten. Unterschiedliche Autoren zeigten, dass solche sozial erwünschten Antworten in kollektivistischen Gesellschaften, wie Indien, relativ häufig gegeben werden (Johnson et al. 2005; Keillor et al. 2001; Middleton und Jones 2000). Um Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit zu reduzieren, wurden, soweit realisierbar, die untersuchten Phänomene aus unterschiedlicher Perspektive beleuchtet. In Deutschland wurden nicht nur indische Pflegekräfte, sondern auch ihre Vorgesetzten befragt. Durch dieses „cross checking“ ließen sich die getätigten Aussagen leichter hinsichtlich ihres „Wahrheitsgehaltes“ und der inneren Stimmigkeit kritisch hinterfragen (Meuser und Nagel 1989).

(C) Befragung

Mit der explorativen Befragung wurden die Ergebnisse der Sekundäranalyse und der Interviews in einigen Punkten ergänzt. Im Vergleich mit den übrigen methodischen Zugängen spielte sie nur eine untergeordnete Rolle – auch weil sie die deutlichsten Limitationen aufweist.

Zunächst begründen sich die Schwächen aus dem Ad-hoc-Charakter der Untersuchung. Wie ausführlicher im Methodenkapitel 3.3 dargestellt, musste die Stichprobe willkürlich gezogen werden. Solche nicht-probabilistischen Stichproben sind nach bspw. Rippl und Seipel (2008, S. 84) in der Psychologie und Sozialpsychologie gängige Praxis und ihr Einsatz ist bei stark eingeschränktem Feldzugang auch in anderen wissenschaftlichen Kontexten wie der kulturvergleichenden Forschung üblich. Allerdings verletzen sie laut anderer Autoren zentrale Elemente wissenschaftlichen Arbeitens (Schnell et al. 2005). Generalisierbare Annahmen lassen sich bei willkürlichen Auswahlen nicht treffen, Hypothesen oder Theorien können nicht verifiziert werden. Die eigenen Ergebnisse sind also möglicherweise stark verzerrt, weil sie nicht repräsentativ sind.

Die schriftliche Befragung erhebt auch aufgrund der sehr heterogenen Zusammensetzung des Sample keinen Anspruch auf Repräsentativität. Neben Pflegekräften, -

studenten und -lehrkräften wurden Healthcare-Managementstudenten befragt. Die Befragungsgruppe ist deshalb zu klein ($n = 189$), um auf eine Grundgesamtheit zu schließen.

Zudem wurde die explorative Befragung in Indien lediglich in zwei Städten durchgeführt (Trivandrum und Chandigarh). Die Stichprobe ist dadurch sehr selektiv, was die externe Validität schmälert. So ist bspw. denkbar, dass Einstellungen gegenüber Deutschland aufgrund der hohen Zahl an Keralen ($N = 75$) in der eigenen Befragung verzerrt sind. Durch den Einfluss der deutschen Kirche in Südindien und in Deutschland tätige Ordensschwwestern bestehen verhältnismäßig enge Verbindungen zwischen Kerala und Deutschland.

Darüber hinaus bezogen sich einige Items nicht auf das reale Verhalten der Befragten oder ihre Einstellungen, sondern auf Intentionen. Sie mussten bspw. bewerten, wie groß die persönliche Bereitschaft ist, nach Deutschland, in die Golfstaaten oder in englischsprachige OECD-Staaten auszuwandern. Die interne Validität von derartigen Absichtserklärungen ist geringer als eine Beschreibung oder Memorierung stattgefundenere Ereignisse. Indessen geht laut der Theorie geplanten Verhaltens tatsächlichen Handlungen eine bestimmte Absicht voraus (Ajzen 1991; 2002). Insofern sind Intentionen verhältnismäßig gute Prädiktoren für tatsächliches Verhalten (Manstead und Parker 1995; Sutton 1998).

Die Objektivität wird schließlich durch das bereits oben ausführlicher geschilderte Problem sozialer Erwünschtheit beeinträchtigt. Nicht nur für die Interviews, sondern auch für die schriftliche Befragung gilt also: Sozial erwünschte Antworten können nicht ausgeschlossen werden, weil Mitglieder kollektivistischer Gesellschaften dazu neigen, das Gegenüber in einer Interaktion zu bestätigen.

6 Fazit und Handlungsempfehlungen

In der vorliegenden Arbeit wurde mit der Zuwanderung indischer Pflegekräfte ein sehr komplexer Untersuchungsgegenstand systematisch exploriert. Ein zentrales Anliegen sind Denkanstöße für eine strategisch bessere Planung und Umsetzung der zunehmend diskutierten Rekrutierung von Pflegekräften aus Asien. In diesem Sinne zielt die Untersuchung darauf ab, Entscheidungsträger aus Politik und Pflege für Bedingungen, Folgen und Herausforderungen der Migration in der Pflege zu informieren und zu sensibilisieren.

Aus der Sicht deutscher Arbeitgeber, und für wandernde Fachkräfte, wurde als erstes das Verfahren zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse als Hemmnis identifiziert. Bei diesem entscheiden in jedem Bundesland andere Behörden auf der Grundlage des einzelnen Falles. Bundesweit einheitlichere Verfahren könnten die Transparenz erhöhen, Bürokratie abbauen und Migrationskosten senken.

Die Integration indischer Pflegekräfte gelingt in den meisten befragten Einrichtungen gut – allerdings sind Herausforderungen zu bewältigen. Wenig überraschend zählen hierzu die Themen Sprache und Kultur. Ähnlich wie bspw. bei der aktuellen Diskussion um die Integration von Flüchtlingen, sind von deutschen Arbeitgebern und der öffentlichen Hand ausreichend finanzielle und personelle Ressourcen für eine sprach- und kultursensible Eingliederung bereitzustellen. Für indische Pflegekräfte zählen hierzu:

- Deutschkurse mit pflegespezifischen Inhalten im Herkunftsland
- berufsbegleitende Sprachkurse während einer Tätigkeit in Deutschland
- feste Bezugspersonen während der Anfangszeit in Deutschland
- Kulturtrainings, -schulungen

Ethische Bedenken der Rekrutierung von Pflegekräften aus Indien ließen sich durch die vorliegende Arbeit weitgehend ausräumen. Indien ist aufgrund seiner Größe wenig vom „Brain Drain“ betroffen. Die intuitive Rechnung, dass Indien bei einer Auswanderung von 1.000 Pflegekräften auch 1.000 Pflegekräfte „verliert“, ist falsch. Die Migrationsrealität ist komplexer. Im Zuge guter Möglichkeiten auszuwandern entscheiden sich mehr indische Schüler dazu, in der Pflege tätig zu werden, als einen

anderen Beruf auszuüben. Nach einer Pflegeausbildung wandert aber nicht jeder Einzelne ins Ausland aus. Die auf den ersten Blick paradoxe Erkenntnis lautet deshalb: Auswanderung hat indirekt im Saldo die Zahl der in Indien tätigen Pflegekräfte voraussichtlich erhöht.

Zudem ist Migration heute nicht mehr mit einem dauerhaften Fortzug verbunden. Mehr asiatische Migranten wandern im Sinne zirkulärer Migration zwischen Herkunfts- und Zielregionen und rückkehrende Fachkräfte können das im Ausland erworbene Know-how zum Nutzen ihres Geburtslandes verwerten.

Dabei profitiert Indien selbst ohne eine Rückkehr gemäß der Logik des Transnationalismus, weil Migranten auch im Ausland eng mit ihrer Heimat verbunden bleiben. Grenzüberschreitende Wirtschaftsräume entstehen, in denen Wissen und Kapital ausgetauscht werden. Ein eindrückliches Beispiel sind finanzielle Rücktransfers. Nach Indien fließen weltweit am meisten dieser Remissionen.

Aus den genannten Gründen liegt der Schluss nahe, dass die Zuwanderung indischer Pflegekräfte nach Deutschland für Indien überwiegend Chancen bieten würde. Insofern sind die Ergebnisse ein Plädoyer für eine zeitgemäße und kohärente migrationspolitische Linie, die sich nicht nur an einzelnen Kennzahlen orientiert, wie der „Dichte“ an Pflegekräften in einem Land. Stattdessen wäre eine systematische und ganzheitliche Analyse der Strukturen in einzelnen Herkunftsländern wünschenswert, um Perspektiven und Risiken der verantwortungsbewussten Migration von Pflegekräften fundierter ableiten zu können. Anregungen hierzu liefert bspw. der WHO Code of Practice.

Indische Pflegekräfte wandern seit Jahrzehnten in großen Zahlen ins Ausland aus. Insbesondere die Golfstaaten waren in der Vergangenheit die Hauptdestination. Das eigentliche Ziel sind aber die westlichen Industrieländer. In diesen versprechen sich indische Pflegekräfte bessere berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten, höhere Einkommen im Sinne der mikro- und makroökonomischen Theorie sowie günstigere Lebensbedingungen für sich und die eigene Familie. Indessen sind die Kosten einer Migration in die Industriestaaten hoch. Hierzu zählen Ausgaben bspw. für Arbeitsvermittler, die räumliche Trennung zur Familie und restriktive Zuwanderungsbestimmungen.

Deutschland hätte im Werben um indische Pflegekräfte Standortnachteile. Die Sprachbarriere ist größer als in den englischsprachigen Zielländern. Auch Kettenmigration ist aufgrund der geringen Zahl in Deutschland lebender Inder nicht in nennenswerten Größenordnungen zu erwarten.

Dennoch wären aller Voraussicht nach viele indische Pflegekräfte motiviert, unter bestimmten Voraussetzungen nach Deutschland zuzuwandern. Die Einkommensunterschiede zu Indien sind groß und das Image Deutschlands ist positiv.

Deutschland muss sich aber zunächst vor dem Hintergrund der genannten Standortnachteile aktiver im Wettbewerb um indische Pflegekräfte positionieren, wenn auch ihre Zuwanderung in größeren Zahlen gewünscht ist. Die bereits genannten zuwanderungsrechtlichen Restriktionen zählen zweifellos zu den abzubauenen Hemmnissen. Darüber hinaus sind intelligente Programme gefragt, um indischen Pflegekräften in Deutschland attraktive Karrierepfade aufzuzeigen. Insgesamt wird entscheidend sein, die Menschen mit ihren persönlichen Bedürfnissen abzuholen; ganz im Sinne eines Professors am Center for Development Studies in Trivandrum:

„Migration does not mean moving a stone from here to there. We are talking about moving people, human beings.“

7 Literaturverzeichnis

- Abraham, Leena; Kumar, K. Anil (1999): Sexual Experiences and Their Correlates Among College Students in Mumbai City, India. In: *International Family Planning Perspectives* 25 (3), S. 139. DOI: 10.2307/2991963.
- Abt-Zegelin, A.; Schnell, M. W. (Hg.) (2005): Sprache und Pflege. 2., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Pflege).
- Adams, Richard H.; Page, John (2005): Do international migration and remittances reduce poverty in developing countries? In: *World Development* 33 (10), S. 1645–1669. DOI: 10.1016/j.worlddev.2005.05.004.
- Adams Jr., Richard H. (1998): Remittances, investment, and rural asset accumulation in Pakistan. In: *Economic Development and Cultural Change* 47 (1), S. 155–173.
- Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Wirtschaft und Statistik. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Aggarwal, Omprakash; Sharma, Arun K.; Chhabra, Pragti (2000): Study in sexuality of medical college students in India. In: *Journal of Adolescent Health* 26 (3), S. 226–229. DOI: 10.1016/S1054-139X(98)00083-4.
- Agrawal, Ajay; Kapur, Devesh; McHale, John; Oettl, Alexander (2011): Brain drain or brain bank? The impact of skilled emigration on poor-country innovation. In: *Journal of urban economics* 69 (1), S. 43–55. DOI: 10.1016/j.jue.2010.06.003.
- Agunias, Dovelyn Rannveig (2006): From a zero-sum to a win-win-scenario? Literature review on circular migration. Hg. v. MPI Migration Policy Institute.
- AIIMS (2003): Syllabus B Sc (Hons / Post Certificate) Nursing at the AIIMS. All India Institute of Medical Sciences (AIIMS). Online verfügbar unter https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjt_vjT0JrQAhXHJcAKHav-VAYUQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.aiims.edu%2Faiims%2Facademic%2Faiims-syllabus%2FSyllabus%2520Nursing_Hons-Post%2520Certificate.pdf&usq=AFQjCNHa3VaqZsotj7Ns14RzRD8LTjkGZw&sig2=F9JM9Ww-qk0AK9wxyopi3A, zuletzt geprüft am 09.11.2016.
- Aiken, Linda H.; Cheung, Robyn (2008): Nurse Workforce Challenges in the United States: Implications for Policy. OECD Health Working Papers. Hg. v. OECD. Online verfügbar unter <http://www.oecd.org/dataoecd/34/9/41431864.pdf>, zuletzt geprüft am 27.06.2016.
- Ajzen, Icek (1991): The theory of planned behavior. In: *Theories of Cognitive Self-Regulation* 50 (2), S. 179–211. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.

- Ajzen, Icek (2002): Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior¹. In: *Journal of Applied Social Psychology* 32 (4), S. 665–683. DOI: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x.
- Alonso-Garbayo, Álvaro; Maben, Jill (2009): Internationally recruited nurses from India and the Philippines in the United Kingdom: the decision to emigrate. In: *Human Resources for Health* 7 (1), S. 37. DOI: 10.1186/1478-4491-7-37.
- Angenendt, Steffen (2007): Zirkuläre Migration. Ein tragfähiges migrationspolitisches Konzept? In: *SWP-Aktuell* (27).
- Angenendt, Steffen (2012): Migration, Mobilität und Entwicklung. EU-Mobilitätspartnerschaften als Instrument der Entwicklungszusammenarbeit. Hg. v. Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP). Berlin.
- Angenendt, Steffen; Clemens, Michael A.; Merda, Meiko (2014): Der WHO-Verhaltenskodex. Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften? Hg. v. Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP). Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit. Berlin (SWP-Aktuell, 25). Online verfügbar unter https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/aktuell/2014A25_adt_clemens_merda.pdf, zuletzt geprüft am 22.10.2016.
- Ansari, Mahfooz A. (1986): Need for nurturant-task leaders in India: Some empirical evidence. In: *Management and Labour Studies* 11 (1), S. 26–36.
- Augurzky, Boris; Heger, Dörte; Hentschker, Corinna; Krolop, Sebastian; Stroka, Magdalena (2015): Pflegeheim Rating Report 2015. 1. Aufl. Hannover: Vincentz Network (Care Invest - Pflege Macht Markt, 5).
- Aumüller, Jutta (2009): Assimilation. Kontroversen um ein migrationspolitisches Konzept. Bielefeld: transcript Verlag.
- Bahl, A. (2009): Kompetenzen für die globale Wirtschaft. Begriffe - Erwartungen - Entwicklungsansätze. 1. Aufl. Bielefeld: Bertelsmann.
- Baker, R.; Brick, J. M.; Bates, N. A.; Battaglia, M.; Couper, M. P.; Dever, J. A. et al. (2013): Summary Report of the AAPOR Task Force on Non-probability Sampling. In: *Journal of Survey Statistics and Methodology* 1 (2), S. 90–143. DOI: 10.1093/jssam/smt008.
- BAMF (2005): Migrationsbericht 2005. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online verfügbar unter http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/EN/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2005.pdf?__blob=publication-File, zuletzt geprüft am 14.06.2016.
- Banerjee, Biswajit (1983): Social networks in the migration process: empirical evidence on chain migration in India. In: *The Journal of Developing Areas* 17 (2), S. 185–196.
- Banerjee, Saikat (2008): Dimensions of Indian culture, core cultural values and marketing implications. An analysis. In: *Cross Cultural Management* 15 (4), S. 367–378.

- Bausch, Karl-Richard; Christ, Herbert; Krumm, Hans-Jürgen (2007): Handbuch Fremdsprachenunterricht. 5. Auflage. Tübingen: Francke (UTB Pädagogik, Sprachwissenschaften, 8043).
- Bayles, K. A. (1982): Language function in senile dementia. In: *Brain and Language* 16 (2), S. 265–280. DOI: 10.1016/0093-934X(82)90086-4.
- Behnke, J.; Baur, N.; Behnke, N. (2006): Empirische Methoden der Politikwissenschaft. Stuttgart: Schöningh.
- Betz, J. (2002): Das indische Gesundheitswesen: Struktur, Defizite und die Rolle externer Akteure. (Nord-Süd aktuell).
- Bhagwati, Jagdish; Hamada, Koichi (1974): The brain drain, international integration of markets for professionals and unemployment: A theoretical analysis. In: *Journal of Development Economics* 1 (1), S. 19–42.
- Bhargava, A.; Docquier, F. (2007): HIV Pandemic, Medical Brain Drain, and Economic Development in Sub-Saharan Africa. In: *The World Bank Economic Review* 22 (2), S. 345–366. DOI: 10.1093/wber/lhn005.
- Bhargava, Alok; Docquier, Frédéric; Moullan, Yasser (2011): Modeling the effects of physician emigration on human development. In: *Economics & Human Biology* 9 (2), S. 172–183. DOI: 10.1016/j.ehb.2010.12.004.
- Bhattacharyya, Sanghita; Hazarika, Indrajit; Nair, Harish (2011): Migration of health professionals from India. Tracking the flow. In: *Asia Europe Journal* 8 (4), S. 475–483. DOI: 10.1007/s10308-011-0292-0.
- Bhugra, Dinesh; Jones, Peter (2001): Migration and mental illness. In: *Advances in Psychiatric Treatment* 7 (3), S. 216–222. DOI: 10.1192/apt.7.3.216.
- Birg, Herwig (1994): Weltbevölkerungswachstum, Entwicklung, Umwelt: Dimensionen eines globalen Dilemmas. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 44 (2).
- Black, Richard; Koser, Khalid; Munk, Karen; Atfield, Gaby; D’Onofrio, Lisa; Tiemoko, Richmond (2004): Understanding voluntary return: Sussex Centre for Migration Research (Home Office Online Report 50).
- BMBF (2015): Kooperation-International: Regierungsabkommen mit Vietnam zur Ausbildung von Pflegekräften. Unter Mitarbeit von R. R. Ernst. Online verfügbar unter <http://www.kooperation-international.de/detail/info/regierungsabkommen-mit-vietnam-zur-ausbildung-von-pflegekraeften.html>, zuletzt geprüft am 25.11.2016.
- BMFSFJ (Hg.) (2015): Zwischenbericht. zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012-2015). Berlin. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/2014-19-12-zwischenbilanz-ausbildungs-und-qualifizierungsoffensive-altenpflege.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 25.08.2016.

- BMJ (2003): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV). Hg. v. Bundesministerium der Justiz. Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflaprv_2004/gesamt.pdf, zuletzt aktualisiert am 02.04.2012, zuletzt geprüft am 09.11.2016.
- BMJ (2011): Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege. KrPflG. Hg. v. Bundesministerium der Justiz. Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/index.html, zuletzt aktualisiert am 09.11.2012, zuletzt geprüft am 09.11.2016.
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Aufl. Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag (Springer-Lehrbuch Bachelor, Master).
- Boschi-Pinto, Cynthia; Velebit, Lana; Shibuya, Kenji (2008): Estimating child mortality due to diarrhoea in developing countries. In: *Bulletin of the World Health Organization* (86), S. 710–717.
- Böttcher, Bärbel (2016): Helfende Hände in Magdeburger Seniorenheimen: Chinesische Pflegekräfte gegen Fachkräftemangel. In: *Mitteldeutsche Zeitung*, 10.02.2016. Online verfügbar unter <http://www.mz-web.de/mitteldeutschland/helfende-haende-in-magdeburger-seniorenheimen-chinesische-pflegekraefte-gegen-fachkraeftemangel--23560072>, zuletzt geprüft am 25.11.2016.
- Brosius, C. (2009): Die Vorstellungen vom "Neuen Indien". Anmerkungen zur unfassbaren Mittelklasse. Lebenswelten der urbanen Mittelklasse. Hg. v. Mediendaten Südwest. Landesanstalt für Kommunikation Baden-Württemberg.
- Broszinsky-Schwabe, Edith (Hg.) (2011): Begegnungen in Raum und Zeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brück, Michael von; Brück, Regina von (2011): Leben in der Kraft der Rituale. Religion und Spiritualität in Indien. 1. Aufl. München: Beck.
- Brucker, U.; Ziegler, G.; Theis, S.; Jodes-Laßner, U.; Köhler, C.; Reus, U. et al. (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Projektgruppe P 42 der MDK-Gemeinschaft. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS). Online verfügbar unter <http://www.mdk.de/media/pdf/P42Pflegeprozess.pdf>, zuletzt geprüft am 09.11.2016.
- Buchan, J.; Jobanputra, R.; Gough, P.; Hutt, R. (2006): Internationally Recruited Nurses in London: A Survey of Career Paths and Plans. In: *Human Resources for Health* 14 (4).
- Buchan, James (2006): Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: Carl-Ardy Dubois, Martin McKee und Ellen Nolte (Hg.): *Human resources for health in Europe*. Maidenhead, New York: Open University Press, S. 41–62.
- Buchan, James; Secombe, Ian (2012): *Overstretched. Under-resourced. The UK nursing labour market review 2012*. Royal College of Nursing. London.

- Bundesagentur für Arbeit (2012): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SvB) am Arbeitsort (AO). Beschäftigungsstatistik. Auf persönliche Anfrage zugestellt am 05.04.2012.
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2016a): Arbeitsmarkt nach Berufen. Deutschland (Klassifikation der Berufe 2010). Juli 2016. Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31892/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Suchergebnis_Form.html?view=processForm&resourceId=210358&input_=&pageLocale=de&topicId=287986®ion=&year_month=201607&year_month.GROUP=1&search=Suchen, zuletzt geprüft am 25.08.2016.
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2016b): Der Arbeitsmarkt in Deutschland - Fachkräfteengpassanalyse. Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung, Juni 2016. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (2016c): Positivliste - Zuwanderung in Ausbildungsberufe. September 2016. Online verfügbar unter <https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mdex/~edisp/l6019022dstbai447048.pdf>, zuletzt geprüft am 26.10.2016.
- Care With Care (o. J.): Philippinische Pflegekräfte für Deutschland. Unter Mitarbeit von L. Esnaola. Online verfügbar unter <http://www.carewithcare.com/cwc-blog/philippinische-pflegekraefte-fur-deutschland/>, zuletzt geprüft am 25.11.2016.
- Castles, Stephen (2009): Development and migration—migration and development: What comes first? Global perspective and African experiences. In: *Theoria: A Journal of Social and Political Theory* 56 (121), S. 1–31.
- Chacko, Elizabeth (2007): From brain drain to brain gain. Reverse migration to Bangalore and Hyderabad, India's globalizing high tech cities. In: *GeoJournal* 68 (2-3), S. 131–140. DOI: 10.1007/s10708-007-9078-8.
- Chand, Satish; Clemens, Michael A. (2008): Skilled emigration and skill creation: a quasi-experiment. Working Paper Number 152. Center for Global Development. Washington, D.C.
- Chauvet, Lisa; Gubert, Flore; Mesplé-Somps, Sandrine (Hg.) (2010): Are remittances more effective than aid to improve child health? An empirical assessment using inter and intra-country data. G-MonD Working Paper n10. Annual Bank Conference on Development Economics. Cape Town, South Africa.
- Choldin, Harvey M. (1973): Kinship networks in the migration process. In: *The International Migration Review* 7 (2), S. 163–175.
- CIM (o. J.): Migration und Entwicklung. Das Potenzial rückkehrender Fachkräfte. Centrum für internationale Migration und Entwicklung. Online verfügbar unter http://www.bamf.de/SharedDocs/MILo-DB/DE/Rueckkehrfoerderung/Rueckkehrberatung/AllgInformationen/i-cim-rueckkehrende-fachkraefte-download.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 15.11.2016.

- Clemens, Michael A. (2007): Do visas kill? Health effects of African health professional emigration. In: *Center for Global Development Working Paper* (114).
- Clemens, Michael A.; Pettersson, Gunilla (2006): A new database of health professional emigration from Africa. In: *Center for Global Development Working Paper* (95).
- Clemens, Michael A.; Pettersson, Gunilla (2008): New data on African health professionals abroad. In: *Human Resources for Health* 6, S. 1. DOI: 10.1186/1478-4491-6-1.
- Commander, Simon; Chanda, Rupa; Kangasniemi, Mari; Winters, L. Alan (2008): The Consequences of Globalisation. India's Software Industry and Cross-Border Labour Mobility.
- Commission on Higher Education (2012): Summary of Tertiary Graduates by Discipline Group and Academic Year. Online verfügbar unter <http://short4u.de/5096b7fae871c>, zuletzt aktualisiert am 12.07.2012, zuletzt geprüft am 12.07.2012.
- Croucher, Stephen M.; Holody, Kyle J.; Hicks, Manda V.; Oommen, Deepa; DeMaris, Alfred (2011): An examination of conflict style preferences in India. In: *International Journal of Conflict Management* 22 (1), S. 10–34.
- Current Nursing (2011): Nursing Education in India. Online verfügbar unter http://currentnursing.com/nursing_education/nursing_education_in_india.html, zuletzt aktualisiert am 2011, zuletzt geprüft am 01.08.2016.
- Da-Cruz, P.; Capallo, Stephan (2008): Gesundheitsmegamarkt Indien. Sourcing-, Produktions-und Vermarktungsstrategien. Wiesbaden: Gabler.
- Dasgupta, Shilpee A.; Suar, Damodar; Singh, Seema (2012): Impact of managerial communication styles on employees' attitudes and behaviours. In: *Employee Relations* 35 (2), S. 173–199. DOI: 10.1108/01425451311287862.
- Daugeliene, Rasa; Marcinkeviciene, Rita (2009): Brain circulation: theoretical considerations. In: *Engineering Economics* (3), S. 49–57.
- Deci, E. L.; Ryan, R. M. (1985): Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. *Perspectives in social psychology*. New York: Plenum Press.
- Denzin, Norman K. (1970): The research act. A theoretical introduction to sociological methods. Chicago: Aldine.
- Desai, Mihir A.; Kapur, Devesh; McHale, John; Rogers, Keith (2009): The fiscal impact of high-skilled emigration: Flows of Indians to the US. In: *Journal of Development Economics* 88 (1), S. 32–44.
- Deumert, A. (2005): Language, Informal Networks and Social Protection. Evidence from a Sample of Migrants in Cape Town, South Africa. In: *Global Social Policy* 5 (3), S. 303–328. DOI: 10.1177/1468018105057414.

- Deutsche Botschaft Manila (o. J.): Philippinische Pflegekräfte nach Deutschland. Unter Mitarbeit von R. Pascubillo. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). Online verfügbar unter http://www.manila.diplo.de/Vertretung/manila/de/06/Philippinische_20Pflegekr_C3_A4fte_20nach_20Deutschland.html, zuletzt geprüft am 25.11.2016.
- Deutscher Bundestag (2009): Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz). AltPflG, vom 25.08.2003 (BGBl. I S. 1690). Online verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf>, zuletzt geprüft am 19.01.2016.
- Deutsches Ärzteblatt (2008): Indiens Ärzteverbände beklagen Versorgungsnotstand. Online verfügbar unter www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=30965, zuletzt aktualisiert am 2008, zuletzt geprüft am 02.07.2016.
- Dicicco-Bloom, Barbara (2004): The racial and gendered experiences of immigrant nurses from Kerala, India. In: *Journal of Transcultural Nursing* 15 (1), S. 26–33. DOI: 10.1177/1043659603260029.
- Diekmann, Andreas (1995): Empirische Sozialforschung. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH (18).
- Dinkel, Reiner Hans (1989): Demographie. Bevölkerungsdynamik. München: Vahlen (Band 1).
- Docquier, Frédéric; Lowell, Lindsay B.; Marfouk, Abdeslam (2009): A gendered assessment of highly skilled emigration. In: *Population and Development Review* 35 (2), S. 297–321.
- Docquier, Frédéric; Rapoport, Hillel (2012): Globalization, Brain Drain, and Development. In: *Journal of Economic Literature* 50 (3), S. 681–730. DOI: 10.1257/jel.50.3.681.
- Doeringer, Peter B.; Piore, Michael J. (1985): Internal labor markets and manpower analysis. London: ME Sharpe.
- Dumont, Jean-Christophe (2010): International Migration of Health Workers. Improving International Co-Operation to Address the Global Health Workforce Crisis. Policy Brief. Hg. v. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) World Health Organization (WHO). Online verfügbar unter <http://www.oecd.org/dataoecd/8/1/44783473.pdf>, zuletzt geprüft am 31.07.2016.
- Düvell, F. (2006): Europäische und internationale Migration: Einführung in historische, soziologische und politische Analysen: Lit-Verlag.
- Edmondson, Willis J.; House, Juliane (2011): Einführung in die Sprachlehrforschung. 4. überarbeitete Auflage. Tübingen: Francke (UTB Sprachwissenschaft, 1697).
- El-Sharif, Yasmin (2012): Bundesagentur für Arbeit wirbt Altenpfleger in China an. Fachkräftemangel. In: *Spiegel Online*, 27.09.2012. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/wirtschaft/bundesagentur-fuer-arbeit-wirbt-altenpfleger-in-china-an-a-857583.html>, zuletzt geprüft am 25.11.2016.

- England, Kim; Henry, Caitlin (2013): Care work, migration and citizenship. International nurses in the UK. In: *Social & Cultural Geography* 14 (5), S. 558–574. DOI: 10.1080/14649365.2013.786789.
- Erikson, Erik Homburger (1978): *Childhood and society*. New York: Norton.
- Esser, Hartmut (1980): *Aspekte der Wanderungssoziologie. Assimilation und Integration von Wanderern, ethnische Gruppen und Minderheiten. Eine handlungstheoretische Analyse*. Darmstadt, Neuwied: Luchterhand (Soziologische Texte, n. F., Bd. 119).
- Esser, Hartmut (2001): *Sinn und Kultur*. Frankfurt/Main: Campus-Verlag (Soziologie, spezielle Grundlagen / Hartmut Esser ; 6).
- Esser, Hartmut (2004): Does the “New” Immigration Require a “New” Theory of Intergenerational Integration? In: *International Migration Review* 38 (3), S. 1126–1159. DOI: 10.1111/j.1747-7379.2004.tb00231.x.
- Esser, Hartmut (2006): *Migration, Sprache und Integration*. AKI-Forschungsbilanz 4. Hg. v. Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration (AKI) am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Leipzig-Institut für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter <http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/11349/ssoar-2006-esser-migration.pdf?sequence=1>, zuletzt geprüft am 13.08.2016.
- Ette, Andreas; Sauer, Lenore (2010): *Auswanderung aus Deutschland. Daten und Analysen zur internationalen Migration deutscher Staatsbürger*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Europäisches Parlament und Europäischer Rat (07.09.2005): *Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes und des Europäischen Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen*. Richtlinie 2005/36/EG. Online verfügbar unter <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:de:PDF>, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- Fargues, Philippe (2008): *Circular Migration: Is it relevant for the South and East of the Mediterranean?* CARIM Analytic and Synthetic Notes 2008/40. Euro-Mediterranean Consortium for Applied Research on International Migration (CARIM).
- Feithen, Rosemarie (1985): *Arbeitskräftewanderungen in der Europäischen Gemeinschaft: Bestimmungsgründe u. regionalpolitische Implikationen*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Findlay, A. (2001): *From Brain Exchange to Brain Gain: Policy Implications for the UK of Recent Trends in Skilled Migration from Developing Countries*. International Migration Branch. Geneva (International Migration Papers, 43).
- Flick, Uwe (2011): *Triangulation. Eine Einführung*. 3. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH (Qualitative Sozialforschung, 12).

- Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von von; Steinke, Ines (Hg.) (2015): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Originalausgabe, 11. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55628).
- Fries, J. F. (1980): Aging, natural death, and the compression of morbidity. In: *The New England Journal of Medicine* (Nr. 303), S. 130–136.
- Gammeltoft, Peter (2002): Remittances and other financial flows to developing countries. In: *International migration* 40 (5), S. 181–211.
- Gardner, Robert C. (2010): *Motivation and second language acquisition. The socio-educational model*. New York: Peter Lang.
- Garner, Shelby L.; Conroy, Shelley F.; Bader, Susan Gerding (2015): Nurse migration from India: a literature review. In: *International journal of nursing studies* 52 (12), S. 1879–1890. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.07.003.
- George, K. K.; Remya, S. (2010): Impact of Rupee Appreciation on Remittances. In: Irudaya S. Rajan (Hg.): *Governance and Labour Migration. India Migration Report 2010*. New Delhi: Routledge, S. 68–85.
- Ghosh, Jayati (2010): Migration and Gender Empowerment. Emerging Issues. In: Irudaya S. Rajan (Hg.): *Governance and Labour Migration. India Migration Report 2010*. New Delhi: Routledge, S. 134–163.
- Gill, Reema (2011): Nursing Shortage in India with special reference to International Migration of Nurses. In: *Social Medicine* 6 (1), S. 52–59.
- Giuliano, Paola; Ruiz-Arranz, Marta (2009): Remittances, financial development, and growth. In: *Journal of Development Economics* 90 (1), S. 144–152. DOI: 10.1016/j.jdeveco.2008.10.005.
- GIZ (2016): Gewinnung von Arbeitskräften aus Vietnam zur Ausbildung in der Krankenpflege. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH. Online verfügbar unter <https://www.giz.de/de/weltweit/40207.html>, zuletzt aktualisiert am 23.08.2016, zuletzt geprüft am 22.10.2016.
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (1967): *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Goethe-Institut: Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen (GER) für Sprachen. Online verfügbar unter <http://www.goethe.de/z/50/commeuro/i8.htm>, zuletzt geprüft am 01.11.2016.
- Gopalan, C. (1998): Obesity in the Indian urban 'middle class'. In: *NFI Bulletin* 19 (1), S. 1–5.
- Government of India (2011a): *Census of India 2011. Houselisting and Housing Census Data Highlights - 2011. Figures at a Glance*. Online verfügbar unter <http://www.censusindia.gov.in/2011census/hlo/Data%20sheet/Figures%20at%20a%20Glance.pdf>, zuletzt geprüft am 09.11.2016.

- Government of India (2011b): Census of India 2011: Provisional Population Totals. Online verfügbar unter http://www.censusindia.gov.in/2011-prov-results/PPT_2.html, zuletzt aktualisiert am 06.07.2012, zuletzt geprüft am 09.11.2016.
- Goyal, Abhinav; Yusuf, Salim (2006): The burden of cardiovascular disease in the Indian subcontinent. In: *Indian Journal of Medical Research* (124), S. 235–244.
- Grebmer, Klaus von; Nestorova, Bella; Quisumbing, Agnes; Fertziger, Rebecca; Fritschel, Heidi; Pandya-Lorch, Rajul; Yohannes, Yisehac (2009): Global Hunger Index. The Challenge of Hunger: Focus on Financial Crisis and Gender Inequality. Hg. v. International Food Policy Research Concern Worldwide Welthungerhilfe. Washington D. C., Dublin.
- Greive, Martin (2012): Ticket ins gelobte Land. In: *Die Gesundheitswirtschaft* 6 (5), S. 16–18.
- Griffiths, Paula; Matthews, Zoe; Hinde, Andrew (2002): Gender, family, and the nutritional status of children in three culturally contrasting states of India. In: *Social Science & Medicine* (55), S. 775–790.
- Gruenberg, E. M. (1977): The Failure of Success. Hg. v. Milbank Memorial Fund Quarterly (55).
- GTZ (2002): Indien. Private Dienstleister als Stütze des Gesundheitssystems. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit. Eschborn.
- GTZ (2004): Brain Drain oder Brain Gain? Die Migration Hochqualifizierter. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit. Eschborn.
- Guest, G. (2006): How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. In: *Field Methods* 18 (1), S. 59–82. DOI: 10.1177/1525822X05279903.
- Gupta, Dipankar (2005): Caste and Politics. Identity Over System. In: *Annual Review of Anthropology* 34 (1), S. 409–427. DOI: 10.1146/annurev.anthro.34.081804.120649.
- Haas, Hein de (2005): International migration, remittances and development. Myths and facts. In: *Third World Quarterly* 26 (8), S. 1269–1284. DOI: 10.1080/01436590500336757.
- Hackmann, T. (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Diskussionsbeiträge Discussion Papers. Hg. v. Forschungszentrum Generationen Verträge. Freiburg im Breisgau.
- Hall, E. T. (1990): The hidden dimension. Reprinted. New York: Anchor Books.
- Hall, Edward T. (1989): Beyond culture. New York: Anchor Books.

- Han, Petrus (2016): *Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven*. 4. unveränderte Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft mbH; UVK Lucius (UTB Soziologie, 2118).
- Handelsblatt (2016): Pflegekräftemangel: Bundesagentur setzt auf ausländische Fachkräfte, 07.11.2016. Online verfügbar unter <http://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/pflegekraeftemangel-bundesagentur-setzt-auf-auslaendische-fachkraefte/14804706.html>, zuletzt geprüft am 25.11.2016.
- Haour-Knipe, Mary; Davies, Anita (2008): *Return Migration of Nurses*. Developed for the International Centre on Nurse Migration.
- Haug, Sonja (2000): *Klassische und neuere Theorien der Migration*. Arbeitspapiere. Nr. 30. Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung. Mannheim. Online verfügbar unter http://edoc.vifapol.de/opus/volltexte/2014/5124/pdf/wp_30.pdf, zuletzt geprüft am 03.07.2016.
- Heckathorn, Douglas D. (2002): Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. In: *Social problems* 49 (1), S. 11–34.
- Heckmann, Friedrich (2014): Ein neuer Ton im migrationspolitischen Diskurs. In: *Vielfältiges Deutschland. Bausteine für eine zukunftsfähige Gesellschaft*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 39–54.
- Hedderich, Jürgen; Sachs, Lothar (2012): *Angewandte Statistik. Methodensammlung mit R*. 14., überarb. und erg. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Helfferich, Cornelia (2009): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH (SpringerLink : Bücher).
- Heringa, Aafke Marije (2010): Impact of Male Migration on Women's Mobility. In: Irudaya S. Rajan (Hg.): *Governance and Labour Migration*. India Migration Report 2010. New Delhi: Routledge, S. 217–243.
- Hicks, J. (1963): *Theory of Wages*: Palgrave Macmillan UK. Online verfügbar unter <https://books.google.de/books?id=nhmwCwAAQBAJ>.
- Hindin, Jaya; Hindin, Michelle J. (2009): Premarital romantic partnerships: attitudes and sexual experiences of youth in Delhi, India. In: *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, S. 97–104.
- Hofstede, G.; Hofstede, G. J.; Minkov, M. (2010): *Cultures and organizations. Software of the mind: International cooperation and its importance for survival*. 3. Aufl. New York: McGraw-Hill.
- Holdaway, Jennifer; Levitt, Peggy; Fang, Jing; Rajaram, Narasimhan (2015): Mobility and health sector development in China and India. In: *Social Science & Medicine* 130, S. 268–276. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.02.017.

- Holländer, Michael; Tepel, Ralf (2009): Entwicklungszusammenarbeit mit Indien. Plädoyer für ein substanzielles deutsches Engagement. Südasiensbüro Bonn. Online verfügbar unter http://asienhaus.de/public/archiv/2009-4-suedasien_beilage.pdf, zuletzt geprüft am 05.07.2016.
- Holt, Ed (2010): Poland's nurses warn of crisis in profession. In: *The Lancet* 375 (9719), S. 972. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60422-9.
- Hopf, C. (2015): Qualitative Interviews. ein Überblick. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Originalausgabe*, 11. Auflage. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55628), S. 349–359.
- Höpflinger, François (1997): *Bevölkerungssoziologie. Eine Einführung in bevölkerungssoziologische Ansätze und demographische Prozesse*. Weinheim: Juventa.
- Hunger, Uwe (2003): *Vom Brain Drain zum Brain Gain. Die Auswirkungen der Migration von Hochqualifizierten auf Abgabe- und Aufnahmeländer*. Gesprächskreis Migration und Integration. Münster.
- Indian Nursing Council (2012): *Types of Nursing Programs*. Online verfügbar unter <http://www.indiannursingcouncil.org/nursing-programs.asp?show=prog-type>, zuletzt geprüft am 11.08.2016.
- Irving, Jacqueline; Ratha, Dilip; Mohapatra, Sanket (2010): *Migrant Remittance Flows*: World Bank.
- Jamuna, D. (2005): *Issues of Elder Care and Elder Abuse in the Indian Context*. In: Phoebe Liebig und Irudaya S. Rajan (Hg.): *An aging India. Perspectives, prospects, and policies. Social Networks of Old People in India. Research and Policy*. Unter Mitarbeit von J. van Willigen und N. K. Chadha. New Delhi: Haworth Press.
- Johnson, Timothy; Kulesa, Patrick; Cho, Young Ik; Shavitt, Sharon (2005): *The Relation Between Culture and Response Styles Evidence From 19 Countries*. In: *Journal of Cross-Cultural Psychology* 36 (2), S. 264–277. DOI: 10.1177/0022022104272905.
- Jones, M. (2007): *Hofstede - Culturally questionable?* University of Wollongong. Oxford (Oxford Business & Economics Conference). Online verfügbar unter <http://ro.uow.edu.au/commpapers/370>, zuletzt geprüft am 15.11.2016.
- Jones, Richard C. (1998): *Introduction: The renewed role of remittances in the new world order*. In: *Economic Geography* 74 (1), S. 1–7.
- Jürgenmeyer, Clemens; Rösel, Jakob (2009): *Hierarchie und Differenz – Die indische Kastengesellschaft*. In: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (Hg.): *Der Bürger im Staat. Indien*. Unter Mitarbeit von Siegfried Frech: Schwabenverlag Media der Schwabenverlag AG.
- Kakar, S.; Kets Vries, M. F. R. de; Vrignaud, P. (2002): *Leadership in Indian Organizations from a Comparative Perspective*. In: *International Journal of Cross Cultural Management* 2 (2), S. 239–250. DOI: 10.1177/1470595802002002874.

- Kakar, Sudhir (1994): Intime Beziehungen. Erotik und Sexualität in Indien. Unter Mitarbeit von Thomas Marti. Frauenfeld: Waldgut.
- Kalter, Frank (1997): Wohnortwechsel in Deutschland. Ein Beitrag zur Migrations-
theorie und zur empirischen Anwendung von Rational-Choice-Modellen: Springer
VS.
- Kapoor, Suraj; Hughes, Patrick C.; Baldwin, John R.; Blue, Janet (2003): The rela-
tionship of individualism–collectivism and self-construals to communication styles
in India and the United States. In: *International Journal of Intercultural Relations*
27 (6), S. 683–700. DOI: 10.1016/j.ijintrel.2003.08.002.
- Kapur, Devesh (2010): *Diaspora, Development, and Democracy: The Domestic Im-
pact of International Migration from India*: Princeton University Press.
- Karsch, Margret; Münz, Rainer (2007): Faktoren der Bevölkerungsdynamik. Hg. v.
Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Online verfügbar unter
[http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdyna-
mik/faktoren.html](http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdyna-
mik/faktoren.html), zuletzt geprüft am 04.06.2016.
- Kaushik, Manas (2008): High-end physician migration from India. In: *Bulletin of the
World Health Organization* 86 (1), S. 40–45. DOI: 10.2471/BLT.07.041681.
- Kaushik, Manas; Roy, Ananya; Bang, Anand A.; Mahal, Ajay (2008): Quality of med-
ical training and emigration of physicians from India. In: *BMC health services re-
search* 8, S. 279. DOI: 10.1186/1472-6963-8-279.
- Kearney, P. M.; Whelton, M.; Reynolds, K.; Muntner, P.; Whelton, P. K.; He, J.
(2005): Global burden of hypertension. Analysis of worldwide data. In: *The Lancet*
(365), S. 217–223.
- Keely, Charles B.; Tran, Bao Nga (1989): Remittances from labor migration: evalu-
ations, performance and implications. In: *International Migration Review*, S. 500–
525.
- Keillor, Bruce; Owens, Deborah; Pettijohn, Charles (2001): A cross-cultural/cross-
national study of influencing factors and socially desirable response biases. In:
International Journal of Market Research 43 (1), S. 63–84.
- Kellner, Hans-Günter (2013): Spanische Pflegekräfte erschrocken über Zustände in
deutschen Krankenhäusern. domradio.de. Online verfügbar unter
[https://www.domradio.de/themen/soziales/2013-10-07/spanische-pflegekraefte-
erschrocken-ueber-zustaende-deutschen](https://www.domradio.de/themen/soziales/2013-10-07/spanische-pflegekraefte-
erschrocken-ueber-zustaende-deutschen), zuletzt geprüft am 25.11.2016.
- Khadria, B. (2009): Migration of Highly Skilled Indians: Case Studies of IT and
Health Professionals. In: L. N. Kadekar, A. K. Sahoo und Bhattacharya G. (Hg.):
The Indian Diaspora: Historical and Contemporary Context. Jaipur: Rawat Publi-
cations, S. 151–196.
- Khadria, Binod (2004): Migration of Highly Skilled Indians: Case Studies of IT and
the Health Professionals. OECD Science (Technology and Industry Working Pa-
pers).

- Khadria, Binod (2007): International Nurse Recruitment in India. In: *Health Services Research* (3), S. 1429–1436.
- Khan, A.M; Raikwar, Madhu (2011): Relationship Between Expectations, Life Satisfaction and Diseases Amongst Elderly from Different Social Groups. In: *Indian Journal of Gerontology* 2 (25), S. 160–176.
- Kirigia, Joses Muthuri; Gbary, Akpa Raphael; Muthuri, Lenity Kainyu; Nyoni, Jennifer; Seddoh, Anthony (2006): The cost of health professionals' brain drain in Kenya. In: *BMC health services research* 6, S. 89. DOI: 10.1186/1472-6963-6-89.
- Klein, W.; Becker, A.; Dittmar, N. (1978): Sprachliche und soziale Determinanten im kommunikativen Verhalten ausländischer Arbeiter. In: V. U. Quasthoff (Hg.): *Sprachstruktur - Sozialstruktur. Zur linguistischen Theorienbildung*. Kronberg: Scriptor.
- Köckeis-Stangl, Eva (1982): Methoden der Sozialisationsforschung. In: K. Hurrelmann und Dieter Ulich (Hg.): *Handbuch der Sozialisationsforschung, Handbuch*. Weinheim: Beltz, S. 321–370.
- Kodoth, Praveena; Jacob, Tina Kuriakose (2013): International Mobility of Nurses from Kerala (India) to the EU: Prospects and Challenges with special reference to the Netherlands and Denmark (CARIM-India Research Report, 2013/19).
- Kolanad, G. (2010): *India. Cultureshock! A survival guide to customs and etiquette*. Tarrytown, NY: Marshall Cavendish Editions.
- Korte, Elke (1999): Das neue Altern. In: Wolfgang Glatzer, Ilona Ostner und Jutta Allmendinger (Hg.): *Deutschland im Wandel. Sozialstrukturelle Analysen*. Unter Mitarbeit von Bernhard Schäfers. Opladen: Leske + Budrich, S. 275–287.
- Kózka, M.; Brzostek, T.; Ksykiewicz-Dorota, A. (2011): Analysis of nurse staffing and factors determining the demand for health care in Poland. In: *Progress in Health Sciences* 1 (2), S. 59–66, zuletzt geprüft am 10.07.2012.
- Kreckel, Reinhard (1994): Soziale Integration und nationale Identität. In: *Berliner Journal für Soziologie* 4 (1), S. 13–20.
- Kreuser, Gabriele (2002): *Der Schlüssel zum indischen Markt. Mentalität und Kultur verstehen, erfolgreich verhandeln*. 1. Auflage. Wiesbaden: Gabler.
- Krzeminska, Belcher D.; Hart, Beverly G. (2005): Perspectives of nursing education in Poland. In: *International journal of nursing education scholarship* 2. DOI: 10.2202/1548-923x.1152.
- Kühn, Thomas; Koschel, Kay-Volker (2011): *Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.

- Kumar, V. (2005): Health Status and Health Care Services: Among Older Persons in India. In: Phoebe Liebig und Irudaya S. Rajan (Hg.): An aging India. Perspectives, prospects, and policies. Social Networks of Old People in India. Research and Policy. Unter Mitarbeit von J. van Willigen und N. K. Chadha. New Delhi: Haworth Press.
- Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz, PVU; Beltz.
- Laumann, Edward O.; Gagnon, John H.; Michaels, Stuard; Michael, Robert T.; Coleman, James S. (1989): Monitoring the AIDS epidemic in the United States: A network approach. In: *Science* 244 (4909), S. 1186–1189.
- Lee, Everett S. (1966): A Theory of Migration. In: *Demography* 3 (1), S. 47–57. DOI: 10.2307/2060063.
- Leitner, G. (2009): Weltsprache Englisch. Vom angelsächsischen Dialekt zur globalen Lingua franca. München: Beck.
- Levitt, Peggy (1998): Social Remittances: Migration Driven Local-Level Forms of Cultural Diffusion. In: *International Migration Review* 32 (4).
- Lewin, Kurt (1946): Action research and minority problems. In: *Journal of social issues* 2 (4), S. 34–46.
- Lewis, Richard D. (1996): When cultures collide. Managing successfully across cultures. Reprint. London: Brealey.
- Leyssner, A. (2009): Dement sein, wo andere Urlaub machen. In Thailand ist das Wetter besser und die Pflege liebevoller. Opa lebt jetzt in Chiang Mai. In: *chrismon* (9), S. 14–22.
- Lippe, Peter von der; Kladroba, Andreas (2002): Repräsentativität von Stichproben. In: *Marketing ZFP* 24 (2), S. 139–145.
- Lowell, Lindsay B.; Findlay, Allan M. (2001): Migration of highly skilled persons from developing countries: Impact and policy responses. Draft synthesis report. International Labour Office.
- Lowry, Ira S. (1966): Migration and metropolitan growth: two analytical models. San Francisco: Chandler Pub. Co.
- MacIntyre, P. D.; Gardner, R. C. (1994): The Subtle Effects of Language Anxiety on Cognitive Processing in the Second Language. In: *Language Learning* 44 (2), S. 283–305. DOI: 10.1111/j.1467-1770.1994.tb01103.x.
- Magnani, R.; Sabin, K.; Saidel, T.; Heckathorn, D. (2005): Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. In: *AIDS (London, England)* (19 Suppl 2), S. 67–72.
- Mallick, Hrushikesh (2010): Remittances, Consumption, Investment, and Economic Growth. In: Irudaya S. Rajan (Hg.): Governance and Labour Migration. India Migration Report 2010. New Delhi: Routledge, S. 30–68.

- Mandelbaum, David Goodman (1970): *Society in India: Continuity and change*: University of California Press.
- Mangalam, J. J.; Schwarzweller, Harry K. (1968): General Theory in the Study of Migration. Current Needs and Difficulties. In: *International Migration Review* 3 (1), S. 3–18. DOI: 10.2307/3002178.
- Manstead, Antony S. R.; Parker, Dianne (1995): Evaluating and Extending the Theory of Planned Behaviour. In: *European Review of Social Psychology* 6 (1), S. 69–95. DOI: 10.1080/14792779443000012.
- Marchal, Bruno; Kegels, Guy (2003): Health workforce imbalances in times of globalization: Brain drain or professional mobility? In: *The International Journal of Health Planning and Management* 18 (1), S. 89–101. DOI: 10.1002/hpm.720.
- Martin, Linda G. (1990): The status of South Asia's growing elderly population. In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 5 (2), S. 93–117. DOI: 10.1007/BF00116568.
- Martineau, Tim; Decker, Karola; Bundred, Peter (2004): “Brain drain” of health professionals: from rhetoric to responsible action. In: *Health Policy* 70 (1), S. 1–10. DOI: 10.1016/j.healthpol.2004.01.006.
- Massey, Douglas S.; Arango, Joaquin; Hugo, Graeme; Kouaouci, Ali; Pellegrino, Adela; Taylor, J. Edward (1994): An Evaluation of International Migration Theory. The North American Case. In: *Population and Development Review* 20 (4), S. 699–749. DOI: 10.2307/2137660.
- Massey, Douglas S.; Arango, Joaquin; Hugo, Graeme; Kouaouci, Ali; Pellegrino, Adela; Taylor, J. Edward (1993): Theories of International Migration: A Review and Appraisal. In: *Population and Development Review* 3 (19), S. 431–466.
- Massey, Douglas S.; España, Felipe García (1987): The social process of international migration. In: *Science* 237 (4816), S. 733–738.
- Mayer, J. (2000): Models of emotional intelligence. In: Robert J. Sternberg (Hg.): *Handbook of intelligence*: Cambridge University Press.
- Mayring, Philipp (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5., überarb. und neu ausgestattete Aufl. Weinheim: Beltz (Studium Paedagogik).
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).
- Mazzucato, Valentina (2011): Reverse remittances in the migration-development nexus. Two-way flows between Ghana and the Netherlands. In: *Popul. Space Place* 17 (5), S. 454–468. DOI: 10.1002/psp.646.
- McDougall, Janna; Edmeades, Jeffrey; Krishnan, Suneeta (2011): (Not) talking about sex: couple reports of sexual discussion and expression in Bangalore, India. In: *Culture, health & sexuality* 13 (2), S. 141–156. DOI: 10.1080/13691058.2010.520740.

- McKhann, G.; Drachman, D.; Folstein, M.; Katzman, R.; Price, D.; Stadlan, E. M. (1984): Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. In: *Neurology* 34 (7), S. 939–944.
- McSweeney, B. (2002): Hofstede's Model of National Cultural Differences and their Consequences: A Triumph of Faith - a Failure of Analysis. In: *Human Relations* 55 (1), S. 89–118. DOI: 10.1177/0018726702551004.
- MEDIAN (19.04.2016): Verstärkung aus dem Reich der Mitte. Chinesische Pflegekräfte in der MEDIAN Klinik Flechtingen. Online verfügbar unter <http://www.pressportal.de/pm/78645/3305287>, zuletzt geprüft am 25.11.2016.
- Merton, Robert K. (1987): The focussed interview and focus groups: Continuities and discontinuities. In: *The Public opinion quarterly* 51 (4), S. 550–566.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1989): Experteninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. Bremen (6, Arbeitspapiere / Sonderforschungsbereich 186 der Universität Bremen).
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Susanne Pickel (Hg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Lehrbuch), S. 465–479.
- Middleton, Karen L.; Jones, Jeri Lynn (2000): Socially desirable response sets: The impact of country culture. In: *Psychology & Marketing* 17 (2), S. 149–163. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6793(200002)17:2<149::AID-MAR6>3.0.CO;2-L.
- Miller, Jennifer M. (2000): Language Use, Identity, and Social Interaction. Migrant Students in Australia. In: *Research on Language & Social Interaction* 33 (1), S. 69–100. DOI: 10.1207/S15327973RLSI3301_3.
- Mincer, Jacob (1978): Family Migration Decisions. In: *Journal of Political Economy* 86 (5), S. 749. DOI: 10.1086/260710.
- Mitterer, Katrin; Mimler, Rosemarie; Thomas, Alexander (2006): Beruflich in Indien. Trainingsprogramm für Manager, Fach- und Führungskräfte. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Moll, D. (2000): Dokumentieren mit System: Pflegedokumentation als zentraler Informationsträger. In: *Häusliche Pflege* 6 (9), S. 19–24.
- Muhib, F. B.; Lin, L. S.; Stueve, A.; Miller, R. L.; Ford, W. L.; Johnson, W. D.; Smith, P. J. (2001): A venue-based method for sampling hard-to-reach populations. In: *Public Health Reports* 116 (Suppl 1), S. 216–222.
- Mullan, Fitzhugh (2006): Doctors for the World: Indian Physician Emigration. In: *Health Affairs* 25 (2). DOI: 10.1377/hlthaff.25.2.380.
- Müller-Funk, Wolfgang (2010): Kulturtheorie. Einführung in Schlüsseltexte der Kulturwissenschaften. 2. erweiterte und bearbeitete Auflage. Stuttgart: UTB GmbH (UTB, 2828).

- Murdoch, B. E.; Chenery, H. J.; Wilks, V.; Boyle, R. S. (1987): Language disorders in dementia of the Alzheimer type. In: *Brain and Language* 31 (1), S. 122–137. DOI: 10.1016/0093-934X(87)90064-2.
- Müßig, Leonie (2008): Sprachenpolitik mehrsprachiger Staaten als Vorbild für die Sprachenpolitik der Europäischen Union? Am Beispiel Spaniens, der Schweiz und Indiens. In: *Journal for EuroLinguistiX* (5), S. 180–202.
- Nair, S. (2007a): Rethinking Citizenship, Community and Rights. The Case of Nurses from Kerala in Delhi. In: *Indian Journal of Gender Studies* 14 (1), S. 137–156. DOI: 10.1177/097152150601400108.
- Nair, Sreelekha (2007b): Transcending Boundaries. Indian Nurses in Internal and International Migration. Hg. v. Center for Women's Development (Occasional Paper).
- Nair, Sreelekha (2010): Nurses' Strikes in Delhi: A Status Question. In: *Economic and Political Weekly* 45 (14), S. 23–25.
- Nair, Sreelekha (2012): Moving with the times: gender, status and migration of nurses in India: Routledge New Delhi, India.
- Nanda, Ramana; Khanna, Tarun (2010): Diasporas and Domestic Entrepreneurs: Evidence from the Indian Software Industry. In: *Journal of Economics & Management Strategy* 19 (4), S. 991–1012.
- Narula, S. (1999): Broken people. Caste violence against India's "untouchables". Hg. v. Human Rights Watch. New York, London.
- National Skill Development (2009): Human Resource and Skill Requirements for the Healthcare Services Industry (Sector 2022). A Report. Study on mapping of human resource skill gaps in India till 2022. Online verfügbar unter <http://www.nsdindia.org/pdf/healthcare.pdf>, zuletzt geprüft am 28.10.2011.
- NCSBN (2016): 2015 Nurse Licensee Volume and NCLEX Examination Statistics. Hg. v. National Council of State Boards of Nursing. Online verfügbar unter https://www.ncsbn.org/16_2015_NCLEXExamStats_vol68.pdf, zuletzt geprüft am 25.10.2016.
- Newland, Kathleen; Aguinias, Dovelyn Rannveig; Terrazas, Aaron (2008): Learning by Doing: Experiences of Circular Migration. Insight: Program on Migrants, Migration, and Development. Hg. v. MPI Migration Policy Institute. Washington D. C.
- Nishimura, Shoji; Nevgi, Anne; Tella, Seppo (2008): Communication style and cultural features in high/low context communication cultures: A case study of Finland, Japan and India. In: *Proceedings of a Subject-Didactic Symposium*.
- Nyberg-Sørensen, Ninna; van Hear, Nicholas; Engberg-Pedersen, Poul (2002): The migration–development nexus evidence and policy options state–of–the–art overview. In: *International migration* 40 (5), S. 3–47.

- OECD (2008): The Looming Crisis in the Health Workforce. How Can OECD Countries Respond? OECD Health Policy Studies. Paris.
- OECD (2012a): International Migration Outlook 2012. Annual report. Paris.
- OECD (2012b): Laufende Gesundheitsausgaben. OECD Health Data. Indikatoren des Gesundheitswesens. Organization for Economic Co-Operation and Development. Online verfügbar unter http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en, zuletzt aktualisiert am 28.06.2012, zuletzt geprüft am 28.06.2016.
- Office for National Statistics (2012): Population by Country of birth and Nationality from October 2010 to September 2011. International Migration. Online verfügbar unter <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/migration1/migration-statistics-quarterly-report/may-2012/population-by-country-of-birth-and-nationality.xls>, zuletzt geprüft am 01.11.2016.
- Osella, Caroline; Osella, Filippo (1998): Friendship and flirting: micro-politics in Kerala, South India. In: *Journal of the Royal Anthropological Institute*, S. 189–206.
- Padarath, Ashnie; Chamberlain, Charlotte; McCoy, David; Ntuli, Antoinette; Rowson, Mike; Loewenson; Rene (2003): Health Personnel in Southern Africa: Confronting maldistribution and brain drain. Equinet Discussion Paper Number 3. Hg. v. Health Systems Trust MEDACT in Regional Network for Equity Health Southern Africa. Online verfügbar unter <http://www.queensu.ca/samp/migration-resources/braindrain/documents/equinet.pdf>, zuletzt geprüft am 31.07.2016.
- Pang, T. (2002): Brain drain and health professionals. In: *BMJ* 324 (7336), S. 499–500. DOI: 10.1136/bmj.324.7336.499.
- Parnreiter, Christof (2000): Theorien und Forschungsansätze zu Migration.
- Parsons, T.; Smelser, N. (2005): *Economy and Society: A Study in the Integration of Economic and Social Theory*: Taylor & Francis. Online verfügbar unter <https://books.google.de/books?id=sGAJUlxYniMC>.
- Percot, Marie (2006): Indian Nurses in the Gulf: Two Generations of Female Migration. In: *South Asia Research* 26 (1), S. 41–62.
- Perlow, Leslie; Weeks, John (2002): Who's helping whom? Layers of culture and workplace behavior. In: *Journal of Organizational Behavior* 23 (4), S. 345–361. DOI: 10.1002/job.150.
- Pick, P.; Brüggemann J.; Grote C.; Grünhagen E.; Lampert T. (2004): Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Pflege. Hg. v. Robert-Koch-Institut. Berlin.
- Piore, Michael J. (1979): *Birds of Passage. Migrant Labor and Industrial Societies*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Pittman, Patricia; Folsom, Amanda; Bass, Emily; Leonhardy, Kathryn (2007): U.S.-Based International Nurse Recruitment: Structure and Practices of a Burgeoning Industry. Report on Year I of the Project International Recruitment of Nurses to the United States: Toward a Consensus on Ethical Standards of Practice. Academy Health.
- Pittman, Patricia M.; Folsom, Amanda J.; Bass, Emily (2010): U.S.-based recruitment of foreign-educated nurses: implications of an emerging industry. In: *The American journal of nursing* 110 (6), S. 38–48. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000377689.49232.06.
- Pöttsch, Iga; Rößger, Felix (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Pöttsch, Olga (2015): Anstieg der Geburteniffer 2014 auf 1,47 Kinder je Frau. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Prakash, B. A. (1998): Gulf migration and its economic impact: the Kerala experience. In: *Economic and Political Weekly*, S. 3209–3213.
- Prakash, I. J. (2005): Agings, Disability, and Disabled Older People in India. In: Phoebe Liebig und Irudaya S. Rajan (Hg.): An aging India. Perspectives, prospects, and policies. Social Networks of Old People in India. Research and Policy. Unter Mitarbeit von J. van Willigen und N. K. Chadha. New Delhi: Haworth Press.
- Prasuna, J.; Sharma, Rakesh; Bhatt, Anita; Arazoo; Painuly, Disha; Butola, Himani; Yadav, Anju (2015): Occurrence and Knowledge about Needle Stick Injury in Nursing Students. In: *Journal of Ayub Medical College (JAMC)* 27 (2), S. 430–433.
- Pries, Ludger (1996): Transnationale Soziale Räume: Theoretisch-empirische Skizze am Beispiel der Arbeitswanderungen Mexico — USA. In: *Zeitschrift für Soziologie* 25 (6), S. 456–472.
- Punnamparambil, José (2008): Heimat in der Fremde. Zeitschrift des deutsch-indischen Dialogs. Migrationsgeschichten von Menschen aus Indien in Deutschland. Ausgabe 2008. Heidelberg: Draupadi-Verlag.
- Puri, Shivani; Ritzema, Tineke (1999): Migrant worker remittances, micro-finance and the informal economy: prospects and issues: ilo Geneva.
- Raab-Steiner, Elisabeth; Benesch, Michael (2015): Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. 4., aktualisierte und überarb. Aufl. Wien: Facultas-Verl. (UTB Schlüsselkompetenzen, 8607).
- Rajan, Irudaja S.; Varghese, V. J.; Jayakumar, M. S (2010): Looking Beyond the Emigration Act 1983. Revisiting the Recruitment Practices in India. In: Irudaya S. Rajan (Hg.): Governance and Labour Migration. India Migration Report 2010. New Delhi: Routledge, S. 251–288.

- Rajan, Irudaya S.; Kumar, Prabhat (2010): Historical Overview of International Migration. In: Irudaya S. Rajan (Hg.): Governance and Labour Migration. India Migration Report 2010. New Delhi: Routledge, S. 1–30.
- Rajan, Irudaya S.; Sukendran, S. (2010): Understanding Female Emigration. Experience of Housemaids. In: Irudaya S. Rajan (Hg.): Governance and Labour Migration. India Migration Report 2010. New Delhi: Routledge, S. 182–196.
- Rao, Mohan; Rao, Krishna D.; Kumar, A. ShivaK; Chatterjee, Mirai; Sundararaman, Thiagarajan (2011): Human resources for health in India. In: *The Lancet* 377 (9765), S. 587–598. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61888-0.
- Ratha, Dilip (2005): Workers' remittances: an important and stable source of external development finance. In: *Economics Seminar Series* (9).
- Ravenstein, Ernest George (1885): The laws of migration. In: *Journal of the Statistical Society of London* 48 (2), S. 167–235.
- Rippl, Susanne; Seipel, Christian (2008): Methoden kulturvergleichender Sozialforschung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.
- Robert, Christopher; Probst, Tahira M.; Martocchio, Joseph J.; Drasgow, Fritz; Lawler, John J. (2000): Empowerment and continuous improvement in the United States, Mexico, Poland, and India. Predicting fit on the basis of the dimensions of power distance and individualism. In: *Journal of Applied Psychology* 85 (5), S. 643–658. DOI: 10.1037/0021-9010.85.5.643.
- Robinson, Kim; Sportsman, Susan; Eschiti, Valerie S.; Bradshaw, Pam; Bol, Todd (2006): Preparing faculty and students for an international nursing education experience. In: *Journal of continuing education in nursing* 37 (1), 21-9; quiz 30-1.
- Roland, Alan (1988): In search of self in India and Japan. 2. Aufl. Princeton: Princeton University Press.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport Pflege 2030. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Rozelle, Scott; Taylor, J. Edward; DeBrau, Alan (1999): Migration, remittances, and agricultural productivity in China. In: *The American Economic Review* 89 (2), S. 287–291.
- Ryan, R. M. (1993): Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 39 (2), S. 223–238.
- Sahay, G. R. (2004): Hierarchy, difference and the caste system. A study of rural Bihar. In: *Contributions to Indian Sociology* 38 (1-2), S. 113–136. DOI: 10.1177/006996670403800105.
- Saxenian, Anna Lee (2002): Silicon Valley's new immigrant high-growth entrepreneurs. In: *Economic development quarterly* 16 (1), S. 20–31.

- Saxenian, Anna Lee; Motoyama, Yasuyuki; Quan, Xiaohong (2002): Local and global networks of immigrant professionals in Silicon Valley. San Francisco: Public Policy Institute of California.
- Schaaf, Jürgen (2005): Outsourcing nach Indien: der Tiger auf dem Sprung: Deutsche Bank Research (Aktuelle Themen, Indien Spezial). Online verfügbar unter http://www.dbresearch.ru/PROD/DBR_INTERNET_EN-PROD/PROD000000000191727.pdf, zuletzt geprüft am 16.07.2011.
- Schecker, M. (1998): Sprache und Demenz. In: Reinhard Fiehler und Caja Thimm (Hg.): Sprache und Kommunikation im Alter. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 278–292.
- Schensul, Stephen L.; Mekki-Berrada, Abdelwahed; Nastasi, Bonnie K.; Singh, Rajendra; Burlison, Joseph A.; Bojko, Martha (2006): Men's extramarital sex, marital relationships and sexual risk in urban poor communities in India. In: *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine* 83 (4), S. 614–624. DOI: 10.1007/s11524-006-9076-z.
- Schmidt, C. M.; Bauer, T. K.; Kösters, W. (2011): Faktenbuch Pflege - Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt. Endbericht. Hg. v. Arbeitgeberverbandes Pflege. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung RWI. Köln.
- Schnabel, R. (2007): Zukunft der Pflege. Hg. v. Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. Universität Duisburg-Essen und ZEW. Online verfügbar unter <http://www.insm.de/insm/dms/insm/text/publikationen/studien/endbericht-zukunft-pflege/Endbericht%20Zukunft%20Pflege.pdf>, zuletzt geprüft am 22.08.2016.
- Schneekloth, Ulrich; Müller, Udo (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Schneider, Jan; Parusel, Bernd (2011): Zirkuläre und temporäre Migration. Empirische Erkenntnisse, politische Praxis und zukünftige Optionen in Deutschland. Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN). Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Schnell, Rainer; Hill, Paul B.; Esser, Elke (2005): Methoden der empirischen Sozialforschung. 7. völlig überarb. und erw. Aufl. München: Oldenbourg.
- Schreuder, H. T.; Gregoire, T. G.; Weyer, J. P. (1999): For What Applications Can Probability and Non-Probability Sampling Be Used? In: *Environmental Monitoring and Assessment* 66 (3), S. 281–291. DOI: 10.1023/A:1006316418865.
- Schwartz, Shalom H. (1994): Beyond individualism/collectivism: New cultural dimensions of values. In: Uichol Kim, Harry C. Triandis, Çiğdem Kâğıtçıbaşı, Sang-Chin Choi und Gene Yoon (Hg.): Individualism and collectivism: Theory, method, and applications. Thousand Oaks: SAGE Publications, S. 85–119.
- Scovel, Thomas (1978): The Effect of Affect on Foreign Language Learning: A Review of the Anxiety Research. In: *Language Learning* 28 (1), S. 129–142. DOI: 10.1111/j.1467-1770.1978.tb00309.x.

- Segal, Uma A. (1999): Family Violence: A Focus on India. In: *Aggression and Violent Behavior* 4 (2), S. 213–231, zuletzt geprüft am 16.03.2012.
- Shah, Nasra M.; Menon, Indu (1999): Chain migration through the social network: Experience of labour migrants in Kuwait. In: *International migration* 37 (2), S. 361–382.
- Shaji, K. S.; AT, Jotheeswaran; N, Girish; Bharath, Srikala; Dias, Amit; Pattabiraman, Meera; Varghese, Mathew (2010): The Dementia India Report: prevalence, impact, costs and services for Dementia. Hg. v. Alzheimer's & Related Disorders Society of India. New Delhi. Online verfügbar unter <http://ardsi.org/downloads/main%20report.pdf>, zuletzt geprüft am 08.11.2016.
- Sharma, Kanhaya L. (2012): Is there Today Caste System or there is only Caste in India? In: *Polish sociological review* (178), S. 245–263.
- Sheikh, Asfandyar; Naqvi, Syed Hassan Abbas; Sheikh, Kainat; Naqvi, Syed Hassan Shiraz; Bandukda, Muhammad Yasin (2012): Physician migration at its roots: a study on the factors contributing towards a career choice abroad among students at a medical school in Pakistan. In: *Globalization and health* 8, S. 43. DOI: 10.1186/1744-8603-8-43.
- Sherman, Rose O.; Eggenberger, Terry (2008): Transitioning Internationally Recruited Nurses into Clinical Settings. In: *The Journal of Continuing Education in Nursing* 39 (12), S. 535–544. DOI: 10.3928/00220124-20081201-03.
- Shields, Gail M.; Shields, Michael P. (1989): The Emergence of Migration Theory and a suggested new Direction. In: *Journal of Economic Surveys* 3 (4), S. 277–304. DOI: 10.1111/j.1467-6419.1989.tb00072.x.
- Shukla, H. C.; Gupta, P. C.; Mehta, H. C.; Hebert, J. R. (2002): Descriptive epidemiology of body mass index of an urban adult population in western India. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* (56), S. 876–880.
- Singelis, T. M.; Triandis, H. C.; Bhawuk, D. P. S.; Gelfand, M. J. (1995): Horizontal and Vertical Dimensions of Individualism and Collectivism. A Theoretical and Measurement Refinement. In: *Cross-Cultural Research* 29 (3), S. 240–275. DOI: 10.1177/106939719502900302.
- Singh, J. P. (2005): The Contemporary Indian Family. In: Bert N. Adams und Jan Trost (Hg.): *Handbook of world families*. Thousand Oaks: Sage.
- Singh, J. P. (2009): Problems of India's Changing Family and State Intervention. Hg. v. Patna University. Online verfügbar unter <http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/egm09/Singh.pdf>, zuletzt geprüft am 13.03.2016.
- Sinha, Jai B. P. (1980): *The Nurturant-Task Leader. A Model of the Effective Executive*. Management in Developing Societies Series No. 2. New Delhi: Concept Publishing Company.
- Sinha, Jai B. P. (1984): A Model of Effective Leadership Styles in India. In: *International Studies of Management & Organization* 14 (2-3), S. 86–98. DOI: 10.1080/00208825.1984.11656388.

- Sinha, Jai B. P.; Singh, Shailendra; Gupta, Parvinder; Srivastava, Kailash B. L.; Sinha, R. B. N.; Srivastava, Sanjay et al. (2010): An exploration of the Indian mindset. In: *Psychological Studies* 55 (1), S. 3–17. DOI: 10.1007/s12646-010-0001-x.
- Sinha, Jai B. P.; Vohra, Neharika; Singhal, Sushila; Sinha, R.B.N.; Ushashree, S. (2002): Normative predictions of collectivist-individualist intentions and behaviour of Indians. In: *International Journal of Psychology* 37 (5), S. 309–319. DOI: 10.1080/00207590244000124.
- Sjaastad, Larry A. (1962): The Cost and Returns of Human Migration. In: *The Journal of Political Economy* 5 (70), S. 80–93.
- Spetz, Joanne; Gates, Michael; Jones, Cheryl B. (2014): Internationally educated nurses in the United States: Their origins and roles. In: *Nursing outlook* 62 (1), S. 8–15. DOI: 10.1016/j.outlook.2013.05.001.
- Spiegel Online (2016): Innenminister de Maizière: 2015 kamen 890.000 Flüchtlinge nach Deutschland, 30.09.2016. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/fluechtlinge-2015-kamen-890-000-schutzsuchende-nach-deutschland-a-1114739.html>, zuletzt geprüft am 24.11.2016.
- Stark, Oded (1993): The migration of labor. Cambridge: Blackwell.
- Stark, Oded; Taylor, J. Edward; Yitzhaki, Shlomo (1986): Remittances and Inequality. In: *The Economic Journal* 96 (383), S. 722–740.
- Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheitspersonalrechnung. Die Tabelle wurde am 05.06.2012 21:14 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt., zuletzt geprüft am 10.09.2011.
- Statistisches Bundesamt (2012): Wanderungssaldo 2010. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Wanderungen/Wanderungen.html>, zuletzt geprüft am 10.08.2016.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2016a): Gesundheit. Personal 2014. Fachserie 12 Reihe 7.3.1. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf;jsessionid=DCA5B948DC032CF597E874B50405B845.cae3?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.08.2016.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2016b): Sterbetafel 2012/2014. Methoden- und Ergebnisbericht zur laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2016c): Wanderungen. Wanderungen zwischen Deutschland und dem Ausland 1991 bis 2015.

- Statistisches Bundesamt (29.03.2016): Nettozuwanderung von Ausländerinnen und Ausländern im Jahr 2015 bei 1,1 Millionen. Pressemitteilung Nr. 105. Grobecker, C.; Brückner, G. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/03/PD16_105_12421.html, zuletzt geprüft am 25.11.2016.
- STERN.de (2014): Knebelverträge in Heimen: Wie spanische Pflegekräfte in Deutschland schufteten, 29.07.2014. Online verfügbar unter <http://www.stern.de/wirtschaft/news/knebelvertraege-in-heimen-wie-spanische-pflegekraefte-in-deutschland-schuften-3959612.html>, zuletzt geprüft am 25.11.2016.
- Stilwell, Barbara; Diallo, Khassoum; Zurn, Pascal; Vujicic, Marko; Adams, Orvill; Poz, Mario Dal (2004): Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. Hg. v. Department of Health Service Provision. World Health Organization. Genf. Online verfügbar unter <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v82n8/v82n8a09.pdf>, zuletzt geprüft am 04.07.2016.
- Straubhaar, Thomas (2000): International mobility of the highly skilled : brain gain, brain drain or brain exchange. HWWA Discussion Paper 88.
- Sutton, Stephen (1998): Predicting and Explaining Intentions and Behavior: How Well Are We Doing? In: *Journal of Applied Social Psychology* 28 (15), S. 1317–1338. DOI: 10.1111/j.1559-1816.1998.tb01679.x.
- Tappen, R. M.; Williams-Burgess, C.; EDELSTEIN, J. (1997): Communicating with individuals with Alzheimer's disease: Examination of recommended strategies. In: *Archives of Psychiatric Nursing* 11 (5), S. 249–256. DOI: 10.1016/S0883-9417(97)80015-5.
- Taylor, Allyn L.; Dhillon, Ibadat S. (2011): The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: The Evolution of Global Health Diplomacy. Georgetown Public Law and Legal Theory Research Paper. Hg. v. Georgetown University Law Center. Online verfügbar unter <http://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1733&context=facpub>, zuletzt geprüft am 31.07.2016.
- Taylor, Edward J. (1999): The new economics of labour migration and the role of remittances in the migration process. In: *International migration* 37 (1), S. 63–88.
- The Financial Express (2012): India face 40-50% shortage of nursing staff. Online verfügbar unter <http://archive.indianexpress.com/news/india-face-4050--shortage-of-nursing-staff/930148/>, zuletzt geprüft am 19.07.2016.
- Thomas, P. (2006): The International Migration of Indian Nurses. In: *International Nursing Review* (53), S. 277–283.
- Thränhardt, D. (2005): Entwicklung durch Migration: Ein neuer Forschungsansatz. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (27), S. 3–11.
- Tieber, Claus (2007): Passages to Bollywood. Einführung in den Hindi-Film. Wien: Lit-Verlag.

- TIK (2010): Kommunikation und Interaktion in der Pflege. Thematischer Initiativkreis Gesund Pflegen - INQA-Pflege. Online verfügbar unter https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/pflege-hh3-kommunikation.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aktualisiert am 24.08.2010, zuletzt geprüft am 09.11.2016.
- Tilly, Charles (1990): Transplanted Networks. In: Virginia Yans-McLaughlin (Hg.): *Immigration reconsidered: History, sociology, and politics*: Oxford University Press.
- Timmons, Stephen; Evans, Catrin; Nair, Sreelekha (2016): The development of the nursing profession in a globalised context: A qualitative case study in Kerala, India. In: *Social Science & Medicine* 166, S. 41–48. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.08.012.
- Tiwari, Rajnarayan R.; Sharma, Kavya; Zodpey, Sanjay P. (2013): Situational analysis of nursing education and work force in India. In: *Nursing outlook* 61 (3), S. 129–136. DOI: 10.1016/j.outlook.2012.07.012.
- Todaro, Michael P. (1969): A Model of Labor Migration and Urban Unemployment in Less Developed Countries. In: *The American Economic Review* 59 (1), S. 138–148.
- Tongco, Maria Dolores C. (2007): Purposive Sampling as a Tool for Informant Selection. In: *Ethnobotany Research & Applications* (5), S. 147–158. Online verfügbar unter <http://scholarspace.manoa.hawaii.edu/bitstream/10125/227/4/11547-3465-05-147.pdf>.
- Triandafyllidou, Anna; Marchetti, Sabrina (2013): Migrant Domestic and Care Workers in Europe. New Patterns of Circulation? In: *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 11 (4), S. 339–346. DOI: 10.1080/15562948.2013.822750.
- Trompenaars, Fons; Hampden-Turner, Charles (1998): *Riding the waves of culture: Understanding diversity in global business*. 2. Auflage. London: McGraw-Hill.
- U. S. Census Bureau (o. J.a): Mid-year Population by Five Year Age Groups and Sex - Custom Region - India. Online verfügbar unter <http://www.census.gov/population/international/data/idb/region.php>, zuletzt geprüft am 17.07.2016.
- U. S. Census Bureau (o. J.b): Mid-year Population by Five Year Age Groups and Sex - Custom Region - Philippines. Online verfügbar unter <http://www.census.gov/population/international/data/idb/region.php>, zuletzt geprüft am 12.07.2016.
- U. S. Census Bureau (o. J.c): Mid-year Population by Five Year Age Groups and Sex - Custom Region - Poland. Online verfügbar unter <http://www.census.gov/population/international/data/idb/region.php>, zuletzt geprüft am 09.07.2016.
- Ulrich, Ralf E. (2006): Demographische Methoden in den Gesundheitswissenschaften. In: K. Hurrelmann, Laaser U. und Razum O. (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 4. Aufl. Weinheim: Juventa, S. 301–318.

- Ulrich, Ralf E. (2007): OECD-Länder: Beschäftigung von Zuwanderern im Gesundheitswesen steigt. In: *Newsletter Migration und Bevölkerung* (6).
- Vanore, Michaela; Siegel, Melissa (2015): The evolution of gendered migration trajectories from Moldova & Georgia. In: *Comparative Migration Studies* 3 (1). DOI: 10.1007/s40878-015-0001-z.
- Varma, Roli; Kapur, Deepak (2013): Comparative Analysis of Brain Drain, Brain Circulation and Brain Retain. A Case Study of Indian Institutes of Technology. In: *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 15 (4), S. 315–330. DOI: 10.1080/13876988.2013.810376.
- Vertovec, Steven (2002): Transnational networks and skilled labour migration: University of Oxford. Transnational Communities Programme.
- Vertovec, Steven (2007): Circular Migration: the way forward in global policy? Working papers. In: *International Migration Institute* 04 (01).
- Vikas, Ram Manohar; Varman, Rohit; Belk, Russell W. (2015): Status, Caste, and Market in a Changing Indian Village. In: *J Consum Res* 42 (3), S. 472–498. DOI: 10.1093/jcr/ucv038.
- Wadhwa, Vivek; Saxenian, AnnaLee; Rissing, Ben A.; Gereffi, G. (2007): America's New Immigrant Entrepreneurs. Part I.
- Wagner, Christian (2006): Das politische System Indiens. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Wagner, Michael (1989): Räumliche Mobilität im Lebensverlauf. Eine empirische Untersuchung sozialer Bedingungen der Migration. Stuttgart: Enke.
- Walton-Roberts, Margaret (2010): Student Nurses and their Migration Plans. A Kerala Case Study. In: Irudaya S. Rajan (Hg.): *Governance and Labour Migration. India Migration Report 2010*. New Delhi: Routledge, S. 196–217.
- Walton-Roberts, Margaret (2012): Contextualizing the global nursing care chain. International migration and the status of nursing in Kerala, India. In: *Global Networks* 12 (2), S. 175–194. DOI: 10.1111/j.1471-0374.2012.00346.x.
- Walton-Roberts, Margaret (2015): International migration of health professionals and the marketization and privatization of health education in India: from push-pull to global political economy. In: *Social Science & Medicine* 124, S. 374–382. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.10.004.
- Welchhoff, Anja (2006): Community Participation and Primary Health Care in India. Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität, München. Fakultät für Geowissenschaften.
- WHO (2006): *The World Health Report 2006: Working together for health*. Genf.

- WHO (2010): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. World Health Organization. Online verfügbar unter http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf, zuletzt geprüft am 19.07.2016.
- WHO (2014): The 2014 update. Global Health Workforce Statistics. Hg. v. World Health Organization. Geneva. Online verfügbar unter <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1442?lang=en&showonly=HWF>, zuletzt geprüft am 29.08.2016.
- WHO (2016): Country Health System Profile. India. World Health Organization. Online verfügbar unter http://www.who.int/gho/countries/ind/country_profiles/en/, zuletzt geprüft am 12.11.2016.
- Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: G. Jüttemann (Hg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfehler. Weinheim: Beltz, S. 227–255.
- World Bank (2011): Migration and remittances factbook 2011. 2. Aufl. Washington D.C: World Bank. Online verfügbar unter <http://siteresources.worldbank.org/INT-LAC/Resources/Factbook2011-Ebook.pdf>, zuletzt geprüft am 12.01.2013.
- World Bank (2016a): Global economic prospects. Divergences and Risks. June 2016. Washington, DC. Online verfügbar unter <http://pubdocs.worldbank.org/en/842861463605615468/Global-Economic-Prospect-2016-Divergences-and-risks.pdf>, zuletzt geprüft am 10.11.2016.
- World Bank (2016b): India. Birth rate, crude (per 1,000 people). Online verfügbar unter <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN?locations=IN>, zuletzt geprüft am 12.10.2016.
- Yang, Dean (2008): International Migration, Remittances and Household Investment. Evidence from Philippine Migrants' Exchange Rate Shocks. In: *Economic Journal* 118 (528), S. 591–630. DOI: 10.1111/j.1468-0297.2008.02134.x.
- Zachariah, K. C.; Mathew, E. T.; Rajan, S. Irudaya (2001): Social, Economic and Demographic Consequences of Migration on Kerala. In: *International migration* 39 (2), S. 43–71. DOI: 10.1111/1468-2435.00149.
- Zachariah, K. C.; Mathew, E. T.; Rajan, S. Irudaya (1999): Impact of Migration on Kerala's Economy and Society. In: *International migration* 39 (1), S. 63–87. DOI: 10.1111/1468-2435.00135.
- Zachariah, K. C.; Rajan, Irudaya S. (2009): Migration and Development. The Kerala Experience. New Delhi: Daanish Books.
- Zachariah, K. C.; Rajan, Irudaya S. (2010): Stability in Kerala Emigration: Results from the Kerala Migration Survey 2007. In: Irudaya S. Rajan (Hg.): Governance and Labour Migration. India Migration Report 2010. New Delhi: Routledge, S. 85–113.

- Zeenews.com (2012): India faces 50% nursing shortage. Online verfügbar unter http://zeenews.india.com/news/health/exclusive/india-faces-50-nursing-shortage_16289.html, zuletzt geprüft am 19.07.2016.
- ZEIT ONLINE (2016): Flüchtlinge: Bamf rechnet mit weniger als 300.000 Flüchtlingen, 05.11.2016. Online verfügbar unter <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2016-11/weniger-fluechtlinge-als-erwartet-deutschland>, zuletzt geprüft am 24.11.2016.
- Zerger, F. (2008): Migrationssteuerung und Entwicklungseffekte durch zirkuläre Migration? In: *Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik ZAR* (1), S. 1–5.
- Zipf, George Kingsley (1946): The P 1 P 2/D hypothesis: on the intercity movement of persons. In: *American Sociological Review* 11 (6), S. 677–686.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich meine Dissertation selbständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die Ausführungen anderer Autoren wörtlich oder sinngemäß entnommen sind, habe ich durch Angabe der Quellen als Zitate kenntlich gemacht. Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit nicht anderweitig als Dissertation eingereicht wurde und ich auch keine sonstigen Versuche zur Promotion unternommen habe.

Berlin, den 15. Mai 2017



Meiko Merda