

**Jung-Lim Oh**

# **Pflegehorizonte älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen**

Öffnung und Schließung im Kontext früher Immigration

kassel  
university   
press

**Jung-Lim Oh**

**Pflegehorizonte**

**älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen**

Öffnung und Schließung im Kontext früher Immigration

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Kassel als Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer. pol.) angenommen.

Gutachter: Prof. Dr. Ingo Bode  
Prof. Dr. Manuela Westphal

Tag der mündlichen Prüfung: 6. Juni 2018

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Zugl.: Kassel, Univ., Diss. 2018  
ISBN 978-3-7376-0590-8 (print)  
ISBN 978-3-7376-0591-5 (e-book)  
DOI: <http://dx.medra.org/10.19211/KUP9783737605915>  
URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0002-405917>

© 2018, kassel university press GmbH, Kassel  
[www.upress.uni-kassel.de](http://www.upress.uni-kassel.de)

Printed in Germany

Für Yanghyun

양현에게



An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich in meiner Promotionsphase unterstützt haben.

An erster Stelle gilt mein Dank meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern. Ohne ihre Bereitschaft zum Interview, ihr Vertrauen und ihre Offenheit wäre die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen. Ich bedanke mich auch bei den südkoreanischen Vereinen in Deutschland, die mir den Zugang zu den Interviewten ermöglicht und aktuelle Informationen über die südkoreanische Community in Deutschland geliefert haben. Stellvertretend könnte hier der Verein der koreanischen Schwerbehinderten in Deutschland e.V. genannt werden. Ich danke Dr. Sukil Lee für die Informationen über die Art und Weise der Anwerbung südkoreanischer Krankenpflegekräfte für das deutsche Gesundheitswesen, woran er selbst beteiligt war.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Ingo Bode, meinem Doktorvater, für die intensive Betreuung, die konstruktive Kritik, seine Geduld und den Glauben an meine Arbeit und Fähigkeiten. Die zahlreichen und mehrstündigen Gespräche über meine Arbeit im Büro aber auch im Pavillon an der Universität Kassel werden mir in guter Erinnerung bleiben. Ebenfalls danke ich ganz herzlich Prof. Dr. Manuela Westphal, meiner Zweitgutachterin, für die stets hilfsbereite, wissenschaftliche Betreuung.

Auch meinen Freunden und Kollegen danke ich für ihre vielfältige Hilfe: Dr. Johanna Anders, Dr. Hannu Turba, Bettina Schwarzer, Hans-Ulrich Ambacher, Dr. Peter Schlöndorf, Mareike Simone Goertz, Sarah Elisabeth Schönweitz, Christoph Sucherd und Ralf Lüth für Lektorat und Beratung, Samia Aden, Simon Roesen und Prof. Dr. Moonjeong Kim für wertvolle Literaturhinweise, Evemarie und Hans-Ulrich Ambacher für die Unterstützung bei der Übersetzung meines Interviewmaterials von Koreanisch auf Deutsch, Vincenz Thalheim und Christoph Sucherd für die methodischen Anregungen und Anmerkungen, Helga und Günter Schwich für die Bereitstellung der Unterkünfte beim Feldaufenthalt in NRW, Rebekka Lehmann für das Zur-Verfügung-Stellen des Aufnahmegeräts, Yanghyun Oh für die Überarbeitung der Grafiken, Dr. Felix Wilke, Dr. Hannu Turba und Ralf Lüth für die Möglichkeit zur Mitnutzung ihres Büros und den Kolleginnen und Kollegen aus dem Doktorandenkolloquium des Fachgebiets von Prof. Dr. Manuela Westphal und aus dem Doktorandenkolloquium des Instituts für Sozialwesen, Abteilung II, für die Begleitung meines Projektes und die ertragreichen Anregungen und Anmerkungen. In diesem Rahmen bedanke ich mich auch herzlich bei Prof. em. Dr. Kichang Kim, Sanghee Kim und Seon-Hee So für die emotionale Unterstützung, den Glauben an meine Fähigkeiten und ihr Gebet zu Gott für eine erfolgreiche Promotion. Mein Dank gilt auch

allen weiteren Freunden, Kollegen und Bekannten, die mich während der Promotionsphase durch Gespräche, Informationen und Anregungen unterstützt haben.

Meine Promotion wurde zum Teil vom Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) durch die Förderung zu Forschungs- und Lehrassistenzen sowie eine Abschlussbeihilfe finanziell unterstützt. Die Drucklegung wurde von einer Südkoreanerin gefördert, welche im Rahmen der Anwerbung als Krankenschwester nach Deutschland gekommen ist und nicht namentlich erwähnt werden möchte. Beiden Sponsoren danke ich ganz herzlich für ihr Interesse an meinem Promotionsprojekt und die großzügige finanzielle Unterstützung.

Besonders möchte ich an dieser Stelle auch meiner Familie, Ildong Oh, meinem Vater, Oksoon Lim, meiner Mutter, Yanghyun Oh, meiner Schwester, und Byoungkwan Bae, meinem Schwager, für die unermüdliche emotionale und finanzielle Unterstützung und Stärkung danken.

Abschließend danke ich dir, meinem Herrn, Gott, dass du mich jeden Tag begleitest und behütet hast.

# Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Einleitung</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>1 Pflege und Kultur</b> .....   | <b>8</b>  |
| 1.1 Kulturbegriffe im sozialwissenschaftlichen Denken .....  | 9         |
| 1.1.1 Herkunft des Wortes „Kultur“.....  | 9         |
| 1.1.2 Kulturbegriffe im Kontext von Pflege und Migration .....   | 11        |
| 1.1.2.1 Kultur im klassischen Sinne: geschlossen, einheitlich und statisch .....                             | 11        |
| 1.1.2.2 Kultur im Zeitalter der Globalisierung: offen, dynamisch und prozesshaft .....                       | 14        |
| 1.2 Gesundheit, Krankheit und Kultur.....  | 16        |
| 1.2.1 Soziokulturelle Aspekte in Gesundheits- und Krankheitskonzepten .....                                  | 17        |
| 1.2.2 Einstellungen zum Körper, zur Gesundheit und zur Krankheit in der westlichen Welt und in Ostasien..... | 20        |
| 1.2.2.1 Die westliche Sicht auf Körper, Krankheit, Gesundheit und Heilung.....                               | 21        |
| 1.2.2.2 Die ostasiatische Sicht auf Körper, Krankheit, Gesundheit und Heilung.....                           | 21        |
| 1.3 Kulturspezifische Merkmale in Bezug auf Altenpflege.....   | 24        |
| 1.3.1 Machtdistanz .....   | 25        |
| 1.3.2 Beziehung zwischen dem Individuum und der Gruppe .....   | 26        |
| 1.3.3 Geschlechtsspezifische Eigenschaften.....  | 27        |
| 1.3.4 Unsicherheitsvermeidung .....  | 27        |
| 1.3.5 Zukunftsorientierung.....  | 29        |
| Zwischenfazit .....  | 30        |
| <b>2 Orientierungen und Identifikationen der MigrantInnen</b> .....  | <b>31</b> |
| 2.1 Der Begriff der Migration .....  | 32        |
| 2.2 Zur Orientierung von MigrantInnen in einer fremden Gesellschaft .....                                    | 34        |
| 2.2.1 Akkulturation als vielschichtiges Konzept.....   | 35        |
| 2.2.2 Akkulturationsbezogene Orientierungen der MigrantInnen .....   | 36        |
| 2.2.2.1 Akkulturationsmodelle.....   | 36        |
| 2.2.2.2 Moderierende Variablen der Akkulturation.....  | 39        |
| 2.3 Identifikation mit der Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft .....   | 41        |
| 2.3.1 Der Begriff der Identität.....   | 42        |
| 2.3.2 Ethnische bzw. kulturelle Identität.....   | 43        |
| 2.3.3 Beziehungen zwischen Identifikationen mit der Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft.....                 | 45        |
| Zwischenfazit .....  | 50        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>3 Gesundheit im Migrationskontext.....</b>   | <b>53</b> |
| 3.1 Migration und psychische Belastungen .....  | 54        |
| 3.2 Gesundheit von MigrantInnen .....   | 56        |
| 3.2.1 Herkunftslandspezifische Faktoren.....  | 57        |
| 3.2.2 Migrationsspezifische Faktoren .....  | 58        |
| 3.2.3 Schichtspezifische Faktoren.....  | 59        |
| 3.2.4 Kulturspezifische Faktoren .....  | 60        |
| Zwischenfazit.....  | 63        |
| <b>4 Arbeitskräfte aus Fernost, Südkorea .....</b>  | <b>66</b> |
| 4.1 Anwerben von Arbeitskräften in der Bundesrepublik Deutschland.....  | 67        |
| 4.1.1 Einreise von ArbeitsmigrantInnen zwischen Mitte der 1950er Jahre und 1973 .....                             | 67        |
| 4.1.2 ArbeitsmigrantInnen im Rentenalter.....   | 69        |
| 4.2 Einwanderung südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen in die Bundesrepublik.....                                   | 72        |
| 4.2.1 Anwerben der südkoreanischen Arbeitskräfte .....  | 73        |
| 4.2.1.1 Südkoreanische Bergarbeiter ohne Berufserfahrung .....  | 73        |
| 4.2.1.2 „Sanfte Engel“ aus Fernost .....  | 76        |
| 4.2.2 Motive der SüdkoreanerInnen für die Aufnahme einer Beschäftigung in Deutschland .....                       | 80        |
| 4.2.3 Gründe für den Verbleib von SüdkoreanerInnen in der Bundesrepublik Deutschland .....                        | 83        |
| Zwischenfazit.....  | 84        |
| <b>5 Pflege in der südkoreanischen Gesellschaft.....</b>  | <b>87</b> |
| 5.1 Die von der Kindespietät geprägte traditionelle koreanische Gesellschaft .....                                | 88        |
| 5.1.1 Die Grundcharakteristika des Konfuzianismus .....   | 89        |
| 5.1.2 Die Ausformung des Konfuzianismus in der traditionellen koreanischen Gesellschaft.....                      | 92        |
| 5.1.3 Familienstrukturen, Status und Rollen der Familienmitglieder .....  | 95        |
| 5.1.4 Zeremonien und Riten der Ahnenverehrung.....  | 98        |
| 5.2 Pflege im demografischen und sozialen Wandel .....  | 99        |
| 5.2.1 Demografische Alterung in der südkoreanischen Gesellschaft .....  | 100       |
| 5.2.2 Sozialpolitische Maßnahmen bezüglich der Pflege älterer Menschen vor Einführung der Pflegeversicherung..... | 101       |
| 5.2.3 Gesellschaftliche Veränderungen.....  | 104       |
| 5.2.3.1 Familie im Wandel.....  | 105       |
| 5.2.3.2 „Kindespietät“ im Wandel.....   | 107       |

|  |            |
|--|------------|
| 5.3 Pflege nach der Einführung der Pflegeversicherung .....                | 111        |
| 5.3.1 Anspruchsberechtigung zu Pflegeversicherungsleistungen .....         | 112        |
| 5.3.2 Die Stufen der Pflegebedürftigkeit .....                             | 112        |
| 5.3.3 Die Leistungsformen der Pflegeversicherung.....                      | 113        |
| 5.3.3.1 Sondergeldleistung.....  | 114        |
| 5.3.3.2 Sachleistungen für häusliche Pflege .....                          | 114        |
| 5.3.3.3 Sachleistungen für stationäre Pflege.....                          | 115        |
| 5.3.4 Leistungserbringer .....   | 117        |
| 5.3.5 Convalescent Hospital (Sanatorium, 요양병원) .....                       | 118        |
| 5.3.6 Leistungsempfänger.....  | 121        |
| Zwischenfazit .....  | 123        |
| <b>6 Pflege in Deutschland .....</b>                                       | <b>125</b> |
| 6.1 Pflegearrangements und -infrastruktur in Deutschland .....             | 126        |
| 6.1.1 Die familiäre Gestaltung der Altersversorgung und Pflege .....       | 127        |
| 6.1.1.1 Die familiäre Pflege in der traditionellen Gesellschaft.....       | 128        |
| 6.1.1.2 Die familiäre Pflege der Gegenwart .....                           | 132        |
| 6.1.2 Stationäre Pflege .....  | 136        |
| 6.1.2.1 Bedürftige alte Menschen als Klientel des Armenwesens.....         | 136        |
| 6.1.2.2 Entstehung der altersspezifischen Einrichtungen .....              | 137        |
| 6.1.2.3 Alters- und Pflegeheime – von der Verwahranstalt zum Wohnort.....  | 141        |
| 6.1.3 Ambulante Pflege.....  | 144        |
| 6.1.3.1 Die Pflege im häuslichen Bereich und die Rolle freier Träger.....  | 144        |
| 6.1.3.2 Ambulante Pflege auf dem Markt.....                                | 145        |
| 6.2 Aktuelle pflegepolitische Rahmenbedingungen .....                      | 147        |
| 6.2.1 Wandel des Pflegebedürftigkeitsbegriffs .....                        | 148        |
| 6.2.2 Heutige Leistungen der Pflegeversicherung .....                      | 153        |
| Zwischenfazit .....  | 155        |
| <b>7 Forschungsdesign und Zugang zum Feld .....</b>                        | <b>159</b> |
| 7.1 Datenerhebungsmethode – Problemzentriertes Interview .....             | 160        |
| 7.2 Auswertungsmethode – Grounded Theory .....                             | 162        |
| 7.3 Zugang zum Feld .....  | 167        |
| 7.4 Ablauf der Interviews.....   | 172        |
| 7.5 Transkription und Übersetzung.....                                     | 173        |
| <b>8 Pflegehorizonte älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen .....</b> | <b>175</b> |

|   |     |
|---|-----|
| 8.1 Pflegekapazität und ihre Grenzen im informellen sozialen Umfeld .....   | 176 |
| 8.1.1 Bereitschaft der Familie zur Pflege.....  | 177 |
| 8.1.1.1 Die Bereitschaft zur Pflege durch die Kinder .....  | 177 |
| 8.1.1.2 Bereitschaft der EhepartnerInnen zur Pflege .....   | 187 |
| 8.1.2 Belastung der Familie in der häuslichen Pflege.....   | 189 |
| 8.1.2.1 Belastungsdimensionen.....  | 189 |
| 8.1.2.2 Pflege als zusätzliche Belastung .....  | 195 |
| 8.1.3 Pflege durch nicht-familiären sozialen Umfeld .....   | 197 |
| Zwischenfazit .....   | 199 |
| 8.2 Formelle Ressourcen.....  | 203 |
| 8.2.1 Sicherstellung der Pflege durch das deutsche Pflegesystem.....  | 203 |
| 8.2.2 Die Erwartungen an eine mögliche Unterstützung durch die südkoreanische Regierung.....                        | 208 |
| 8.2.2.1 Bestehender Diskurs über die Notwendigkeit eines südkoreanischen Pflegeheims .....                          | 208 |
| 8.2.2.2 Erwartungen an die südkoreanische Regierung bezüglich der Bereitstellung eines ethnischen Pflegeheims ..... | 210 |
| Zwischenfazit .....   | 212 |
| 8.3 Lebensstil .....  | 215 |
| 8.3.1 Essverhalten .....  | 215 |
| 8.3.1.1 Erfahrung der unterschiedlichen Esskulturen .....   | 216 |
| 8.3.1.2 Der Stellenwert der Küche.....  | 222 |
| 8.3.2 Die traditionelle, koreanische medizinische Behandlung.....   | 233 |
| 8.3.2.1 Akupunktur bei „kaputten Knochen“ .....   | 233 |
| 8.3.2.2 Akupunkturbehandlung in einem südkoreanischen Pflegeheim.....   | 235 |
| 8.3.3 Wohngewohnheit .....  | 237 |
| Zwischenfazit .....   | 238 |
| 8.4. Sozialer Austausch .....   | 241 |
| 8.4.1 Soziale Kontakte und Zugehörigkeitsgefühl.....  | 242 |
| 8.4.2 Fremdheitsgefühl gegenüber Einheimischen .....  | 244 |
| 8.4.3 Entfremdung von der südkoreanischen Gesellschaft.....   | 247 |
| 8.4.4 Sprache als Instrument für sozialen Austausch.....  | 248 |
| 8.4.5 Konfliktgefahr im Zusammenleben mit Landsleuten .....   | 251 |
| 8.4.6 Die ethnische Gruppe als Heimat .....   | 252 |
| 8.4.7 Geselligkeit und soziale Aktivitäten .....  | 253 |

|   |            |
|---|------------|
| Zwischenfazit .....   | 256        |
| 8.5 Allgemeine und individuelle Versorgungsqualität .....   | 258        |
| 8.5.1 Kompetenzen des Pflegepersonals.....  | 259        |
| 8.5.1.1 Ausübung der Pflege als Berufung oder Beruf? .....  | 259        |
| 8.5.1.2 Gute Ausbildung für den sensiblen Umgang mit Pflegebedürftigen mit<br>Migrationshintergrund ..... | 262        |
| 8.5.2 Tätigkeitsspektrum der formellen Pflege.....  | 264        |
| 8.5.3 Sprache als Instrument der Vermittlung körperlicher Zustände.....                                   | 266        |
| 8.5.4 Vernachlässigung und Diskriminierung.....   | 268        |
| 8.5.4.1 Vernachlässigung durch Personalmangel .....   | 268        |
| 8.5.4.2 Fremdbestimmtes Leben.....  | 270        |
| 8.5.4.3 Gewalt im Pflegeheim.....   | 272        |
| 8.5.4.4 Diskriminierung aufgrund des Migrationshintergrundes.....   | 274        |
| Zwischenfazit .....   | 278        |
| <b>9 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....</b>   | <b>282</b> |
| Zusammenfassung der Ergebnisse .....  | 283        |
| Reflektion über die Pflegehorizonte .....   | 295        |
| Übergeordnete Schlussfolgerungen .....  | 299        |
| <b>10 Literaturverzeichnis .....</b>  | <b>303</b> |

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungsverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| Abbildung 1: Herkunft des westlichen Kulturbegriffs.....   | 10  |
| Abbildung 2: Akkulturationsorientierungen ethno-kultureller Gruppen und dominanter Mehrheitsgesellschaft .....   | 37  |
| Abbildung 3: Rahmenmodell zur Analyse von Akkulturation nach Berry .....   | 40  |
| Abbildung 4: Personen mit Migrationshintergrund im Alter von 65 Jahren und älter nach Herkunftsländern 2010..... | 71  |
| Abbildung 5: Veränderung der Familienform (1994-2014).....   | 106 |
| Abbildung 6: Meinungen zur Versorgung betagter Eltern .....  | 108 |

### Tabellenverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Tabelle 1: Zwei-Faktoren-Modell des Bikulturalismus nach Birman.....                      | 46  |
| Tabelle 2: Altersstruktur der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund 2005 - 2010  | 70  |
| Tabelle 3: Südkoreanische Krankenpflegekräfte .....                                       | 78  |
| Tabelle 4: Pflegende Personen in häuslicher Umgebung im Jahr 2004.....                    | 102 |
| Tabelle 5: Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen für Senioren (Ende Dezember 2003).....  | 104 |
| Tabelle 6: Sachleistungsbeträge pro Tag in der stationären Pflege in Südkorea (2018)..... | 116 |
| Tabelle 7: Entwicklung der Leistungsempfänger (in Personen).....                          | 122 |
| Tabelle 8: Die Leistungen in den fünf Pflegegraden (PG) im Überblick.....                 | 154 |
| Tabelle 9: Demonstration des offenen Kodierens .....                                      | 164 |
| Tabelle 10: InterviewpartnerInnen mit Sozialdaten .....                                   | 170 |
| Tabelle 11: Nahe Pflegehorizonte und Faktoren.....  | 200 |
| Tabelle 12: Ferne Pflegehorizonte und Faktoren aus dem Thema formelle Hilfspotenziale.    | 213 |
| Tabelle 13: Ferne Pflegehorizonte und Faktoren aus dem Thema Lebensstil .....             | 239 |
| Tabelle 14: Ferne Pflegehorizonte und Faktoren aus dem Thema sozialer Austausch.....      | 256 |
| Tabelle 15: Ferne Pflegehorizonte und Faktoren aus dem Thema Versorgungsqualität .....    | 279 |

## Einleitung

Vor dem Hintergrund eines sich zuspitzenden demographischen Wandels gilt die Pflege älterer Menschen heute als große gesellschaftliche Herausforderung. Der Anteil älterer und pflegebedürftiger Menschen wächst, während immer weniger jüngere Leute vorhanden, bereit oder in der Lage sind, selbst die Versorgung gebrechlicher älterer Menschen zu übernehmen. Gleichzeitig gibt es unter der in Deutschland lebenden Bevölkerung Personenkreise, die mit migrationspezifischen Problemen konfrontiert sind. Die besondere Lebenssituation *älterer MigrantInnen* ist dabei erst in der jüngeren Vergangenheit Gegenstand diverser sozialpolitischer Debatten und wissenschaftlicher Untersuchungen geworden.<sup>1</sup> Sie wird auch für die Praxis beruflich organisierter (formeller) Pflege relevant. So gibt es im Bereich stationärer Einrichtungen Leitfäden für kultursensible Pflege, so wie etwa das „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“, „Handlungsempfehlungen für die interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“ oder „Standards für kultursensible Beratungsarbeit“ (vgl. Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/ Razum 2015: 14). Ausbildungsverordnungen für AltenpflegerInnen schreiben die Vermittlung interkultureller Kompetenzen als Unterrichtsinhalt vor (vgl. BMFSFJ 2000: XXI; Grieger 2011: 12). Ferner gibt es im ambulanten und stationären Pflegesektor auch bereits besondere Versorgungsangebote für ältere MigrantInnen.<sup>2</sup> Im Bereich der Sozialen Arbeit werden ebenfalls ältere MigrantInnen und deren Familie als neue Klientel sowie große Herausforderung betrachtet (vgl. Demirci et al. 2003: 177); hier ist auch von der Notwendigkeit einer „kultursensiblen Sozialen Arbeit“ die Rede (vgl. ebd.: 183).

---

<sup>1</sup> So setzte z.B. der sechste Familienbericht, welcher im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erstellt wurde, seinen Schwerpunkt auf Lebenslagen von Familien ausländischer Herkunft. Darin geht es in Teilen auch um ältere MigrantInnen (vgl. BMFSFJ 2000). Die Zeitschrift „Migration und Soziale Arbeit“ hat sich vor einiger Zeit in einem Schwerpunktheft mit „Alter und Migration“ beschäftigt (vgl. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik 2011). Außerdem gab es schon früh Studien, in welchen der Lebenssituation alter MigrantInnen nachgegangen wurde (vgl. Holz et al. 1994; Zoll 1997).

<sup>2</sup> Z.B. Pflegedienste für muslimische MigrantInnen in Berlin, eine ambulante Pflegewohngruppe für russischsprachige Demenzerkrankte in Köln und ein Hilfeangebot für türkischsprachige MigrantInnen in Hamburg (vgl. Grieger 2011: 12f.; Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/Razum 2015: 17). Ein weiteres Beispiel ist das multikulturelle Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“ in Duisburg (vgl. DRK Nordrhein).

Die auf Pflegebedarfe eingewanderter älterer Menschen bezogene wissenschaftliche Auseinandersetzung ist nicht zuletzt deshalb notwendig, weil es sich um eine stark wachsende Bevölkerungsgruppe handelt (vgl. Backes/Clemens 2003: 260; Seidl/Horn 2011: 52; Grieger 2011: 8).<sup>3</sup> Zudem wird davon ausgegangen, dass ältere ArbeitsmigrantInnen im Vergleich zur gleichaltrigen Kohorte der Deutschen einem höheren Hilfe- und Pflegebedürftigkeitsrisiko ausgesetzt sind: Ihre Biografie ist von erschwerten Arbeits- und Lebensbedingungen geprägt, wodurch gesundheitliche bzw. psychische Belastungen sowie körperliche Erkrankungen und Behinderungen vergleichsweise häufiger und früher auftreten (vgl. BMFSFJ 2000: 195; Demirci et al. 2003: 177; Grieger 2011: 8). Dies führt zu einem gesteigerten Risiko der Multimorbidität im Alter auch für solche ArbeitsmigrantInnen, welche sich gegenwärtig noch im „jungen Alter“ befinden und in naher Zukunft in das „hohe Alter“ eintreten werden (vgl. Seidl/Horn 2011: 56).

Zwar wird die besondere Hilfe- und Pflegebedürftigkeit älterer ArbeitsmigrantInnen allmählich von der Sozialpolitik und auch in der wissenschaftlichen Debatte aufgegriffen; ferner öffnen sich die Versorgungsangebote für diese Bevölkerungsgruppe sukzessive der „kultursensiblen Pflege“. Jedoch scheint es so, dass die Vorstellungen und Erwartungen dieser Menschen in Hinblick auf mögliche Pflegearrangements bislang noch wenig Beachtung finden – obwohl sie für bedarfsgerechte Angebote der Pflege von zentraler Bedeutung sind.

Dies gilt gerade für die zahlenmäßig eher unauffällige ethnische Gruppe der *ArbeitsmigrantInnen aus Südkorea* und ihre Erwartungen in Bezug auf eine in der Zukunft eventuell erforderliche pflegerische Unterstützung. So gab es in den letzten Jahren einige Veröffentlichungen, welche sich mit entsprechenden Erwartungen bei (älteren) MigrantInnen beschäftigten, jedoch thematisierten sie hauptsächlich die zahlenmäßig größeren Gruppen unter ihnen, wie z.B. türkische oder russische MigrantInnen.<sup>4</sup> Hingegen wurde schon früh moniert, dass kleinere ethnische Gruppen bei der Gestaltung von Angeboten und Projekten der Altenhilfe übersehen bzw.

---

<sup>3</sup> Im Jahr 1995 betrug der Anteil der mindestens 60 Jahre alten MigrantInnen an der gesamten Population dieser Altersgruppe 2,3%. Nach Schätzungen wächst die Zahl voraussichtlich auf 7,8% bis 8,7% im Jahr 2020 und auf 11,4% bis 14,2% im Jahr 2040 (vgl. BMFSFJ 2001: 217).

<sup>4</sup> Konkret: Butler (2010), Schenk (2011), Carnein/Baykara-Krumme (2013), Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/Razum (2015), Ahci/Bräutigam/Cirkel (2017), Nowossadeck et al. (2017), Tezcan-Güntekin/Breckenkamp (2017) und Volkert/Risch (2017).

von diesen kaum beachtet werden. Für solche Gruppen liegen zudem wenige Daten vor (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1997: 9).

Wesentlich erscheint dabei, dass wissenschaftliche Befunde zu einer gegebenen ethnischen Gruppe keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die Situation anderer Nationalitäten zulassen. Sie können zwar als Orientierung dienen, wenn es um die spezifische Lage ethnischer Gruppen im Hinblick auf Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie Formen ihrer Bewältigung geht (vgl. Zoll 1997: 206). Wenn aber, wie häufig oft gefordert, die alter(n)sbezogene Sozialpolitik nicht nur die biologische Dimension, sondern auch die soziokulturelle Lebenswelt von ArbeitsmigrantInnen berücksichtigen soll (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993: 5), dann muss jede spezifischen ethnische Konstellation eigens untersucht werden.

Tatsächlich wird schon länger diskutiert, dass die Pflegesituation älteren MigrantInnen von außerordentlicher Heterogenität gekennzeichnet ist. Die verschiedenen MigrantInnengruppen haben unterschiedliche (Einwanderungs-)Biographien, kulturelle Erfahrungen, familiäre Konstellationen sowie ökonomische Ressourcen; auch ihr rechtlicher Status ist verschiedenartig (vgl. Westphal 2006: 58). Diese Unterschiede führen wiederum dazu, dass ältere MigrantInnen und deren Familie auf das Altern und altersbedingte Probleme unterschiedlich reagieren und diese auch in spezifischer Weise (zu) bewältigen (versuchen); so gehen sie an beruflich organisierte (institutionelle) Formen der Altenhilfe unterschiedlich heran bzw. nehmen sie unterschiedlich in Anspruch (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1997: 15).

Ferner wird darauf hingewiesen, wie unterschiedlich Akkulturations- sowie Migrationsprozesse, welche dann auch das Altern beeinflussen, bei großen und kleinen ethnischen Gruppen verlaufen. Große Nationalitätsgruppen, wie etwa türkische MigrantInnen, entwickeln eigene ethnische soziokulturelle und wirtschaftliche Infrastrukturen, häufig auch einen eigenen geschlossenen Arbeitsmarkt. Dies ermöglicht älteren MigrantInnen einen „Rückzug in die ethnische Enklave“ (ebd.: 17). Die traditionelle Familienrolle bleibt in dieser Gruppe länger als in zahlenmäßig kleineren Populationen erhalten. MigrantInnen aus kleineren ethnischen Gruppen stehen derart ‚ethnisierte‘ Infrastrukturen eher selten zur Verfügung. Die jüngere Generation orientiert sich, so wird beobachtet, zwangsläufig mehr am Werthehaushalt der Aufnahmegesellschaft, auch weil sie keine eigenen ‚ethnischen Alternativen‘ hat. In dieser Hinsicht liegt die Vermutung nahe, dass ältere MigrantInnen aus kleineren ethnischen Einwanderpopulationen im Falle der Pflegebedürftigkeit stärker auf formelle bzw. institutionelle Hilfe angewiesen sein

könnten, da sie weniger Möglichkeiten haben, auf (ethnisierte) informelle Netzwerke zurückzugreifen (vgl. ebd.: 17 f.).

Das Interesse der vorliegenden Studie liegt darin, zu untersuchen, wie sich die oben bereits genannte Gruppe südkoreanischer MigrantInnen zu der Frage verhält, wie ihre eigene zukünftige Versorgung im Falle eintretender Gebrechlichkeit aussehen soll. Im Fokus stehen dabei ältere, aber aktuell noch nicht von Pflegebedürftigkeit betroffene Personen, für die das Szenario eines Pflegearrangements einen relativen nahen Zukunftshorizont bildet. Die genannte Gruppe weist einige markante Besonderheiten auf: So sind – vorwiegend in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts – etwa 10.000 Südkoreanerinnen als Krankenpflegekräfte und 8.000 Südkoreaner als Bergarbeiter für eine begrenzte Zeit angeworben worden, woraufhin ein Teil von ihnen in Deutschland geblieben ist. Zugleich verfügen diese MigrantInnen, weil sie im Gesundheitswesen tätig sind oder waren, teilweise über Berufserfahrung in der Pflege. Außerdem haben sie – im Vergleich zu zahlenmäßig großen MigrantInnengruppen wie denen aus südeuropäischen und mediterranen Ländern sowie aus der ehemaligen Sowjetunion – einen anderen, nämlich ostasiatischen kulturellen Hintergrund.

Die vorliegende Untersuchung betrachtet konkret die subjektiven Versorgungsperspektiven dieser Population bzw. kurz das, was in dieser Arbeit als deren „Pflegehorizont“ bezeichnet wird. Im Zentrum steht die Erwartungshaltung bezüglich einer möglichen pflegerischen Unterstützung in der (nahen) Zukunft. Folgende Fragen bilden den Ausgangspunkt: Welche Pflegearrangements sind für die fragliche Gruppe vorstellbar, welche nicht? Welche Faktoren befördern Vorstellungen von einem bestimmten Pflegearrangement, welche wirken diesbezüglich hemmend? Was ist relevant, wenn über Pflegehorizonte nachgedacht wird?

Um auf diese Fragen antworten zu können, werden zu Beginn dieser Arbeit Theorien rezipiert, die bei der Beantwortung dieser Fragen hilfreich sein können. Im zweiten Teil der Arbeit wird eine empirische Untersuchung präsentiert, die qualitative Befunde zu den genannten Fragen enthält und diese analytisch systematisiert. Betrachtet werden südkoreanische ArbeitsmigrantInnen, welche während der 1960er und 1970er Jahre von Südkorea nach Deutschland gekommen und mittlerweile in den Ruhestand eingetreten sind bzw. bereits das 60. Lebensjahr erreicht haben, aber (noch) nicht pflegebedürftig sind. Um deren subjektiven Perspektiven auf etwaige zukünftige Pflegearrangements zu beleuchten, liegt der Untersuchung eine qualitativ-rekonstruktive Methode zugrunde. Zur Datenerhebung wurden problemzentrierte Interviews

durchgeführt, welche in Anlehnung an die Methodologie der Grounded Theory ausgewertet wurden.

Im Einzelnen ist diese Dissertationsschrift wie folgt aufgebaut. Das *erste Kapitel* setzt sich mit dem Thema der Pflege im Kontext von Kultur auseinander. Hier soll es u.a. darum gehen, die im Hinblick auf Pflegearrangements relevanten kulturspezifischen Aspekte herauszustellen. Dies wird in drei Schritten erfolgen. Zu Beginn richtet sich das Augenmerk auf sozialwissenschaftliche Kulturbegriffe; daran anschließend kommen Konzepte zur Darstellung, mit denen sich die kulturellen Aspekte von Pflegearrangements im Kontext von Migration eingehender betrachten lassen. Danach geht es um soziokulturelle Aspekte in Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit, wie etwa unterschiedliche Sichten auf Körper, Leiden und Heilung. Dafür wird der aktuelle Stand der Forschung erörtert, um zu erklären, wie sich die kulturellen Einflüsse auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit auswirken. Schließlich betrachtet das erste Kapitel kulturabhängige Wertvorstellungen, die im Hinblick auf Pflege potenziell bedeutsam sein können, wie etwa die in einer gegebenen (nationalen) Kultur als wesentlich geltende Haltungen gegenüber Autoritäten (große oder geringe Machtdistanz) oder die Art und Weise, wie Beziehungen zwischen der einzelnen Person und ihrer Bezugsgruppe genormt werden (kollektivistisch oder individualistisch).

Das *zweite Kapitel* widmet sich den möglichen Orientierungs- und Identifikationsmustern bei MigrantInnen, denn von diesen hängen, folgt man einschlägigen Theorien, potenziell auch von Perspektiven auf die eigene Lebensführung und auch eine etwaige (zukünftige) Unterstützungsbedürftigkeit ab. Am Anfang des Kapitels erfolgt eine Beschäftigung mit relevanten Migrationsbegriffen. Anschließend geht es um Orientierungen von MigrantInnen in dem, was verbreitet als Aufnahmegesellschaft bezeichnet wird, und zwar anhand des Konzeptes der Akkulturation. Betrachtet werden hier Identifikationsprozesse, in deren Verlauf MigrantInnen ihr Verhältnis zu Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft „bearbeiten“, und zwar unter Berücksichtigung des Konzepts der ethnischen bzw. kulturellen Identität.

Im *dritten Kapitel* wird das oben kurz angesprochene Verhältnis zu Gesundheit und Krankheit genauer beleuchtet, da man unterstellen kann, dass gerade darauf bezogene Haltungen bei der Auseinandersetzung mit einer späteren Pflegebedürftigkeit eine besondere Rolle spielen. Der Blick richtet sich hier auf die spezifischen psychischen und körperlichen Belastungen von ArbeitsmigrantInnen; zugleich werden Faktoren, welche – folgt man der dazu vorliegenden Literatur – die Gesundheit und den Umgang mit ihr potenziell beeinflussen, näher betrachtet.

Das *vierte Kapitel* enthält eine „Profilierung“ jener EinwanderInnen, die einst als Arbeitskräfte aus Fernost nach Deutschland gekommen sind. Dies soll zu einem besseren Verständnis der Lebenssituation dieser Gruppe von ArbeitsmigrantInnen beitragen. Der erste Teil befasst sich allgemein mit der Anwerbung dieser Arbeitskräfte durch die Bundesrepublik Deutschland zwischen Mitte der 1950er und 1973. Dabei geht es um die basalen Merkmale der südkoreanischen Arbeitskräfte, die Rahmenbedingung ihrer Anwerbung, ihre Migrationsmotive sowie Beweggründe für ein Bleiben in Deutschland.

Das *fünfte Kapitel* bietet einen Überblick zur Tradition und Situation der Pflege in Südkorea, um so den spezifischen kulturellen bzw. sozialisatorischen Hintergrund zu beleuchten, der ihre Erfahrungen in und mit der Herkunftsgesellschaft prägt, wenn es um Pflegearrangements geht. Zuerst wird die traditionelle, familiäre von der Kindespietät geprägte Haltung zur Altenpflege in der koreanischen Gesellschaft charakterisiert. Vorgestellt werden danach neuere – von den AuswanderInnen potenziell *in der Ferne* beobachtbare – Trends, die mit den demografischen und sozialen Wandeln in Südkorea zusammenhängen, z.B. die Einführung einer Pflegeversicherung.

Daran anschließend wird *im sechsten Kapitel* näher auf die Art und Weise eingegangen, wie die Pflege älterer Menschen in Deutschland normiert und organisiert ist, da diese im Hinblick auf die Pflegeerwartungen südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen von großer Bedeutung sein können. Dabei werden relevante Pflegearrangements, unter besonderen Berücksichtigung der sie prägenden soziokulturelle Normen, sowie die heute bestehende Pflegeinfrastruktur umrissen; zudem richtet sich der Blick auf aktuelle pflegpolitische Rahmenbedingungen.

Danach folgt – ab dem *siebten Kapitel* – der empirische Teil der vorliegenden Studie. Zuerst wird die Datenerhebungsmethode – das problemzentrierte Interview – und danach die Auswertungsmethode – Grounded Theory – vorgestellt. Gegenstand der einleitenden Ausführungen sind zudem der Zugang zum Feld, der Ablauf der Interviews sowie Details über die Transkription und Übersetzung.

Das *achte Kapitel* bildet dann das Herzstück der Untersuchung. Hier werden die Ergebnisse der Analyse des Datenmaterials im Detail vorgestellt. Geordnet wird die Präsentation der Befunde im Rekurs auf fünf besonders relevante Themen, die sich als für die Genese der Pflegehorizonte älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen wesentlich herausgestellt haben. Das erste Thema betrifft Pflegekapazitäten und ihre Grenzen im informellen sozialen Umfeld. Das

zweite Thema umfasst Wahrnehmungen, die formelle (Pflege-)Ressourcen betreffen. Fragen des Lebensstils sind Gegenstand des dritten und die Bedeutung des sozialen Austauschs in Gemeinschaften Bezugspunkt des vierten Themas. Schließlich werden im fünften Thema Perspektiven auf die allgemeine und individuelle Versorgungsqualität behandelt.

Im *neunten Kapitel* erfolgt eine Zusammenschau der Ergebnisse. Dabei werden die vorgestellten Theorien und die Ergebnisse der Untersuchung noch einmal auf die Kernkategorie der Untersuchung – Pflegehorizonte – rückbezogen. Am Ende stehen dann übergeordnete Schlussfolgerungen, wobei es u.a. um die Frage geht, wie sich die Befunde auf die in den ersten Kapiteln rezipierten Theoriebestände beziehen lassen.

# 1 Pflege und Kultur

Kultur, Migration und Pflege stehen eng und untrennbar miteinander in Verbindung. Mittlerweile gibt es theoretische Konzeptionen, die diese drei unterschiedlichen Begriffe zusammendenken. In den USA geschah dies bereits in den 1960er Jahren, vor allem durch Madeleine Leininger, einer Pflegewissenschaftlerin und Kulturanthropologin. Im deutschsprachigen Raum befasst man sich mit diesem Themenbereich erst seit Ende der 1990er Jahre (vgl. Friebe/Zalucki 2003: 7; Binder-Fritz 2013: 17).<sup>5</sup> Auf den fraglichen Themenkreis verweisen heute Begriffe wie z.B. interkulturelle Pflege, multikulturelle Pflege, multikulturelles Pflegeteam, transkulturelle Pflege, transkulturelle Kompetenz von Pflegenden sowie kultursensible Pflege (vgl. Friebe/Zalucki 2003: 7; Lenthe 2011: 14; Harold 2013: 6).<sup>6</sup> Sie deuten implizit darauf hin, dass es in Bezug auf Pflege spezielle kulturelle Aspekte gibt, die bei der Analyse von Versorgungssituationen und auch mit Blick auf professionelle Pflege besondere Beachtung verdienen.

Vor diesem Hintergrund wird in diesem Kapitel versucht, solche Aspekte einer genaueren Betrachtung zu unterziehen. Dies erfolgt in drei Schritten. Zunächst werden verschiedene Kulturbegriffe einander gegenübergestellt (Kapitel 1.1). Im zweiten Schritt richtet sich der Fokus auf relevante soziokulturelle Kontexte, konkret kulturell geprägte Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, und die Frage, wie Kultur dabei zur Geltung kommt (Kapitel 1.2). Dabei geht es auch um westliche und östliche Betrachtungsweisen im Hinblick auf den Körper sowie die Haltung zu Gesundheit und Krankheit. Im dritten Schritt werden kulturabhängige Wertvorstellungen, welche mit der Pflege der alten Menschen verbunden sind, zum Gegenstand einer Analyse, die die allgemein bestehenden normativen Voraussetzungen zeitgenössischer Pflegearrangements umreißt (Kapitel 1.3).

---

<sup>5</sup> Im Jahr 1997 wurde ein Sammelband „Transkulturelle Pflege“ als Sonderband der ethnomedizinischen Zeitschrift *Curare* veröffentlicht. Dies gilt verbreitet als ein entscheidender Impuls für die Entstehung eines Fachdiskurses zum Zusammenhang von Kultur, Migration und Pflege (vgl. Friebe/Zalucki 2003: 7).

<sup>6</sup> Siehe bezüglich der jeweiligen Definitionen z.B. Charlotte Uzarewicz (1998: 157 f.), Barbara Harold (2013: 6), Ulrike Lenthe (2011: 14) sowie Dagmar Domenig (2007c: 172 f.).

## 1.1 Kulturbegriffe im sozialwissenschaftlichen Denken

Aus klassischer sozialwissenschaftlicher Perspektive wird das Handeln der Menschen nicht nur von deren physischen und biologischen Eigenschaften bestimmt, sondern auch von ihren äußerlichen, gesellschaftlichen Bedingungen, die sich als *Kultur* begreifen lassen (vgl. Rippl/Seipel 2008: 11). Folgt man Hartmut Esser und seinen Überlegungen im Rückgriff auf Max Weber, ist dabei Kultur „kein dünner Mantel, den jeder nach Belieben jederzeit abwerfen könnte, sondern ein „stahlhartes Gehäuse, aus dem es kaum ein Entrinnen gibt“ (Esser 1999: 419). Arnold Gehlen bezeichnet den Menschen gar als Kulturwesen (vgl. Rehberg 2008: 34), welches nicht in einer urwüchsigen Natursphäre, sondern in einer von Menschen (um)geschaffenen und organisierten – eben kulturellen – Lebenswelt lebt (vgl. Gehlen 1978: 37 f.; Schmidt 2005: 15 f.). So stehen Kultur und Lebensweise der Menschen eng miteinander in Verbindung. Wird jedoch der Kulturbegriff in einer sozialwissenschaftlichen Betrachtung mit ins Zentrum gerückt, so gilt es, zu erläutern, was genau unter Kultur zu verstehen ist – gerade auch, wenn man den Terminus mit Bezug auf die Migration verwendet.

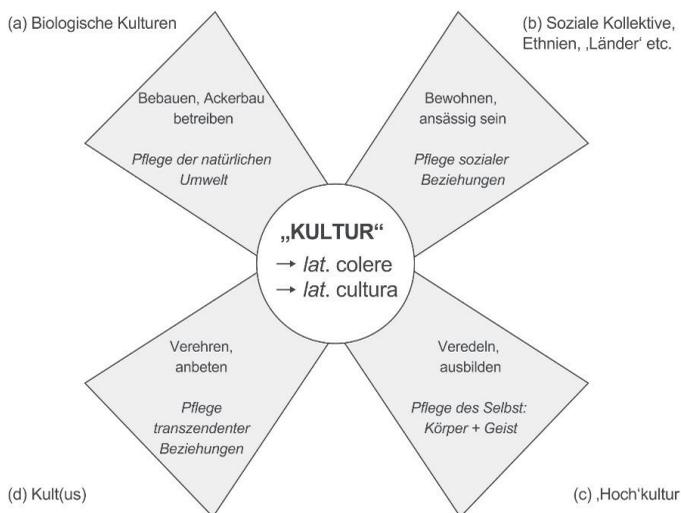
### 1.1.1 Herkunft des Wortes „Kultur“

Der westliche Kulturbegriff entstammt ursprünglich dem lateinischen Wort *cultura*. Dieses steht allgemein für Ackerbau, Bildung und Pflege (vgl. Uzarewicz 1998: 157; Uzarewicz 2002: 4; Makarova 2008: 17). Es ist einerseits vom lateinischen Verb *colere* hergeleitet, was „anbauen, pflegen, verehren“ bedeutet. Andererseits entstammt es dem lateinischen Substantiv *cultus*, mit der Bedeutung „Bearbeitung, Pflege, Verehrung“ (vgl. Uzarewicz 2002: 4; Lenthe 2011: 20; Küpper 2013: 42). In der Antike wurde der Begriff Kultur vor allem zur Markierung von Unterschieden zur Natur verwendet. Während der Begriff Natur all das darstellt, was von Menschen nicht geschaffen sowie nicht bearbeitet wird, fasst der Begriff Kultur all das, was menschliche Tätigkeit schafft, verändert und gestaltet (vgl. Dornheim 2007: 32; Makarova 2008: 17 f.). Des Weiteren gilt die Herausbildung einer Kultur als entscheidendes Kriterium für die Unterscheidung von Mensch und Tier (vgl. Makarova 2008: 18).

Der Kulturbegriff hat zugleich einen unmittelbaren Bezug zum Bereich der pflegerischen Versorgung unterstützungsbedürftiger Menschen. Jürgen Bolten geht davon aus, dass die lateinischen Wörter *cultura* und *colere* vier unterschiedliche Formen des Pflegens bzw. der Fürsorge adressieren: Pflege der natürlichen Umwelt, wie Acker und Boden, Pflege sozialer Beziehun-

gen, Pflege von sich selbst, also von Geist und Körper, und Pflege der göttlichen bzw. sinnstiftenden Beziehungen. Somit hat der Begriff Kultur, wie die nachfolgend eingefügte Abbildung 1 darstellt, etymologisch mehrere Grundbedeutungen: Es geht um „bebauen, Ackerbau treiben“, „bewohnen, ansässig sein“, „veredeln, schmücken, pflegen, ausbilden“ und „verehren, anbeten und feiern“ (vgl. Bolten 2007: 11; Bolten 2009: 242 f.; auch Küpper 2013: 46).

Abbildung 1: Herkunft des westlichen Kulturbegriffs



Quelle: Bolten 2009: 243.

Laut Bolten waren diese vier Bedeutungen bis ins späte Mittelalter insofern miteinander verstränkt, als die ersten drei Begriffe von Kultur der vierten Bedeutung von Kultur untergeordnet waren, nämlich jener, die das Verehren bzw. Anbeten im Kontext von Religiosität bzw. Religion umfasst (vgl. Bolten 2009: 242 f.).

Diese Beobachtung betrifft zunächst nur den westlichen Kulturbegriff. Im fernöstlichen Raum liegt der Akzent traditionell eher auf Prozessuellem. Ein gutes Beispiel ist das koreanische Wort

für Kultur „문 화“ (Munhwa), dessen erste Silbe „문“ (mun) „Satz“, „Zeichen“ sowie „Muster“ bezeichnet und dessen zweite „화“ (hwa) „ändern“ oder „werden“ bedeutet. Dementsprechend hat der Kulturbegriff in Korea *keinen* Bezug zu Ackerbau, Kultivierung von Boden bzw. Pflanzen oder Zucht oder Veredelung von Tieren (vgl. ebd.: 247). All dies weist auf das im Weltmaßstab etymologisch breite Spektrum des Kulturbegriffs und dessen unterschiedliche Gehalte im Westen und Osten hin.

### **1.1.2 Kulturbegriffe im Kontext von Pflege und Migration**

Es gibt inzwischen eine Vielzahl wissenschaftlicher Definitionen von Kultur. Die amerikanischen Anthropologen A. L. Kroeber und C. Kluckhohn haben bereits im Jahr 1952 anlässlich eines Forschungsprojekts dargelegt, dass eine unüberschaubare Zahl solcher Definitionen existiert (sie fanden damals 164)<sup>7</sup> (vgl. Rippl/Seipel 2008: 14; Bolten 2009: 239; Maehler 2012: 66; Genkova 2013: 26). Es gibt mithin eine unfassbare Vielfalt an Begriffsverständnissen, so dass kein klarer eindeutiger und allgemein anerkannter Kulturbegriff vorhanden ist (vgl. Bolten 2007: 10; Zick 2010: 76; Genkova 2013: 25). Die Deutungsvielfalt führt zu terminologischer Unübersichtlichkeit und zu Orientierungsschwierigkeiten, wenn es um die Begriffsverwendung geht (vgl. Makarova 2008: 17).

Im Folgenden werden zwei Perspektiven auf Kultur näher betrachtet, welche je spezifische kulturelle Gehalte im Hinblick auf Pflege und Migration ansprechen. Zunächst werden Konzepte geschildert, die Kultur im klassischen Sinne als geschlossenes, einheitliches und statisches Gebilde auffassen. Danach folgen Ansätze, die – mit Blick auf Globalisierungsdynamiken – Kultur als offen, dynamisch und prozesshaft betrachten.

#### **1.1.2.1 Kultur im klassischen Sinne: geschlossen, einheitlich und statisch**

Ein erster wissenschaftlicher Kulturbegriff wurde im 19. Jahrhundert von Edward Tylor<sup>8</sup>, begründet. Für ihn ist Kultur ein „komplexes Ganzes“, welches „das Wissen, den Glauben, die Kunst, die Moralauffassung, die Gesetze, die Sitten und alle anderen Fähigkeiten und Gewohnheiten umfasst, die sich der Mensch als Mitglied der Gesellschaft aneignet“ (Tylor 1871: 1,

---

<sup>7</sup>Kroeber und Kluckhohn werteten hierfür vorwiegend englischsprachige Literatur aus, welche zwischen dem Jahre 1871 und 1951 publiziert wurde (vgl. Maehler 2012: 66).

<sup>8</sup>Er wird als „Vater der britischen Anthropologie“ bezeichnet. Seine Definition von Kultur galt lange Zeit als klassischer Standard (vgl. Dornheim 2007: 31).

zitiert nach Dornheim 2007: 31). Die Definition von Tylor beinhaltet eine Vorstellung von Kultur, welche diese als aufeinanderstoßende Kugeln, autonome Inseln oder nebeneinanderstehende Container beschreibt. Einige Definitionen von Kultur, die einem solchen geschlossenen Verständnis nahestehen, benennen eine Liste von Inhalten, die eine gegebene Kultur ausmache. Hervorgehoben werden dabei gemeinsame symbolische Verhaltensweisen, Werte, Bräuche, Rituale und Bewertungssysteme (vgl. Zick 2010: 80 f.; Genkova 2013: 25 f.). So versteht H. C. Triandis Kultur als ein Gefüge von durch Menschen erschaffenen materiellen bzw. objektiven Elementen wie Kleidung, Nahrung oder Häuser sowie von subjektiven Elementen wie Normen, Einstellungen und Werten (vgl. Zick 2010: 83; Genkova 2013: 26). Alexander Thomas betrachtet Kultur als „ein universelles, für eine Gesellschaft, Organisation und Gruppe aber sehr typisches Orientierungssystem. Dieses Orientierungssystem wird aus spezifischen Symbolen gebildet und in der jeweiligen Gesellschaft usw. tradiert. Es beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller ihrer Mitglieder und definiert somit deren Zugehörigkeit zur Gesellschaft“ (Thomas 1993: 380, zitiert nach Thomas/Utler 2013: 41). Nach diesem Verständnis bietet die Kultur denen, die sich an ihr orientieren, Sinnstiftungs- und Bewertungsmaßstäbe an (vgl. Thomas/Utler 2013: 42). Geert Hofstede, der bekannteste Vertreter kultureller Wertorientierungen (vgl. ebd.: 42), definiert, mit Bezug auf einige zentrale Werte, Kultur als „software of the mind“, also inneres Muster des Denkens, Fühlens und potentiellen Handelns, welches auf verschiedene Alltagsbereiche ausstrahlt. Beispiel sind das Grüßen, Essen, Zeigen oder nicht Zeigen von Gefühlen oder auch das Wahren einer gewissen physischen Distanz zu Anderen sowie die Art der Körperpflege (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 3 f.; Lenthe 2011: 24). Es wird überdies davon ausgegangen, dass *Religion* – als ein Wertmuster, Symbolsystem und Handlungsform – einen Kernbestandteil von Kultur bildet (vgl. Hämel/Schreijäck 2007: 116; Opielka 2007: 11; Pickel 2011: 12).

Diese o.g. Definitionen von Kultur implizieren eine klare Abgrenzung zwischen Kulturen. Das Vorkommen kultureller Phänomene ist deckungsgleich mit der territorialen und sprachlichen Ausdehnung eines Volkes oder einer Nation (vgl. Dornheim 2003: 65; Dornheim 2007: 31 f.; Bolten 2009: 240; Welsch 2012: 26 f.). Des Weiteren wird angenommen, dass jede Kultur durch eine Homogenität von Einstellungen und Handlungsweisen gekennzeichnet ist. Diese bindet ein Individuum in die Gruppe ein und schafft dadurch Kohäsion, woraus sich wiederum eine kollektive Identität ergibt. Durch die Abgrenzung von anderen Gruppen bzw. Kollektiven unterscheidet sich die „eigene“ von der „anderen“ bzw. „fremden“ Kultur (vgl. Uzarewicz 2002:

4; Boger 2004: 17; Rippl/Seipel 2008: 16; Zick 2010: 80 f.). So ist Kultur immer ein Gruppenphänomen (vgl. Uzarewicz 2002: 4; Steinbach 2011: 23), was sich alltagssprachlich häufig in Begriffen wie „asiatische Kultur“, „türkische Kultur“ sowie „deutsche Kultur“ manifestiert (vgl. Dornheim 2003: 65). Dieses geschlossene und hermetische Konzept stellt Kulturen als statische, festumrissene Gegenstände dar, wodurch sie wenigstens implizit als messbar und zählbar erscheinen (vgl. Dornheim 2007: 33). Dies erleichtert es, Kulturen einander gegenüber zu stellen und zu vergleichen. Es kann dazu beitragen, Andersartigkeit sowie die Unterschiedlichkeit von Fremden bzw. anderer Bevölkerungsgruppen festzustellen und Anhaltspunkte für ein besseres Verständnis dieser Unterschiedlichkeit bzw. Gruppen liefern (vgl. Zwengel 2010: 461).

Allerdings liegt diesem klassischen Kulturverständnis die Auffassung zugrunde, dass ein in eine Gesellschaft hineingeborener Mensch unter dem Einfluss der dort herrschenden Kultur sozialisiert wird (vgl. Makarova 2008: 20; Steinbach 2011: 23). Auf diese Weise stehen Kultur und Sozialisation untrennbar miteinander in Verbindung, und eine Kultur wird von Generation zu Generation weitergegeben (vgl. Trommsdorff 2008: 229). Aus diesem Blickwinkel tradieren sich dementsprechend bei den Mitgliedern einer jeweiligen Kultur auch spezifische Muster bzw. Haltungen bezüglich Fürsorge und Pflege. Die bereits erwähnte US-amerikanische Pflegewissenschaftlerin und Kulturanthropologin Madeleine Leininger stellte Mitte der 1950er Jahre unterschiedliche Verhaltensweisen und Erwartungen in Bezug auf die Fürsorge von Kindern aus verschiedenen kulturellen Milieus im Kontext der Jugendpsychiatrie fest. Die Differenzen betrafen verschiedene alltägliche Lebens- bzw. Betreuungsbereiche, z.B. das Essen, Schlafen, Spielen und die Beziehungen zwischen den Kindern (vgl. Leininger 1998: 35). Sie verweist auf *kulturspezifische* Werte, Bedeutungen und Handlungsmuster in Bezug auf Fürsorge und Pflege (vgl. Leininger 1998: 204; Uzarewicz 2002: 6). Jutta Dornheim zeigt am Beispiel von Erwartungen an Patientenbesuche in Krankenhäusern, wie sich Auffassungen zwischen Einheimischen (Deutschen) und Patienten mit Migrationshintergrund unterscheiden. So bevorzugen Letztere häufige, zahlreiche und intensive Besuchskontakte, während Erstere weniger ausgiebige Kontakte favorisieren (vgl. Dornheim 2003: 63 f.).

Im Vergleich zu diesem klassischen Kulturbegriff, welcher Kultur als geschlossen, einheitlich und statisch begreift, gibt es nun allerdings auch ein Begriffsverständnis, in dem sich Kultur als offen, dynamisch und prozesshaft darstellt. Dieser Kulturbegriff gilt Vielen in Zeiten der

Globalisierung und Migrationsbewegungen als angemessener. Im Folgenden wird darauf näher eingegangen.

### **1.1.2.2 Kultur im Zeitalter der Globalisierung: offen, dynamisch und prozesshaft**

Unter Bezugnahme auf Grenzüberschreitungen kultureller Muster im Zuge von Globalisierung und Migration rückt ein Verständnis von Kultur in den Vordergrund, welches stärker an der konkreten sozialen Lebenswelt orientiert ist. Kultur ist hier gewissermaßen ein offener Begriff. Es wird angenommen, dass kulturelle Phänomene nicht starr sind und es letztlich nicht um allgemeine Merkmale von Kulturen aus der Makroperspektive geht, sondern um kulturell geprägte Individuen und deren soziale Interaktionen, die aus einer Mikroperspektive zu betrachten sind (vgl. Uzarewicz 1998: 157; Bolten 2009: 239; Zwengel 2010: 457).

Dabei wird oft auf das Konzept der Lebenswelt von Alfred Schütz, einem deutschen Sozialphilosophen abgestellt (vgl. Stanjek 2007: 327). Dieser begreift die Lebenswelt des Alltags als eine Wirklichkeit, welche schlicht vorgegeben, fraglos und selbstverständlich erscheint bzw. so erlebt wird (vgl. Schütz/Luckmann 1994: 25; Domenig 2007c: 175). Unterschieden werden dabei die Natur-, Sozial- und Kulturwelt (vgl. Schütz/Luckmann 1994: 27; Stanjek 2007: 328). Menschen fassen die Lebenswelt auf Basis sozial vermittelter und persönlich unmittelbarer Erfahrungen, handeln in ihr wie selbstverständlich und wirken zugleich so auf diese ein (vgl. Schütz/Luckmann 1994: 28 f.; Domenig 2007c: 175). Bedingt durch die o.g. Internationalisierungsprozesse ist jedoch die Lebenswelt eines einzelnen Akteurs nicht mehr räumlich isoliert; sie wird vielmehr von fremden Räumen beeinflusst (vgl. Bolten 2007: 14). Dabei gehen Gruppenzugehörigkeiten teilweise auch über die nationale Grenze hinaus; im Unterschied zu traditionellen Lebenswelten sind diese Zugehörigkeiten auch nicht mehr lebenslange, sondern verändern sich mehr oder minder rasch (vgl. Bolten 2007: 18; Bolten 2009: 240). So kann ein Individuum gleichzeitig an verschiedene soziale Milieus gebunden sein und nach unterschiedlichen kulturellen Orientierungen leben (vgl. Rippel/Seipel 2008: 18; Lenthe 2011: 45). Dementsprechend ist die lebensweltliche Zuordnung eines Individuums pluralistisch und prozessual (vgl. Bolten 2007: 18).

Das individuelle Verhalten bzw. Handeln eines Menschen ist damit nicht nur durch eine kulturelle Spezifik, sondern auch durch seinen sozialen Kontext geprägt. Bestimmte kulturelle Muster können das subjektive Handeln nicht ein für alle Male determinieren; sie haben gewiss einen Einfluss, aber ein Individuum übt selbst auch durch sein Handeln und soziale Interaktion einen

Einfluss auf die Kultur aus. Nach diesem Verständnis wird Kultur also durch individuelles Handeln und soziale Interaktionen immer wieder neu hergestellt, stabilisiert und verändert (vgl. Makarova 2008: 26 f.; Genkova 2013: 32). Auf diese Weise konstituieren Kulturen sich in einem Geflecht der Netzwerkbeziehungen (vgl. Bolten 2009: 240 & 242). In diesem Sinne ist die Kultur immer abhängig von einem Kontext. Will man sie verstehen, so ist – neben einer Beschreibung kultureller Phänomene und der Erklärung kultureller Spezifika – eine Kontextualisierung der sozialen und historischen Zusammenhänge, in denen sich Kultur entwickelt, erforderlich (vgl. Bolten 2007: 19-21), also das Verstehen in einer gegebenen Situation (vgl. Uzarewicz 2007: 298). Aus der gegenseitigen Durchdringung von Kultur und Lebenswelt und in Anbetracht der Untrennbarkeit von beidem (vgl. Jahoda 1996: 37) ist zu folgern, dass Menschen zwar nicht unabhängig von kulturellen Gegebenheiten sind, sie aber nie vollständig in einer gegebenen Kultur eingeschlossen sind (vgl. Boger 2004: 17).

Betrachtet man das Deuten, Verhalten und Handeln von *MigrantInnen*, spielen dementsprechend individuelle Eigenschaften bzw. Muster sozialer Interaktionen eine Rolle, welche sowohl von der Kultur einer Herkunfts- als auch von der einer Aufnahmegesellschaft geprägt sind:

*„Soziale Praktiken von Migrant/innen sind [...] nicht Ausdruck spezifischer ‚fremder Kulturen‘, sondern Aktionen von Individuen, welche in bestimmten sozialen Feldern [...] agieren, welche gleichzeitig sowohl von der Herkunftsgesellschaft, als auch von der Aufnahmegesellschaft geprägt werden. So sind nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten ‚Kultur‘, sondern der Kontext, die konkrete Situation, die Interaktion, die individuelle Biographie, aber auch persönliche Interessen und Strategien für den Einzelnen handlungsleitend“ (Domenig 2001: 29, zitiert nach Uzarewicz 2003: 30).*

So wird in der sich an dieses Kulturverständnis anlehnenen, wissenschaftlichen Diskussion zum Thema Migration hervorgehoben, dass die einseitige Betonung von Kultur die Gefahr der „Kulturalisierung“ bzw. „Ethnisierung“ von individuellen psychologischen, sozialen, ökonomischen bzw. politischen Merkmalen mit sich bringt (vgl. Domenig 2001: 18; Boger 2004: 17; Domenig 2007c: 170 f.; Dornheim 2007: 38; Neubauer 2011: 99 f.).

Aus dem Vorgehenden kann resümiert werden, dass die beiden angeführten Perspektiven auf Kultur in unterschiedlicher Weise zum Verständnis der Art und Weise beitragen, wie sich Orientierungen älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen im Hinblick auf Pflege(erwartungen)

entwickeln. Fokussiert man Kultur mit Blick auf einheitliche und statische Muster, so wird das Augenmerk auf kulturell verfestigte Orientierungen gelenkt. Andererseits sensibilisiert ein Konzept, welches Kultur als offen, dynamisch und prozesshaft begreift, dafür, dass die individuelle Vorstellung davon, wie man (einmal) gepflegt werden möchte oder selbst in einem Pflegefall konkret handeln würde, sowohl von kulturellen Besonderheiten als auch von in der eigenen (individuellen) Lebenswelt verorteten, dynamischen sozialen Faktoren beeinflusst werden. Kulturelle Spezifika aus der Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft werden somit potenziell in gelebten und erlebten Handlungskontexten je unterschiedlich kombiniert. Das impliziert, dass das, was in dieser Arbeit als Pflegehorizont von MigrantInnen bezeichnet wird, nicht alleine von kulturell verfestigten Orientierungen geprägt ist.

In den folgenden Abschnitten dieses Kapitels wird, zunächst im Rekurs auf den geschlossenen Kulturbegriff, näher betrachtet, inwiefern sich kulturelle Besonderheiten, die mit festen räumlichen Verankerungen assoziiert werden können, in Einstellungen zu den Bereichen Gesundheit und Krankheit (Kapitel 1.2) sowie Pflege (Kapitel 1.3) niederschlagen. Dieses Kulturkonzept erweiternd und unter Berücksichtigung der potenziellen Offenheit, Dynamik und Prozesshaftigkeit kultureller Sozialisation, richtet sich dann im nächsten Kapitel der Fokus auf Orientierungen von Menschen in Migrationskontexten (Kapitel 2).

## **1.2 Gesundheit, Krankheit und Kultur**

Wie bereits erwähnt, gibt es in jeder Kultur – wenn man einen geschlossenen Kulturbegriff zu Grunde legt (siehe 1.1.2.1) – spezielle Muster im Denken und in der Praxis von Pflege bzw. Fürsorge, wobei diese Muster auch damit in Verbindung stehen, wie über die Erhaltung der Gesundheit und die Genesung von Krankheit gedacht wird. Das heißt, dass solche Muster in jeder Gesellschaft unter dem Einfluss von kulturell gewachsenen Überzeugungen, Werte und Normen stehen, im Kulturvergleich also unterschiedlich wahrgenommen und behandelt werden (vgl. Leininger 1998: 61). Bevor kulturspezifischen und Praktiken im Hinblick auf die Pflege im Alter nachgegangen wird (Kapitel 1.3), sollen im Folgenden zunächst soziokulturelle Gehalte von Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit näher betrachtet werden. Anschließend richtet sich, im Vergleich westlicher und (fern)östlicher Gesellschaften, der Blick auf die jeweilig vorherrschenden Sichtweisen auf Körper, Gesundheit und Krankheit.

### **1.2.1 Soziokulturelle Aspekte in Gesundheits- und Krankheitskonzepten**

Laut der wohl bekanntesten Definition, welche von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1948 festgelegt wurde, ist Gesundheit „der Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit“ (Faltermaier 1994: 56). Die WHO geht also bei ihrer Definition von Gesundheit über eine rein biomedizinische Sichtweise hinaus. Ebenso unterstellt der US-amerikanische Medizinethnologe Arthur Kleinman, dass eine Erkrankung nicht nur eine physische, sondern auch psychische, soziale und kulturelle Dimension hat. Er differenziert dabei zwischen Erkrankung (sickness), Krankheit (disease) und Kranksein (illness). Beim Blick auf Krankheit (disease) stehen biomedizinische bzw. naturwissenschaftliche Symptome und hiermit physische Aspekte im Vordergrund (vgl. Uzarewicz 2002: 13; Zielke-Nadkarni 2007: 194). Der menschliche Körper wird wie eine Maschine betrachtet, die bei einer Funktionsstörung durch Medikamente sowie operative Eingriffe repariert werden muss (vgl. Boger 2004: 13 f.; Erdheim 2010: 22). Diese Sichtweise spielt vor allem im formellen Rahmen professioneller Praxis eine große Rolle. Gesundheit und Krankheit werden hier durch medizinische, pflegerisch und psychosozial ausgebildete Personen in öffentlich regulierten Institutionen behandelt (vgl. Leininger 1998: 63; Boger 2004: 22). Hingegen bezeichnet Kranksein (illness) die subjektive Perspektive der PatientInnen auf ihren eigenen Zustand. Hier geht es um den alltäglichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit durch „Laien“. In diesem Rahmen gelangen – neben biomedizinischen – auch psychische, soziale und kulturelle Faktoren als Einflussgrößen zur Wirkung (vgl. Uzarewicz 2002: 13; Zielke-Nadkarni 2007: 194). Die Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit stützen sich auf tradierte kollektive Erfahrungen, welche vor allem in der Familie und dem sonstigen sozialen Umfeld vermittelt und als Familienrezepte oder Gesundheitstipps von Generation zu Generation übertragen werden. Außerdem spielen auch eigene „aktualisierte“ Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit eine Rolle (vgl. Leininger 1998: 62; Boger 2004: 24 f.). Das von Kleinman vorgelegte Konzept betont, dass der Umgang mit Gesundheit und Krankheit vor allem im informellen Bereich kulturspezifisch ist. Es wird zudem angenommen, dass dieser Umgang Einfluss auf die formelle Gesundheitsversorgung ausübt. Gesundheitssysteme gelten als ein Resultat der gesellschaftlichen Reaktionen auf Krankheit, die ihrerseits in vorgängige soziokulturelle Orientierungen auf Krankheitsursachen, spezifische institutionelle Kontexte sowie Rollen- und Machtverständnisse eingebettet sind (vgl. Zielke-Nadkarni 2007: 193). Die

formelle Verfassung des Gesundheitssektors bildet eine wichtige Rahmenbedingung für subjektive Reaktionen auf Krankheit sowie für deren Wahrnehmung, Erklärung und Behandlung (vgl. Zielke-Nadkarni 2007: 193; Binder-Fritz 2013: 28).

In Bezug auf die soziokulturelle Basis von Krankheits- und Gesundheitskonzepten liegen auch Befunde vor, denen zu Folge gesellschaftliche Strukturen eng mit diesen Konzepten verbunden sind. Mario Erdheim versuchte, dies anhand des gesellschaftlichen und kulturellen Wandels in verschiedenen Weltzonen zu zeigen. In Anlehnung an den französischen Ethnologen Levi-Strauss unterscheidet Erdheim kalte von heißen Kulturen. *Kalte* Kulturen sind statische „eingefrorene“ Kulturen, welche Wandel vermeiden und in denen ein Individuum eng an seine sozialen Gruppen gebunden ist. Hingegen heizen heiße Kulturen Wandel eher an. Charakteristisch für kalte Kulturen bezüglich des Krankheitskonzepts sei es, dass Krankheit nicht als ein privates Ereignis, sondern als öffentlicher Vorfall gilt, wobei die Krankheit eines Individuums symbolisch mit Zuständen der Gesellschaft in Verbindung gebracht wird. In einer solchen Kultur wird z.B. angenommen, dass Ahnen Krankheiten „schicken“, um damit auf gesellschaftliche Spannungen hinzuweisen. Vorherrschende Praktiken zur Heilung bzw. Therapie haben dementsprechend durch religiös-kultischen Charakter. So werden neben der Heilung der Krankheit eines Patienten oder einer Patientin ebenso soziale Konflikte<sup>9</sup> thematisiert und versucht, diese zu beseitigen – was wiederum den Zusammenhalt der Gesellschaft stärkt (vgl. Erdheim 1993: 76-80).

Das Verständnis von Krankheit in *heißen* Kulturen erläutert Erdheim am Beispiel des gesellschaftlichen Wandels im Europa des 16. und 17. Jahrhunderts. Dieser Wandel ging mit zunehmender Naturbeherrschung und damit der Entzauberung der (Geister der) Natur einher, wodurch der symbolische Charakter einer Krankheit in seiner Bedeutung reduziert worden sei. Fortan wird eine Krankheit vielmehr auf der Grundlage der somatischen Dimension verstanden. Therapie und Heilung werden im Körper verortet, welcher entsprechend nicht mehr mit symbolischen, sondern mit physikalischen und chemischen Mitteln behandelt werde. In diesem

---

<sup>9</sup> Zum Beispiel geht es bei dem Konzept „Bösen Blicks“ darum, dass ein neidisches Auge einer anderen Person verschiedene Krankheiten verursacht. Oft sind Menschen „mit bösem Blick“ Fremde oder lokale Personen, welche sich durch ihre Erscheinung, Verhalten oder sozialen Aktivitäten von anderen Menschen unterscheiden. Diese Denkweise findet sich in Europa, im Mittleren Osten sowie in Nordafrika (vgl. Domenig 2007b: 215; Zielke-Nadkarni 2007: 200 f.).

Kontext bleibe die soziale Umgebung bei Behandlungen ausgeblendet und Krankheit werde eher als eine individuelle Angelegenheit verstanden (vgl. ebd.: 81).

Neben der Feststellung unterschiedlicher Einstellungen zu Krankheitsursachen bzw. zum Kranksein wird auch argumentiert, dass im Krankheitsfall je nach Gesellschaftskontext *Gefühle* unterschiedlich zum Ausdruck gebracht werden. Laut Dagmar Domenig<sup>10</sup> ist in einer soziozentrierten Kultur die Bekundung von Traurigkeit zulässig, und dementsprechend findet man Zuwendung und Trost vom sozialen Umfeld. Hingegen wird eine solche Bekundung in einer individuumzentrierten Kultur eher als unangemessen betrachtet, weil damit Erwartungen (an Zuwendung bzw. Trost) zum Ausdruck gebracht würden, welche in diesem kulturellen Kontext nicht erfüllbar sind. Stattdessen ist das Äußern von Ärger und Wut erlaubt, was wiederum in der soziozentrierten Kultur eher als sozial bedrohlich betrachtet wird (vgl. Domenig 2007b: 216).

Dieser Feststellung ähnelt die Beobachtung, der zu Folge Beziehungen zwischen Fachpersonal und PatientInnen bei der medizinischen Behandlung sowie der Pflege je nach kulturellem Kontext unterschiedlich organisiert werden. So scheint die Beziehung zu formellen Pflegepersonen in einer Kultur mit Soziozentriertheit eher wie eine familiäre Bindung gestaltet zu sein (vgl. ebd.: 211). Judith Baumgartner Biçer argumentiert, dass je nach kulturellem Kontext (also Individuums- oder Soziozentriertheit) Auffassungen auch im Hinblick auf Sterben und Tod differieren. Anhand eines Beispiels aus familienzentrierten afrikanischen Gesellschaften erläutert Biçer, dass Sterben und Tod in einer soziozentrierten Gesellschaft mehr als eine rein individuelle Angelegenheit darstellen. In familienzentrierten Gesellschaften Afrikas wird unterstellt, dass es eine soziale Gemeinschaft der Ahnen im Jenseits gibt, in welche man nach dem Tod integriert wird. In dieser Hinsicht bedeutet der Tod für Afrikaner eine Reise ins Land der Vorfahren, und so bleibt die Verbindung eines Verstorbenen mit den Lebenden weiterhin bestehen. Im Vergleich dazu ist in einer individuumzentrierten Gesellschaft Sterben eine Sache des Individuums. In den von Individualismus geprägten westlichen Gesellschaften wird vielfach die Auffassung vertreten, dass Vorstellungen wie die einer Reise der Seele ins Land der Ahnen oder der Glaube an ein Leben nach dem Tod (dem Fortschritt von) naturwissenschaftlichen

---

<sup>10</sup> Dagmar Domenig ist eine schweizerische Ethnologin. Ihr Schwerpunkt liegt in den Bereichen von transkultureller Kompetenz, Migration und Gesundheit sowie Medizinethnologie (vgl. Domenig 2007a: 560).

Erkenntnissen widersprechen. Hier gelten das Alter, eine tödliche Krankheit und das Sterben eher als ein schmerzhaftes Gewährwerden der Grenzen des Menschen.

Neben sozialstrukturellen Faktoren spielt allerdings *Religion* hier eine zentrale Rolle. Das religiöse Denken beinhaltet die Überzeugung, dass der Tod kein völliges Ende der menschlichen Existenz darstellt und bietet so den Menschen bestimmte Erklärungs-, Vorstellungs- und Handlungsoptionen. Insbesondere sollen religiöse Rituale, z.B. das Singen von Liedern oder das Sprechen von Gebeten am Ende des Lebens dem Sterbenden die Sicherheit vermitteln, nicht alleingelassen zu werden; für die Angehörigen entsteht durch sie Raum für Trauerarbeit (vgl. Biçer 2007: 81). Außerdem ist Religion von Bedeutung beim Umgang mit dem Leichnam – vor allem, was die Berührung des Toten, die Leichenwäsche und die Bestattungsform betrifft. Beispielsweise dürfen Muslime nicht verbrannt werden (vgl. ebd.: 83).

Die bisherige Darstellung zeigt, dass in weiten Teilen der Kulturtheorie davon ausgegangen wird, dass Weltanschauungen und die gesellschaftliche Ordnung in jeder Kultur einen großen Einfluss auf das Verständnis von Krankheit, Gesundheit, Heilung sowie Tod und Sterben ausüben. Entsprechend variiert auch die Einstellung zu Krankheiten und der Umgang mit ihnen, wobei formelle und informelle Strukturen in Wechselbeziehung zueinander stehen. Tatsächlich scheinen, wie im folgenden Abschnitt mit Blick auf die Gruppe der südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen eingehender dargelegt wird, die zwischen dem westlichen und (fern)östlichen Kulturkontext bestehenden Differenzen in der Betrachtung von Körper, Gesundheit und Krankheit durchaus beträchtlich.

### **1.2.2 Einstellungen zum Körper, zur Gesundheit und zur Krankheit in der westlichen Welt und in Ostasien**

Hanspeter Braun und Bernhard Madörin argumentieren, dass es im Westen und (fernen) Osten verschiedene Denkweisen gibt, welche mit den jeweiligen, kulturspezifischen medizinischen Traditionen zusammenhängen (vgl. Braun/Madörin 2009: 30-33). So basiert westliche Medizin auf einer kausalen und analytischen Denkweise, während östliche Medizin (traditionell) auf intuitivem und synthetischem Denken gründet. Das heißt, dass im Westen die Materie in ihren Einzelteilen, quasi nach einer Zerlegung des Ganzen, untersucht wird. Im Osten steht stattdessen die Beziehung der einzelnen Teile der Materie zueinander im Mittelpunkt der Betrachtung (vgl. Yuan 2009: 17). Im Folgenden werden kulturspezifische Einstellungen zum Körper sowie

zu Gesundheit und Krankheit in einem kurzen Ost-West-Vergleich umrissen, u.a. anhand der jeweils praktizierten medizinischen Tradition.

### **1.2.2.1 Die westliche Sicht auf Körper, Krankheit, Gesundheit und Heilung**

Im westlichen Raum werden, so beobachten viele damit befasste Arbeiten, Körper und Seele des Menschen voneinander getrennt betrachtet – wofür oft der Einfluss des französischen Philosophen René Descartes (1596-1650) verantwortlich gemacht wird (vgl. Faltermaier 1994: 21; Bauer 2002: 16; Kim, S.-S.<sup>11</sup> 2009: 55). Obwohl im Lauf der Zeit die Wechselwirkung zwischen Körper und Seele bzw. Psyche und vor allem der Einfluss der Letzteren auf den Körper auch im westlichen Kulturkreis diskutiert worden ist, bleiben beide in Medizin und Psychotherapie weiterhin getrennt. Der westlichen Medizin liegt eine naturwissenschaftliche Perspektive zugrunde. Sie geht davon aus, dass der menschliche Körper als biologischer Organismus regelmäßig Naturgesetzen unterliegt, insbesondere dem Prinzip von Ursache und Wirkung. Krankheit gilt als eine Funktionsstörung der Organe oder Organsysteme im Körper. Dementsprechend wird sie als auf die körperliche Ebene eingeschränkt betrachtet und behandelt (vgl. Faltermaier 1994: 21; Bauer 2002: 21; Kim, S.-S. 2009: 55 f.; Erdheim 2010: 22). Indem die westliche Medizin sich auf den Körper konzentriert und damit Krankheit individuumszentriert fasst, finden die sozialen und psychischen Dimensionen der Krankheit kaum Beachtung (vgl. Faltermaier 1994: 22 f.; Waller 2002: 17; Kim, S.-S. 2009: 55). Stattdessen sind Gesundheit und Krankheit *der Psyche* Gegenstand eines gesonderten Behandlungsansatzes, dem der Psychotherapie (vgl. Braun/Madörin 2009: 21; Erdheim 2010: 22). Es scheint offenkundig, dass sich im Westen die kulturspezifische Sichtweise auf Krankheit und Gesundheit und die Perspektive der Medizin weitgehend decken (vgl. Faltermaier 1994: 24).

### **1.2.2.2 Die ostasiatische Sicht auf Körper, Krankheit, Gesundheit und Heilung**

Im ostasiatischen Raum, v.a. Korea, China und Japan, wird der Körper, Bezug nehmend auf das konfuzianistische Denken, als im sozialen Kontext verortet verstanden (vgl. Huang 2009: 116). Seit vielen Jahrhunderten gehen ostasiatische Kulturen davon aus, dass es eine Kraft gibt, welche dem Körper innewohnt. Diese sogenannte „Ki“-Kraft, welche im westlichen Raum mit

---

<sup>11</sup> Bei koreanischen Autoren werden die Abkürzung der Vorname hinzugefügt, weil in Korea wenige Nachnamen (wie z. B. Kim) sehr häufig vorkommen. Dadurch ist eine bessere Identifizierung der jeweiligen Autoren möglich.

„die allumfassende Lebenskraft“<sup>12</sup> übersetzt wird (vgl. Platsch 2005: 23; Braun/Madörin 2009: 22), durchdringt sowohl Körper als auch Natur. Auf diese Weise werden der individuelle Körper und der ganze Kosmos mit Ki-Kraft durchsetzt, entsprechend sind beide eng miteinander verbunden, wobei Gesellschaft und Staat mit eingeschlossen sind (vgl. Huang 2009: 136-138).

Die Ki-Kraft spielt beim Verständnis von Gesundheit und Krankheit eine wichtige Rolle (vgl. Unschuld 2013: 32). In der traditionellen (fern)östlichen Medizin, welche der traditionellen chinesischen Medizin<sup>13</sup> entsprang, gilt Krankheit als Ausdruck eines wechselseitigen und hierarchischen Verhältnisses von Psyche, Ki-Kraft und Körper. Auf der oberen Ebene steht die Psyche, und sie wirkt auf die darunter liegende Ebene, die Ki-Kraft. Diese beeinflusst den auf der unteren Ebene liegenden materiellen, stofflichen Körper. Hier greift auch eine umgekehrte Wirkung; der Körper beeinflusst die Ki-Kraft und die Ki-Kraft wirkt wiederum auf die Psyche. Bezugnehmend auf diese Wechselbeziehung zwischen Psyche, Ki-Kraft und Körper wird die Auffassung vertreten, dass eine belastete Psyche (negative Gedanken oder Gefühle) Auslöser einer Krankheit sein kann (vgl. Braun/Madörin 2009: 22 f.). Das heißt, dass die Psyche primär auf eine Belastung oder ein Erfordernis des Lebens reagiert und erst daraufhin eine Krankheit, quasi sekundär, als Reaktion des Körpers auftritt (vgl. ebd.: 10). So verursachen Angstgefühle Erkrankungen an den Nieren, so wie Wut eine Fehlfunktion der Leber auslösen kann (vgl. Platsch 2005: 25). Abgesehen von psychischen Faktoren werden auch das Ernährungsverhalten sowie klimatische Einflüsse als Krankheitsursachen angesehen. Krankheitsheilung geht in der traditionellen (fern)östlichen Medizin über die Beseitigung von körperlichen Symptomen hinaus. Das heißt, dass neben der Behebung dieser Symptome auch die Wurzel der Krankheit gesucht und behandelt wird. Psyche und Körper werden bei der Behandlung gleichzeitig einbezogen und betrachtet (vgl. Braun/Madörin 2009: 14). Die Biografie eines Patienten oder einer Patientin bzw. ihre Krankengeschichte erhält bei der Behandlung einer Krankheit einen großen Stellenwert (vgl. ebd.: 23).

---

<sup>12</sup>Die „Ki“-Kraft wird zum Teil auch als „Qi“ Kraft bezeichnet. Obwohl Ki-Kraft in europäischen Raum mit „Lebenskraft“ übersetzt wird, gibt es in keiner europäischen Sprache einen genau passenden Terminus dafür (vgl. Unschuld 2013: 15).

<sup>13</sup>Die traditionelle chinesische Medizin ist die Heilkunst, welche seit über 2000 Jahren im ostasiatischen Raum entwickelt wurde und auch heute noch weitergeführt wird (vgl. Braun/Madörin 2009: VII). Sie stellt auch die Grundlage der traditionellen koreanischen Medizin dar. Das heißt, dass diese auf dem Theoriegerüst des chinesischen Ansatzes basiert, aber praktisch entsprechend der örtlichen Gegebenheiten Koreas je unterschiedlich umgesetzt wird (vgl. Liew 2010: 180).

Was die Normen für gute Ernährung im Westen und in Ostasien betrifft, so gibt es ebenfalls markante Unterschiede. Im Westen stehen zum Beispiel Vitamine, Eiweiße, Fette und Kohlenhydrate im Vordergrund. Demgegenüber unterscheidet man in Ostasien Nahrungsmittel gemäß ihrer Temperatureuswirkung im Körper, also in warme und kühle. So kühlen z.B. Kartoffeln, Seetang und Salat den Körper. Seetang gilt z.B. als Heilmittel bei Bluthochdruck, welcher oft als Zeichen der Leberüberhitzung bedeutet wird. Im Vergleich dazu wärmen, den geltenden Normen folgend, Reis und Ingwergemüse den Organismus und fördern die Durchblutung. Insgesamt wird Nahrung oftmals als Heilmittel betrachtet, und die richtige Auswahl der zur Speis Zubereitung verwendeten Lebensmittel gilt als wesentlich (vgl. ebd.: 7).

In *Südkorea* kommen zur Zeit zwei unterschiedliche Ansätze gleichzeitig zur Anwendung. Einerseits hat sich dort die westliche Medizin, welche durch protestantische Missionare im 19. Jahrhundert bekannt wurde, als moderne Behandlungspraxis etabliert. Andererseits wird die traditionelle koreanische Medizin<sup>14</sup> weiterhin praktiziert (vgl. Alban/Leininger/Reynolds 2000: 136; Kim, S.-S. 2009: 28). Die staatliche Krankenversicherung erkennt Behandlungen *beider* Schulen an (vgl. Lee, T. 2013: 72 f.). In der Bevölkerung lässt sich ein duales Nutzungsverhalten erkennen. So lassen sich Menschen in Südkorea durch die westliche Medizin behandeln, wenn ihre Krankheit akut ist und unmittelbar Lebensgefahr besteht. Demgegenüber nutzt man Behandlungen durch traditionelle koreanische Medizin zur Verstärkung der Vitalität, wenn vorige Interventionen der westlichen Medizin bei Heilungsversuchen wirkungslos geblieben sind (vgl. Kim, S.-S. 2009: 49 f.). Laut Befunden eines einschlägigen Instituts, dem „KIHASA“ (Korea Institute for Health and Social Affairs), bevorzugten Frauen und alte Menschen die Behandlung mit Verfahren der traditionellen koreanischen Medizin. So waren im Jahr 2011 68,9% der mit solchen Verfahren behandelten PatientInnen Frauen; außerdem befanden sich 43,5% der PatientInnen der traditionellen koreanischen Medizin im Alter zwischen 40 und 50 sowie 30,5% der PatientInnen im Alter ab 60 Jahren (vgl. KIHASA 2012: 1 f.). Interessant ist dabei, dass der Schamanismus bei der Behandlung nach wie vor eine Rolle spielt. Es wird eine Schamanin v.a. dann zu Rate gezogen, wenn weder die westliche Medizin noch die traditionelle Heilmedizin das Leiden beseitigen können (vgl. Alban/Leininger/Reynolds 2000: 137).

---

<sup>14</sup> Im Jahr 1999 gab es 128 Krankenhäuser und 6.834 Praxen der traditionellen koreanischen Medizin. Das waren 16,1% aller Kliniken und 36,9% der gesamten ambulanten Einrichtungen (vgl. Kim, S.-S. 2009: 11).

Es gibt also viele Hinweise auf ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Heilung und Ernährung im Westen und fernen Osten. Und tatsächlich wird in Südkorea immer noch die traditionelle Medizin praktiziert. Wenig überraschend ist, dass auch die vorherrschenden Wertvorstellungen in Bezug auf die Pflege alter bzw. gebrechlicher Menschen, wie im Folgenden dargelegt, als in vielerlei Hinsicht kulturspezifisch gelten.

### **1.3 Kulturspezifische Merkmale in Bezug auf Altenpflege**

Dieser Abschnitt soll dazu dienen, einige in Kulturtheorien prominente Thesen zur Differenz von Vorstellungen und Praktiken zusammenzutragen, die sich auf Merkmale der bzw. Erwartungen an Altenpflege beziehen. Dies wird in Anlehnung an das von Geert Hofstede, einem niederländischen Sozialpsychologen, vorgelegte Konzept der Kulturanalyse dargestellt, das sich für Analysen, die sich auf Pflege im Migrationskontext beziehen, als fruchtbar erweist und für das Weitere grundlegend ist.

Laut Geert Hofstede manifestieren sich Kulturen auf verschiedene Weise, vor allem mittels Symbolen, Helden, Ritualen und Werten. Symbole sind Bedeutungsträger, zum Beispiel Worte, Gesten, Bilder oder Objekte. Unter Helden sind Personen zu verstehen, welche – ob lebend oder bereits tot – in einer Kultur hoch angesehen sind. Hierzu gehören nicht nur echte, sondern auch Fantasiefiguren (z.B. die Comicikone wie Batman). Rituale<sup>15</sup> sind mit festen Erwartungen versehene kollektive Aktivitäten, zum Beispiel Formen des Grüßens sowie soziale oder religiöse Zeremonien. Deren Durchführung wird in einer Kultur als sozial angemessen betrachtet. Werte bilden dabei den Kern einer Kultur. Hofstede begreift sie als allgemeine Neigungen bzw. Gefühle in Bezug auf das, was gut oder böse, erlaubt oder verboten, anständig oder unanständig und moralisch oder unmoralisch ist. Werte werden dabei sehr früh im Leben unbewusst erworben. Symbole, Helden und Rituale sind für die Beobachter von außen zwar sichtbar, jedoch ist deren kulturelle Bedeutung jeweils nur Einheimischen zugänglich. Werte hingegen sind für Außenstehende nicht direkt sichtbar (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 8-10).

---

<sup>15</sup> Rituale sind menschliche Handlungsweisen, welche keinem rational-technischen Zweck dienen. Sie werden mit festgelegtem Ablauf und zu bestimmten Anlässen vollzogen (vgl. Biçer 2007: 75).

In der Sozialforschung werden Werte auch mit dem Ziel untersucht, kulturelle Unterschiede fassbar zu machen und so Kernelemente einer Kultur zu bestimmen. Hier fand insbesondere der Ansatz von Geert Hofstede in wissenschaftlichen sowie anwendungsbezogenen Bereichen immer wieder große Resonanz (vgl. Thomas/Utler 2013: 42). Hofstede stellte auf der Grundlage empirischer Forschungen<sup>16</sup> fünf Dimensionen heraus, in denen die Kultur eines Landes spezifisch ausgeprägt werden kann (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 51). Bei jeder Dimension werden zwei Pole entgegengesetzt, welche idealtypischen Charakter haben. Zu den fünf Dimensionen gehören: Machtdistanz, die Beziehung zwischen dem Individuum und der Gruppe, geschlechtsspezifische Eigenschaften, die Neigung zur Unsicherheitsvermeidung und die Zukunftsorientierung. Sie werden im Folgenden dargestellt.

### **1.3.1 Machtdistanz**

Hofstede versteht Machtdistanz als „das Ausmaß, bis zu welchem die weniger mächtigen Mitglieder von Institutionen bzw. Organisationen eines Landes erwarten und akzeptieren, dass Macht ungleich verteilt ist“ (ebd.: 57 f.). In einer von großer Machtdistanz geprägten Kultur ist Macht ungleichmäßig verteilt, und Entscheidungen z.B. über Vorhaben in Familie, Schule, Gemeinschaft bzw. am Arbeitsplatz werden von mächtigen Mitgliedern getroffen. Hingegen ist Macht in einer Kultur mit geringer Machtdistanz gleichmäßig verteilt. In Entscheidungen greifen dementsprechend weniger mächtige Mitglieder ein (vgl. Thomas/Utler 2013: 43).

Es wird angenommen, dass die Einstellung zur Ungleichheit sowie zum Respekt gegenüber familiären Autoritäten in diesem Kontext entwickelt wird. In Gesellschaften mit großer Machtdistanz wird Respekt gegenüber Eltern und älteren Verwandten als wichtige Tugend betrachtet. Bei der Erziehung werden Gehorsam und ein respektvolles Verhalten der Kinder gegenüber den Eltern hochgeschätzt und dementsprechend von den Eltern und Großeltern erwartet. Dies gilt auch und besonders, wenn sie alt und gebrechlich werden oder sind. In solchen Situationen erwartet man, dass Kinder sie sowohl finanziell als auch in allen praktischen Belangen unter-

---

<sup>16</sup> Durchgeführt wurden in den 1960er und 1970er Jahren Befragungen zu arbeitsbezogenen Werthaltungen bei über 110.000 MitarbeiterInnen aus Niederlassungen des Computerkonzerns IBM in mehr als 70 Ländern. In dieser sogenannten IBM-Studie haben sich vier grundlegende Kulturdimensionen herausgeschält (vgl. Thomas/Utler 2013: 42; Lenthe 2011: 33; Domenig 2007b: 207). Dazu kam später (in den 1980er Jahren) eine fünfte Dimension, die der Zukunftsorientierung (vgl. Thomas/Utler 2013: 43).

stützen. Es gilt als selbstverständlich, dass betagte Eltern in der Familie eines ihrer erwachsenen Kinder leben. Dagegen werden Kinder in einer Gesellschaft mit geringer Machtdistanz als mehr oder weniger gleichberechtigt mit Älteren angesehen und auch so behandelt. Es ist möglich, den Eltern zu widersprechen. Respektvolles Verhalten in der Familie wird sehr selten thematisiert. Was Alter und Krankheit anbelangt, wird davon ausgegangen, dass die Eltern eigene Vorkehrungen für solche Fälle treffen sollen. Mit einer Unterstützung durch die Kinder im Bedarfsfälle sowie einem dann arrangierten Zusammenleben bei einem der erwachsenen Kinder wird generell nicht gerechnet (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 65 f.; Lenthe 2011: 34). In dieser Dimension erscheint es mithin so, dass es bei Eltern bzw. Großeltern im Pflegefall je unterschiedliche, kulturspezifische Erwartungen im Hinblick auf eine Unterstützung durch die Kinder gibt. Die Älteren können in einer Gesellschaft mit großer Machtdistanz ein höheres Maß an (direkter) Versorgung durch die eigenen Kinder erwarten.

### **1.3.2 Beziehung zwischen dem Individuum und der Gruppe**

Kollektivismus und Individualismus sind die beiden Pole auf einem Kontinuum des Ausmaßes, in welchem die Interessen eines Individuums an die seiner sozialen Bezugsgruppen, z.B. der Familie, gebunden sind. Eine kollektivistische Gesellschaft ist dadurch charakterisiert, dass das Interesse einer Gruppe gegenüber dem Interesse des Individuums vorrangig ist (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 95; Thomas/Utler 2013: 43). Das Kind wächst auf im Kreise vieler Verwandter wie Großeltern, Eltern, Tanten, Onkel, Geschwister, Cousins oder Cousinen; es entwickelt entsprechende Zugehörigkeitsgefühle bzw. „Wir-Gefühle“ und lernt, sich selbst als Teil des „Wir“ zu begreifen. Die Beziehung eines Individuums zur Familie ist mit der Geburt vorbestimmt und ein Mensch entwickelt seine Identität auf dieser sozialen Basis (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 96; Lenthe 2011: 35). Entsprechend stellt in einer kollektivistischen Gesellschaft nicht das Individuum, sondern die Familie die kleinste gesellschaftliche Einheit dar. Das Verhalten der Menschen wird nicht durch individuelle Neigungen und Wünsche, sondern durch vorhandene Gruppennormen geregelt (vgl. Domenig 2007b: 207 f.). Ein Mensch als Teil seiner Familie ist lebenslang verpflichtet, dieser gegenüber loyal zu sein (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 96), sie materiell zu unterstützen und an familiären Ritualen, wie zum Beispiel Taufen, Hochzeiten und Beerdigungen, teilzuhaben (vgl. ebd.: 113). Als Gegenleistung sind bedingungslose Unterstützung und Schutz seitens der Familie bzw. der Gemeinschaft zu erwarten (vgl. Thomas/Utler 2013: 43). Es besteht eine gegenseitige Abhängigkeit von Individuum und Gruppe, was nicht nur praktische, sondern auch psychische Bereiche betrifft (vgl.

Hofstede/Hofstede 2011: 96). All dies deutet an, dass in einer solchen Gesellschaft der Pflegefall eines Familienmitglieds eine familiäre Angelegenheit darstellt und Pflegebedürftige dort versorgt und betreut werden.

In der individualistisch geprägten Gesellschaft ist die Beziehung zwischen Individuum und Gruppe locker (vgl. Makarova 2008: 28; Hofstede/Hofstede 2011: 97). Das Individuum steht im Mittelpunkt und sein Interesse ist dem der Gruppe vorrangig. Das Kind lernt in der Familie, sich selbst als „Ich“ zu begreifen und Wert auf Selbstverwirklichung zu legen. Ein Mensch wird in einer solchen Gesellschaft nicht nach seiner Gruppenzugehörigkeit, sondern nach individuellen Merkmalen beurteilt (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 96; Lenthe 2011: 35). Persönliche Autonomie und Unabhängigkeit werden als Werte in einer individualistischen Gesellschaft hochgeschätzt (vgl. Domenig 2007b: 208; Thomas/Utler 2013: 43). Was die Länder der hier angestrebten Untersuchung betrifft, so ist nach Hofstede Deutschland eher durch Individualismus und Südkorea durch Kollektivismus geprägt (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 101).

### **1.3.3 Geschlechtsspezifische Eigenschaften**

Kulturen unterscheiden sich nicht zuletzt auch nach der Ausprägung geschlechtsspezifischer Eigenschaften. Hofstede setzte für diese Dimension die zwei Pole Maskulinität und Femininität gegenüber. In einer maskulin geprägten Kultur sind die Rollen der Geschlechter strikt getrennt. Während Männer bestimmt, hart und materiell orientiert erscheinen, gelten Frauen als bescheidener und sensibler. In einer solchen Gesellschaft sind zugleich als maskulin geltende Wert wie Karriere, Wettbewerb und Verdienst von Bedeutung. In einer femininen Kultur sind die Rollen der Geschlechter nicht strikt voneinander abgegrenzt. Sowohl Frauen als auch Männer streben danach, bescheiden und feinfühlig zu sein. Die beiden Geschlechter legen jeweils Wert auf Lebensqualität. Entsprechend stehen soziale Werte wie Kooperation, Fürsorglichkeit und Warmherzigkeit im Vordergrund (vgl. ebd.: 155 f.). Diese Unterscheidungen deuten an, dass die Pflegetätigkeit in jeder Kultur einen unterschiedlichen Stellenwert besitzt: Sie scheint in einer feminin geprägten Kultur besser angesehen und anerkannt als in einer maskulin geprägten.

### **1.3.4 Unsicherheitsvermeidung**

Bei der Dimension Unsicherheitsvermeidung geht es um kulturelle Unterschiede bezogen auf den „Grad, bis zu dem die Mitglieder einer Kultur sich durch uneindeutige oder unbekannte Situationen bedroht fühlen“ (ebd.: 220). Sie folgt der Wahrnehmung von bzw. dem Umgang

mit Gesundheit bzw. Haltungen zur medizinischen Behandlung. Menschen in einer von starker Unsicherheitsvermeidung geprägten Kultur machen sich mehr Sorgen um ihre Gesundheit. Sie geben mehr Geld für Ärzte und Medikamente aus und unternehmen viel, um Krankheiten zu vermeiden (vgl. ebd.: 232 f.). Beispielsweise wird viel Wert der Hygiene und gesunde Ernährung gelegt. Versicherungen aller Art sind beliebt (vgl. Lenthe 2011: 37 f.). Hingegen fühlen sich Menschen in einer Kultur mit einer geringeren Neigung zu Unsicherheitsvermeidung gesünder, ohne dass medizinische Gesichtspunkte dies nahelegen. Die Praktiken im Gesundheitswesen sind ebenfalls kulturspezifisch. So wird z.B. niedriger Blutdruck in einem Land mit starker Tendenz zu Unsicherheitsvermeidung als Funktionsstörung diagnostiziert und mit Medikamenten behandelt, währenddessen er für Menschen im von niedriger Unsicherheitsvermeidung geprägten Land kein ernsthaftes gesundheitliches Problem darstellt (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 233).

Hofstede geht davon aus, dass diese Kulturdimension mit Religiosität zusammenhängt. Religionen und dazu gehörende Rituale bieten den Menschen eine Möglichkeit, Angst zu vermeiden und Ungewissheit zu akzeptieren (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 259; Thomas/Utler 2013: 43). In einer Kultur mit starker Tendenz zu Unsicherheitsvermeidung sind häufig Religionen wie Judentum, Christentum sowie Islam einflussreich, welche von der Existenz der absoluten „Wahrheit“ ausgehen. Die Menschen in einer solchen Kultur haben ein starkes Bedürfnis danach, diese absolute „Wahrheit“ zu besitzen (vgl. Biçer 2007: 69; Hofstede/Hofstede 2011: 260 f.). Hingegen findet man in Kulturen mit niedriger Neigung zu Unsicherheitsvermeidung Religionen wie etwa Buddhismus und Hinduismus. Bei diesen Heilslehren steht im Vordergrund, sich selbst auf verschiedenen Wegen, etwa durch Rituale, Meditation oder Lebensweise, zu verbessern (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 300). Infolgedessen übernehmen Menschen in einer solchen Kultur leicht Elemente von verschiedenen Religionen (vgl. ebd.: 262). Außerdem beeinflusst Religion die alltägliche Körperpflege und den Umgang mit Nahrungsmitteln. So sind bestimmte Speisen z.B. in Islam und Judentum verboten (vgl. Biçer 2007: 76). Möglicherweise hat die Art der Religiosität auch Auswirkungen auf Haltungen zu Pflege und Pflegebedürftigkeit – so ist denkbar, dass ostasiatische Religionen die eigene Zuständigkeit für die Bewältigung der damit verbundenen Herausforderungen stärker betonen.

### 1.3.5 Zukunftsorientierung

In Hofstedes Konzept bezieht sich die Dimension Zukunftsorientierung auf die Differenzen zwischen lang- und kurzfristigen Lebenshorizonten (vgl. Lenthe 2011: 39). In einer Kultur mit Langzeitorientierung werden Tugenden hoch bewertet, die auf künftigen Erfolg ausgerichtet sind. Hingegen stehen in einer Kultur mit Kurzzeitorientierung Tugenden im Mittelpunkt, welche mit der Vergangenheit und der Gegenwart in Verbindung stehen (vgl. Hofstede/Hofstede 2011: 274). So ist eine Eheschließung in einer Kultur der langen Lebenshorizonte eine pragmatische und zielgerichtete Vereinbarung, wobei Vorlieben und Interessen der Ehegatten als zweitrangig gelten (vgl. ebd.: 277). Den Kindern wird beigebracht, dass Sparsamkeit wichtig ist und ihre Wünsche nicht immer sofort erfüllt werden können. Außerdem lernen Kinder, ihre Ziele beharrlich zu verfolgen (vgl. ebd.: 279). Das Alter gilt in einer langzeitorientierten Kultur als eine glückliche Zeit und das Zusammenleben mit Schwiegereltern wird als normal betrachtet (vgl. ebd.: 283). Eine solche Kultur legt zudem Wert auf zwischenmenschliche Beziehungen. Hier zeigen sich Individuen zufrieden mit der Bewältigung von Aufgaben, bei denen es um Aufmerksamkeit gegenüber Mitmenschen geht, mit denen man täglich in Verbindung steht, sowie dort, wo tiefe zwischenmenschliche Beziehungen in Familie und Nachbarschaft, mit Freunden und Bekannten bestehen (vgl. ebd.: 301). In einer kurzzeitorientierten Kultur ist vieles umgekehrt. So gilt eine Heirat als primär moralische und „unpragmatische“ Vereinbarung. In der Familie lernen Kinder, Toleranz zu üben und anderen Respekt entgegenzubringen. Das Alter stellt eine traurige Zeit dar. Zusammenleben mit den Schwiegereltern ist nicht die Regel und wird eher als problematisch angesehen (vgl. ebd.: 283).

Insgesamt liefert Hofstedes Kulturanalyse<sup>17</sup> wertvolle Hinweise auf mögliche Kulturdifferenzen bezüglich der Haltungen zu Pflege und Pflegebedürftigkeit. Man kann aus dieser Analyse jedenfalls schließen, dass bestehende Wertesysteme mit Familienformen, dem jeweils vorherrschenden Verständnis sozialer Beziehungen, Verhaltensnormen vor allem bezüglich des Umgangs mit Eltern oder älteren Verwandten sowie mit Erwartungen im Hinblick auf familiäre Rollen in Verbindung stehen – und damit wohl mit Haltungen zur Form der Unterstützung im

---

<sup>17</sup>Der von Hofstede vorgelegte Ansatz der Kulturanalyse wird heute vielfach in Frage gestellt. U.a. wird gefragt, ob er in Zeiten der Globalisierung noch Geltung haben kann (vgl. Makarova 2008: 30). Außerdem basiert der Ansatz auf über 40 Jahre alten Untersuchungen, wodurch seine Aktualität bestreitbar erscheint (vgl. Thomas/Utler 2013: 44).

(altersbedingten) Krankheits- und Pflegefall. Jedenfalls werden das Alter und dessen Versorgung in verschiedenen Kulturen normativ unterschiedlich gerahmt.

### ***Zwischenfazit***

Man kann festhalten, dass die Pflege alter Menschen eng mit kulturellen Aspekten zusammenhängen. Generell sind „Muster der Pflege der alten Menschen“ kulturell bestimmt, manche werden von Generation zu Generation überliefert. So finden sich in den jeweiligen Kulturen zu einem gewissen Grad feste Einstellungen zum familiären Beziehungs- und Rollenverständnis sowie zur adäquaten Versorgung alter Menschen, um nur einige Faktoren zu benennen. Auch der Umgang mit und der Einstellung zu Gesundheit, Krankheit, Tod, Sterben und Körper haben einen kulturellen Gehalt – nicht zuletzt auf der informellen Ebene. Dies jedenfalls zeigt die Gegenüberstellung diesbezüglich unterschiedlicher Betrachtungsweisen im Westen und im (fernen) Osten.

Andererseits ist Kultur – in einer Zeit der Globalisierung und der Migrationsbewegungen – durch Grenzüberschreitungen gekennzeichnet. Durch diese umfasst Kultur „fließende“ Momente; der Akteur handelt *auch* nach Maßgabe erlebter Lebenskontexte und je nach *Art* dieser Kontexte unterschiedlich. Für diese Kontexte spielen neben kulturspezifisch „einsozialisierten“ Orientierungen auch persönliche Erfahrungen sowie soziale Netzwerke eine relevante Rolle. In Bezug auf Pflegehorizonte südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen bedeutet dies zweierlei: Diese Gruppe könnte zu einem gewissen Grad ein festes Bild von Pflege und Pflegebedürftigkeit entwickelt haben, das in Südkorea erworben wurde und dort dominiert. Jedoch könnte dieses Bild durch einen längeren Aufenthalt in Deutschland verblichen sein. Im folgenden Kapitel werden deshalb Theoriebestände durchleuchtet, die Anhaltspunkte dafür geben, wie MigrantInnen sich in einer fremden Kultur orientieren.

## 2 Orientierungen und Identifikationen der MigrantInnen

Der Soziologe Georg Simmel (1858-1918) betrachtet in seinem „Exkurs über den Fremden“ letzteren als einen Menschen, der heute kommt, morgen aber nicht geht, sondern bleibt. Damit unterscheidet er den Fremden vom Wanderer. Entscheidend sei, dass der Fremde nicht zu seinem Herkunftsort zurückkehrt (vgl. Simmel 1992: 9). Nach Simmel gerät der Fremde mit dem Wechsel des Lebensraums in eine Ambivalenz zwischen Nähe und Distanz (vgl. Han 2010: 234; Zick 2010: 336). Räumlich ist der Fremde von seinem Herkunftsort gelöst, jedoch bedeutet das für ihn keine endgültige Loslösung von der Herkunft. Gleichzeitig befindet er sich physisch in einem neuen räumlichen Umkreis. Aber seine Position ist dadurch gekennzeichnet, dass er dort nicht hineingehört (vgl. Simmel 1992: 9; Han 2010: 233; Kleinschmidt 2011: 33). Dies weist darauf hin, dass der Fremde immer eine gewisse Distanz zur aufnehmenden Gesellschaft hat. Simmel argumentiert, dass „die Distanz innerhalb des Verhältnisses bedeutet, dass der Nahe fern ist, das Fremdsein aber, dass der Ferne nah ist“ (Simmel 1992: 9).

Laut dem Soziologen Alfred Schütz erlebt der Fremde, zumindest in der Anfangsphase des Kontaktes mit einer neuen Gruppe, eine erste „Erschütterung des Vertrauens“ (Schütz 1972: 62). Dies geschieht einerseits, weil das „Denken-wie-üblich“ bzw. die „relativ natürliche Weltanschauung“, welche im Alltag seines Herkunftsortes selbstverständlich waren und ihm damit Sicherheit in der Interaktion mit anderen gaben, nun nicht mehr tauglich ist. Andererseits sind die Denk- und Handlungsmuster der neuen Gruppe für ihn nicht selbstverständlich. Dieses bringt mit sich, dass er in den sozialen Interaktionen mit der neuen Gruppe kein Orientierungsschema zur Verfügung hat und diese Interaktionen für ihn keinen selbstverständlichen Vorgang darstellen (vgl. Han 2010: 234-236). Diese – hier nur kurz angerissenen – Konzepte der beiden klassischen Soziologen implizieren, dass, geht es um Fremdsein bzw. Fremdheit, Migration mehr ist als nur ein Wechsel des physikalischen Lebensraums.

Ausgehend von dieser Beobachtung beschäftigt sich dieses Kapitel mit möglichen Orientierungen der ArbeitsmigrantInnen und ihren Einstellungen zur Herkunfts- und Aufnahmekultur, wobei der im vorangegangenen Kapitel dargestellte zweite Kulturbegriff – also jener, der Kultur als offen, dynamisch und prozesshaft begreift – fokussiert wird (siehe Kapitel 1.1.2.2). Also steht nicht das kulturelle Phänomen, sondern die von Kultur geprägte, einzelne *Person* im Kontext von Migration im Mittelpunkt der Betrachtung. Das Ziel dieses Kapitels besteht darin, auf

diesen Kontext bezogene Orientierungsmuster auszuloten. Es geht hier um Aus- und Einwanderung im Allgemeinen und Pflegehorizonte von MigrantInnen im Besonderen, wobei die von letzteren erwarteten Arrangements (den Ausführungen des vorangegangenen Kapitels folgend) in ihrem Verhältnis zu verschiedenen Faktoren betrachtet werden – z.B. Gegebenheiten, die mit den in der jeweiligen Kultur verbreiteten Muster der Versorgung bzw. anderen institutionellen Rahmenbedingungen in Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft zusammenhängen. Unterstellt wird, dass je nach den persönlichen Erfahrungen der Menschen mit Migrationshintergrund spezifische, nicht durch die Herkunftskultur determinierte Pflegearrangements in Betracht gezogen werden können.

Zunächst wird kurz dargestellt, was man allgemein unter Migration verstehen kann und wodurch sich ArbeitsmigrantInnen von anderen EinwanderInnen unterscheiden. Im zweiten Schritt folgt eine Auseinandersetzung mit theoretischen Überlegungen über mögliche Einstellungen und Orientierungen von Menschen mit „interkulturellem Kontakt“ bzw. im Kontext grenzüberschreitender Migration. Der Fokus liegt auf dem Konzept „Akkulturation“ und der damit befassten theoretischen Diskussion. In diesem Rahmen wird auch versucht, mögliche Faktoren herauszuarbeiten, die einen Einfluss auf Einstellungen zur Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft ausüben könnten. Im dritten Schritt werden die Identifikation mit beiden Gesellschaftskontexten sowie das Zugehörigkeitsgefühl der MigrantInnen behandelt; dabei geht es vor allem um Identifikationen, die das Verhältnis von Einheimischen und ethnisch Fremden betreffen.

## 2.1 Der Begriff der Migration

Migration ist ein komplexes Phänomen, das im Zusammenspiel von gesellschaftlichen Bedingungen in den Aus- bzw. Einwanderungsländern und individuellen Beweggründen ausgelöst wird (vgl. Han 2010: 7). Von Migration sind nicht nur MigrantInnen sowie deren Familie, sondern auch die Bevölkerung der Aufnahmegesellschaft und das Gemeinwesen in den Herkunftsländern betroffen, beispielsweise im Zuge von kulturellen und ethnischen Interaktionen oder auch durch die Effekte, die sich aus dem Wegzug von Arbeitskräften ergeben (vgl. Castles 1986: 37). Im Allgemeinen versteht man unter Migration<sup>18</sup> einen vorübergehenden bzw. dauerhaften

---

<sup>18</sup> Der Begriff der Migration geht ursprünglich auf das lateinische Wort *migrare* bzw. *migratio* zurück. Dies bedeutet „wandern“, „wegziehen“ sowie „Wanderung“ (vgl. Han 2010, S. 5; Schmid 2010: 16).

„Wohnortwechsel, der über die Grenzen des politischen Bezirkes hinausführt“ (vgl. Han 2010: 6; Hahn 2012: 25; BAMF 2013: 12). Wenn sich ein Wohnortwechsel von einem in einen anderen gemeindeförmigen Sozialraum *innerhalb* nationaler Grenzen vollzieht, wird dies als Binnenmigration bezeichnet (vgl. Han 2010: 7; BAMF 2012b: 28). Als Beispiel ist die Verlegung des Wohnortes aus ländlichen Gegenden in städtische Regionen zu nennen (vgl. Han 2010: 7 f.). Demgegenüber wird eine räumliche Bewegung, welche über Staatsgrenzen hinweg erfolgt, als internationale bzw. grenzüberschreitende Migration bezeichnet (vgl. Han 2010: 8; BAMF 2012b: 28; BAMF 2012c: 17; BAMF 2013: 12). Die für eine solche Begriffsbestimmung relevante Zeitspanne wird unterschiedlich bestimmt: Während die internationale statistische Erfassung von Migrationsbewegungen zum Beispiel ab 1960 räumliche Mobilität im Sinne der Verlagerung des Lebensmittelpunktes dann als Migration betrachtete, wenn diese länger als fünf Jahre andauerte, wird sie nach der Empfehlung der UN von 1998 schon dann als solche erfasst, wenn der Wohnortwechsel ein Jahr dauert (vgl. Han 2010: 6). Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge in Deutschland spricht von Migration, wenn die Verlegung des Lebensmittelpunktes mehr als drei Monate andauert (vgl. BAMF 2012c: 17).

Internationale Migration resultiert aus verschiedenen, miteinander verwobenen Ursachen, welche kultureller, politischer, wirtschaftlicher, religiöser, demographischer, ökologischer, ethnischer und sozialer Art sein können (vgl. Han 2010: 7). In der Migrationstheorie werden vor allem die „*Push*- und *Pull*-Faktoren“, die Migration auslösen, betrachtet. Bei den „*Push*“-Faktoren handelt es sich um all jene Faktoren, welche Menschen dazu veranlassen, ihren Herkunftsort zu verlassen. Dies können zum Beispiel wirtschaftliche Krisen, politische und religiöse Verfolgung oder Umwelt- und Naturkatastrophen sein. Als „*Pull*“-Faktoren gelten Eigenschaften oder Entwicklungen in einem Aufnahmeland, von denen Menschen motiviert und angezogen werden, mit dem Ergebnis der Einwanderung. Dazu gehören z.B. finanzielle Anreize, politische Stabilität oder religiöse Freiheit (vgl. Petroglou 2007: 11; Han 2010: 12 f.). ArbeitsmigrantInnen sind Einwanderer, welche zum Zweck der Arbeitsaufnahme ihren Lebensmittelpunkt wechseln und versuchen, in fremden Ländern eine neue Existenz zu gründen (vgl. Heckmann 1992: 17; Koser 2007: 30).

Zu dieser Migrantengruppe gehören auch *Südkoreanerinnen und Südkoreaner*, die in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts in die Bundesrepublik Deutschland gekommen sind, um vorwiegend als Krankenpflegekräfte und Bergarbeiter zu arbeiten, und zwar im Rahmen

von Anwerbeprogrammen für ausländische Arbeitskräfte. Im Weiteren stehen diese ArbeitsmigrantInnen im Mittelpunkt. Auf Gruppen von Einwanderer, die aus anderen Gründen ihren Herkunftsort verlassen, wird deshalb nicht näher eingegangen. Auch für die nachfolgend fokussierte Population liegt indes nahe, dass Orientierungen und Einstellungen je nach Migrantengruppen durch verschiedene *Push-* und *Pull-*Faktoren bestimmt sind bzw. wurden.

## **2.2 Zur Orientierung von MigrantInnen in einer fremden Gesellschaft**

Migration ist ein Prozess, der von der Vorbereitung über den tatsächlichen Vollzug der räumlichen Bewegung bis hin zur Anpassung in der zunächst fremden Gesellschaft reicht. Dieser Prozess vollzieht sich nicht nur in sichtbaren Bereichen, also etwa im Prozess des Wohnortwechsels, sondern auch in der psychosozialen Konstitution der Betroffenen (vgl. Han 2010: 7). Überdies hängt Migration – als *längerfristiger* Prozess – mit verschiedenen (oben bereits erwähnten) Faktoren zusammen, zum Beispiel den politischen, ökonomischen und sozialstrukturellen Rahmenbedingungen in den Aufnahmegesellschaften. So hat ein Migrationsprozess mehrere Dimensionen, bei denen es auch um pädagogische, psychologische oder medizinische Fragen geht (vgl. Makarova 2008: 33; Zick 2010: 33; Fikentscher/Rall 2012: 9 f.). Je nach der Fokussierung auf eine dieser Fragen werden bei der Analyse von Migrationsprozessen bestimmte Facetten bzw. Themen verhandelt, wie etwa gesundheitliche Probleme, psychisches Wohlbefinden, die Identität von Migrantinnen und Migranten oder ihre sozialen Probleme (um nur einige zu nennen, vgl. Zick 2010: 95). Dabei ist die Grenze zwischen diesen Dimensionen nicht immer eindeutig (vgl. ebd.: 33). Unabhängig davon geht es dabei oft um das, was die Migrationsforschung als „Akkulturation“ bezeichnet, also um jene Prozesse, „die in Gang gesetzt werden, wenn Menschen aus dem einen in ein anderes kulturelles Setting wechseln“ (Mahler/Schmidt-Denter 2013: 18). Dies wird im Folgenden genauer betrachtet.

## 2.2.1 Akkulturation als vielschichtiges Konzept

In der sehr weit verzweigten Diskussion um das Konzept Akkulturation<sup>19</sup> wird innerhalb der Migrationsforschung immer wieder auf drei Definitionen zurückgegriffen (vgl. Zick 2010: 35). Laut der „anthropologischen“ Definition von Redfield, Linton und Herskovits – welche in der Migrationsforschung häufig herangezogen wird (vgl. Maehler 2012: 71) – steht Akkulturation für „those phenomena which result when groups of individuals having different cultures come into continuous first-hand contact, with subsequent changes in the original culture patterns of either or both groups“ (Redfield/Linton/Herskovits 1936: 149, zitiert nach Maehler 2012: 71). Diesem Verständnis zufolge findet Akkulturation dann statt, wenn Mitglieder unterschiedlicher Kulturen miteinander in Kontakt treten. Wesentlich ist dabei, dass dieser Kontakt zu kulturellem Wandel führt (vgl. Makarova 2008: 34 f.; Zick 2010: 35 f.; Maehler 2012: 71 f.). Eine weitere Definition – i.e. die des *Social Science Research Council* (SSRC) – differenziert zwischen Veränderungen auf der Gruppen- und Personenebene (vgl. Petroglou 2007: 11 f.; Zick 2010: 36):

„Akkulturation soll definiert werden als kulturelle Veränderung, die eintritt, wenn zwei oder mehrere eigenständige kulturelle Systeme zusammengeführt werden. Die Dynamik kann dabei in der selektiven Übernahme von Wertsystemen, in den Prozessen der Integration und Differenzierung, im Auslösen von Entwicklungsschritten und der Wirkungsweise von Rollenbestandteilen und Persönlichkeitsfaktoren gesehen werden“ (SSRC 1954: 974, zitiert nach Makarova 2008: 35).

Im Rückgriff auf die beiden bis hierhin genannten Definitionen (so Zick 2010: 35) versteht John Berry Akkulturation als prozesshaft vollzogene kulturelle und psychologische Veränderungen, welche sich aus den Interaktionen zwischen Mitgliedern unterschiedlicher Kulturen ergeben (vgl. Maehler 2012: 73). Aus psychologischer Sicht definiert er Akkulturation als „the process by which individuals change their psychological characteristics, change the surrounding context, or change the amount of contact in order to achieve a better fit (outcome) with other features of the system in which they carry out their life“ (Berry 1990b: 63f, zitiert nach Zick 2010: 36). Gemäß dieser Definition ist Akkulturation mithin als Prozess der Veränderung

---

<sup>19</sup> In einer Studie aus dem Jahr 2003 hat Floyd W. Rudmin nicht weniger als 126 divergente Grundkonzeptionen von Akkulturation ermittelt, die zwischen den Jahren 1918 und 2003 publiziert wurden (vgl. Zick 2010: 33; Fikentscher/Rall 2012: 12).

des Lebenskontextes, der Individuen und ihrer Kontakte zu kulturell unterschiedlichen Gruppen zu fassen, wodurch sich ein bestehendes (soziales) System geschmeidig an neue Kulturen anpasst (vgl. Petroglou 2007: 12; Zick 2010: 36).

Obwohl die drei klassischen Definitionen für den Prozess der Akkulturation einen jeweils unterschiedlichen Fokus wählen, verweisen sie sämtlich auf ähnliche *Mechanismen* von Akkulturationsprozessen. Zentral sind dabei Kontakte der Mitglieder unterschiedlicher Kulturen und die Veränderung dieser Kontakte (vgl. Petroglou 2007: 12; Makarova 2008: 36). Die Mechanismen wirken dynamisch auf verschiedenen Ebenen, zum Beispiel hinsichtlich der Identität oder Verhaltensweise eines Individuums, im Hinblick auf Interaktionen zwischen der Einwanderergruppe und der einheimischen Gruppe sowie in kulturell geprägten Institutionen wie etwa Krankenhäusern (vgl. Petroglou 2007: 13; Makarova 2008: 35 f.; Zick 2010: 50; Maehler 2012: 74). Auf diesen Ebenen entwickeln sich – folgt man einschlägigen Theorien – jedoch Einstellungen und Orientierungen zu den Kulturen des Herkunfts- und des Aufnahmelandes bei jedem Individuum unterschiedlich, was im Folgenden detaillierter erläutert wird.

## **2.2.2 Akkulturationsbezogene Orientierungen der MigrantInnen**

Bei einem grenzüberschreitenden Wohnortwechsel und der Begegnung mit einer neuen Kultur stellt sich jedes Individuum auf die Herkunfts- und Aufnahmekultur unterschiedlich ein. Die (potenziell) divergierenden Orientierungen sind Thema diverser theoretischer Überlegungen, welche als Akkulturationsmodelle gefasst werden. Von verschiedenen solcher Modelle werden im Folgenden zwei unterschiedliche Ansätze dargestellt, die jeweils für eine spezielle „Modellrichtung“ stehen.

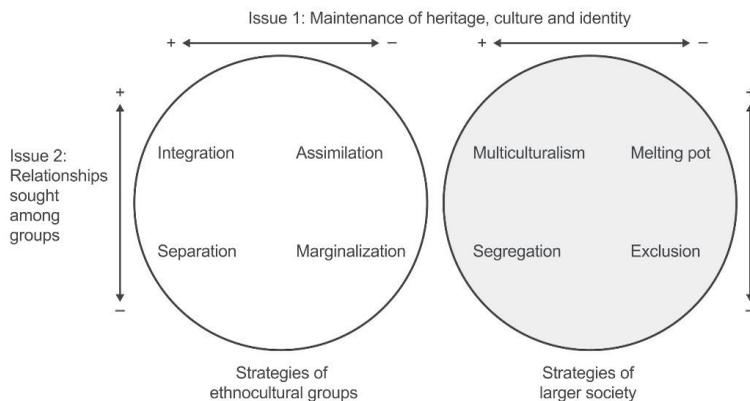
### **2.2.2.1 Akkulturationsmodelle**

Milton M. Gordon hat ein Modell zur Beschreibung von Akkulturationsprozessen entwickelt, bei dem sich Einstellungen von MigrantInnen auf einem Kontinuum zwischen dem Erhalt der Herkunftskultur und der Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft bewegen. Das heißt, je mehr sich MigrantInnen der Aufnahmekultur annähern, desto weiter entfremden sie sich von ihrer Herkunftskultur bzw. geben diese Kultur auf (vgl. Petroglou 2007: 20; Makarova 2008: 38; Schmid 2010: 31; Maehler 2012: 80). Die vollständige Anpassung der MigrantInnen an die Aufnahmegesellschaft gilt dabei als erfolgreiche Eingliederung (vgl. Makarova 2008: 38). Im Vergleich zu diesem Akkulturationsmodell gibt es auch Ansätze, die davon ausgehen, dass der

Erhalt der Herkunftskultur und die Annahme der Aufnahmekultur voneinander unabhängig sind. Das heißt, dass die Annahme von Elementen der Aufnahmekultur nicht unbedingt die Aufgabe der Herkunftskultur impliziert.

Aus diesen Denkweisen lässt sich das Akkulturationsmodell von John Berry ableiten, welches in der „Modelldebatte“ das meist beachtetste bzw. einflussreichste darstellt (vgl. Petroglou 2007: 25; Makarova 2008: 38; Schmid 2010: 32). In diesem Ansatz gibt es vier Akkulturationsorientierungen<sup>20</sup>, wobei die Orientierungen auf Seiten der MigrantInnen von den jeweiligen Einstellungen der Aufnahmegesellschaft beeinflusst werden (vgl. Schmid 2010: 33; Berry et al. 2011: 320 f.).

Abbildung 2: Akkulturationsorientierungen ethno-kultureller Gruppen und dominanter Mehrheitsgesellschaft



Quelle: Berry et al. 2011 : 321.

<sup>20</sup> Ursprünglich hat John Berry die vier unterschiedlichen Orientierungen der Migrantinnen und Migranten sowie der Aufnahmegesellschaft als „Akkulturationsstrategie“ bezeichnet. Dieser Begriff wurde dann von Bourhis und seinen Kollegen, welche Berry's Akkulturationsmodell weiterentwickelt haben, durch den Terminus „Akkulturationsorientierung“ ersetzt. Es wurde argumentiert, dass „Strategie“ ein planerisches Vorgehen insinuiere. Stattdessen seien aber Akkulturationsprozesse von Migrantinnen und Migranten selten von planerischen und eher von *unbewussten* inneren Haltungen, Einstellungen sowie Orientierungen in Bezug auf beide Gesellschaften geprägt (vgl. Petroglou 2007: 42; Schmid 2010: 36). Ansonsten scheint die Bezeichnung „Orientierung“ in der Fachliteratur der Migrationsforschung die geläufigere zu sein.

Abbildung 2 veranschaulicht theoretisch denkbare bzw. empirisch beobachtbare Orientierungen der MigrantInnen bezüglich der beiden Kulturräume sowie solche innerhalb der Aufnahmegesellschaft, soweit es um Haltungen gegenüber Eingewanderten geht. Aus Sicht letzterer wird eine Orientierung als *Integration* bezeichnet, wenn MigrantInnen Interesse an dem Erhalt der Herkunftskultur haben und gleichzeitig Kontakt zur Aufnahmegesellschaft suchen. Zu *Assimilation* kommt es, wenn sie die Herkunftskultur aufgeben und sich zugleich an der Kultur der Aufnahmegesellschaft, also deren kulturellen Werte, Normen und Traditionen orientieren. Als *Separation* wird es bezeichnet, wenn umgekehrt die Herkunftskultur hoch eingeschätzt und konserviert wird, aber Kontakte zur Aufnahmegesellschaft vermieden werden. *Marginalisierung* resultiert aus der Aufgabe der Herkunftskultur und Nicht-Annahme der Aufnahmekultur. In diesem Fall haben MigrantInnen weder Interesse, die Herkunftskultur beizubehalten, noch wollen sie Elemente der (für sie neuen) Kultur der Aufnahmegesellschaft annehmen (vgl. Petroglou 2007: 25 f.; Makarova 2008: 39; Schmid 2010: 32; Zick 2010: 430; Berry et al. 2011: 321; Maehler 2012: 77 f.; Oerter 2013: 73).

Richard Y. Bourhis und seine Kollegen differenzieren wiederum zwischen Anomie und Individualisierung. Sie gehen davon aus, dass die gleichzeitige Ablehnung der Herkunfts- und Aufnahmekultur zwar zu einer (problematischen) kulturellen Entfremdung führen kann, was sie in diesem Fall als Anomie bezeichnen. Jedoch gibt es MigrantInnen, welche sich selbst weniger als Mitglieder einer kulturellen Gruppe denn als Individuen wahrnehmen. Hier spielt die kulturelle Zugehörigkeit eine persönlichen Eigenschaften untergeordnete Rolle. Die kulturelle Entfremdung von beiden Kulturen hat dann keine problematischen Folgen. Wichtig ist hier ferner die Annahme, dass diese spezielle Akkulturationsorientierung, die als „Individualisierung“ bezeichnet wird, mit großer Wahrscheinlichkeit von Individuen bevorzugt wird, welche aus einer individualistischen Gesellschaft (im oben umrissenen Sinne) kommen (vgl. Petroglou 2007: 42; Makarova 2008: 41; Schmid 2010: 36; Maehler 2012: 75 f.). Dies impliziert, dass die Herkunftskultur der MigrantInnen Einfluss auf deren Akkulturationsorientierungen innerhalb der Aufnahmegesellschaft ausübt.

Wie bereits erwähnt, verweist das Akkulturationsmodell von Berry auf vier Einstellungen der Aufnahmegesellschaft im Hinblick auf das Anpassungsverhalten von MigrantInnen. Wesentlich erscheint, ob die Aufnahmegesellschaft es als akzeptabel empfindet, dass MigrantInnen ihre Herkunftskultur beibehalten, oder ob die Aufnahmegesellschaft erwartet, dass sie die Kul-

tur der Aufnahmegesellschaft übernehmen. Multikulturalismus liegt vor, wenn die Aufnahmegesellschaft die Beibehaltung der Herkunftskultur auf Seiten der Eingewanderten akzeptiert und gleichzeitig die Übernahme von Elementen der einheimischen Kultur durch die MigrantInnen erwartet. Die Aufnahmegesellschaft lässt also kulturelle Vielfalt zu, und Kontakte mit MigrantInnen gelten allgemein als wünschenswert. Dabei wird unterstellt, dass eine *Integration* von MigrantInnen in der Aufnahmegesellschaft nur so möglich ist.

Eine Aufnahmegesellschaft, die sich das Zusammenleben mit Zugewanderten als „melting pot“ vorstellt, erwartet stattdessen die *Assimilation* von MigrantInnen. Die Aufnahmegesellschaft geht hier davon aus, dass die Betroffenen ihre Herkunftskultur aufgeben und die einheimische Kultur übernehmen. Demgegenüber liegt eine sogenannte *Segregation* vor, wenn die Aufnahmegesellschaft die Übernahme ihrer Kultur seitens der Eingewanderten nicht wünscht – wobei sie nichts dagegen einwendet, dass Zuwanderte die Herkunftskultur beibehalten. In einer solchen Gesellschaft wird dann oft eine Separation der MigrantInnen gefördert. Noch radikaler verhält sich eine Aufnahmegesellschaft mit exklusiver Orientierung: Sie lehnt MigrantInnen gänzlich ab (vgl. Schmid 2010: 33).

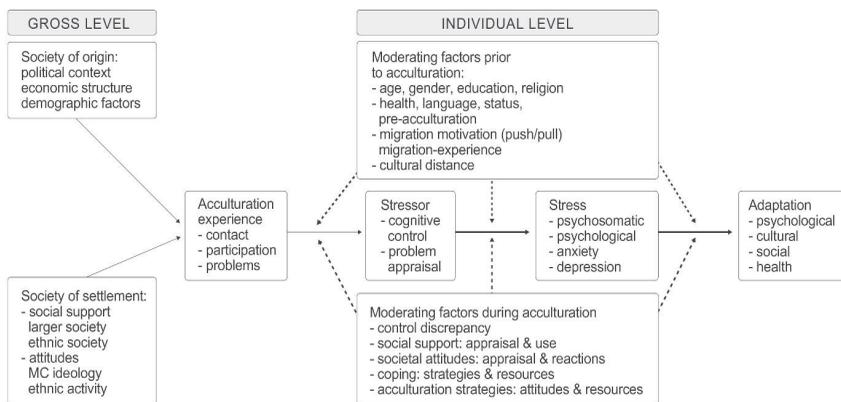
Die Einstellung der Aufnahmegesellschaft kann allerdings je nach Migrantengruppe variieren und sich im Lauf der Zeit auch verändern. So könnte eine Aufnahmegesellschaft gegenüber einer Migrantengruppe *Assimilation* und gleichzeitig gegenüber einer anderen Migrantengruppe *Integration* erwarten (vgl. Petroulou 2007: 44; Schmid 2010: 37; Maehler 2012: 91). Die Einstellungen der Aufnahmegesellschaft sind hier von großer Bedeutung, nicht nur, weil sie auf die Orientierungen der Zugewanderten einwirken, sondern auch, weil sie mit den rechtlichen, sozio-kulturellen und politischen Rahmenbedingungen zusammenhängen, denen sich die MigrantInnen in der Aufnahmegesellschaft gegenübersehen. Diese Einstellungen können wesentliche Lebensbereiche der MigrantInnen in der Aufnahmegesellschaft entscheidend prägen, etwa Bildungszugänge und -verhalten, Arbeit und Beschäftigung, politisches Engagement sowie das Leben in Familien oder in einer Gemeinde (vgl. Westphal 2006: 60; Makarova 2008: 41).

### **2.2.2.2 Moderierende Variablen der Akkulturation**

Eine Reihe von Studien, die Akkulturationsprozesse näher betrachten, versucht, moderierende Variablen zu ermitteln, also systematisch jene Faktoren zu ermitteln, die Einfluss auf diese Prozesse nehmen (könnten). Abbildung 3 veranschaulicht ein Set solcher Variablen im Rekurs

auf John Berry, der wiederum die Gruppen- und die Individual-Ebene unterscheidet. Zu ersterer gehören Kontextfaktoren in der Herkunfts- sowie Aufnahmekultur. Bei dieser Betrachtung von Akkulturationsprozessen spielt vor allem der politische, ökonomische und demographische Kontext in der Herkunftskultur eine Rolle. Relevant in der Aufnahmekultur sind Faktoren wie die soziale Unterstützung durch Mitglieder der Aufnahmegesellschaft und durch in der Aufnahmegesellschaft etablierte ethnische *Communities* sowie Einstellungen zum multikulturellen Zusammenleben oder ethnospezifischen Aktivitäten. John Berry betrachtet die Faktoren auf der personalen Ebene vor und während der Akkulturation. Als wichtige Faktoren auf dieser Ebene begreift er zum Beispiel das Alter, das Geschlecht, das Wohlbefinden, die Religion, die Sprachkompetenzen, Migrationsmotive oder auch entwickelte kulturelle Distanz. Faktoren, welche während der Akkulturation bedeutsam sind, sind aus seiner Sicht die Praxis und Bewertung sozialer Unterstützung, die Bewertung und Reaktion auf gesellschaftliche Einstellungen der Aufnahmekultur sowie bei den Eingewanderten bestehende Bewältigungsstrategien und -ressourcen dar (vgl. Zick 2010: 98 f. & 207 f.; Maehler 2012: 76 f.).

Abbildung 3: Rahmenmodell zur Analyse von Akkulturation nach Berry



Quelle: Berry 1997: 15, zitiert nach Zick 2010: 98.

Es gibt weitere Studien, die sich mit Einflüssen auf Orientierungen und Einstellungen von MigrantenInnen befassen. Einige stellten fest, dass gute Sprachkenntnisse den Zugang zur Aufnahmegesellschaft und die Integration begünstigen (vgl. Maehler 2012: 106). Matthias Jerusalem

kam in einer Untersuchung mit deutschen und türkischen Jugendlichen in Berlin zu dem Schluss, dass die Beherrschung der Sprache der Aufnahmegesellschaft soziale Kontakte und Akzeptanz erleichtert, wohingegen Sprachdefizite mit sozialer Isolierung einhergingen (vgl. Jerusalem 1992: 23). Donald E. Eggerth und Michael A. Flynn weisen darauf hin, dass eine geringe schulische Vorbildung von Eingewanderten den Erwerb einer neuen Sprache erschwert, wobei ein großer Teil der ArbeitsmigrantInnen davon betroffen ist. Außerdem könne sich dauerhafte Erschöpfung in Folge einer schlecht bezahlten, körperlich anstrengenden Arbeit hemmend auf das Erlernen der neuen Sprache auswirken (vgl. Eggerth/Flynn 2013: 345).

In der Forschung zeichnet sich ab, dass Akkulturationsorientierungen mit sozialen Kontakten und Interaktionen zusammenhängen, unabhängig davon, ob sie unter Einheimischen oder zwischen Mitgliedern der eigenen ethnischen Gruppe stattfinden. So berichtet eine Studie über polnische und kroatische MigrantInnen in Italien, dass Eingewanderte, welche zu Separation und Marginalisierung neigen, weniger Kontakte zu Einheimischen haben als Menschen mit assimilierender und integrativer Akkulturationsorientierung. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass MigrantInnen mit Separationsorientierung mehr Kontakte zur eigenen ethnischen *Community* pflegen als Einwanderer mit Orientierungen der Assimilation, Integration und Marginalisierung (vgl. Petroglou 2007: 35). Interessant sind ambivalente Funktionen der ethnischen *Community* in Bezug auf Akkulturation. Einerseits vermag eine ethnische Gruppe, vor allem in der Zeit unmittelbar nach der Ankunft in der Aufnahmegesellschaft soziale bzw. psychologische Ressourcen wie Alltagswissen bzw. Schutz- und Sicherheitsgefühle bereitzustellen, was für Anpassungsprozesse förderlich sein kann. Außerdem könnten sich eigene Interessen der MigrantInnen innerhalb solcher Gemeinschaften in kollektives Handeln umsetzen und dadurch Druck auf die Aufnahmegesellschaft ausgeübt werden (vgl. Uslucan 2005: 237; Zick 2010: 372). Gleichzeitig ist denkbar, dass eine ethnische *Community* hemmend auf die Integration wirkt, falls MigrantInnen ausschließlich Kontakte im eigenen Herkunftsmilieu pflegen (vgl. Uslucan 2005: 237).

### **2.3 Identifikation mit der Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft**

Im Rahmen einer Studie über indische MigrantInnen in Großbritannien fand Nimmi Hutnik heraus, dass das Akkulturationsverhalten und die Selbstkategorisierung im Hinblick auf Zugehörigkeit zur Herkunfts- oder Aufnahmekultur nicht immer übereinstimmen. So versteht sich ein Teil der befragten indischen MigrantInnen der zweiten Generation als Inder, obwohl ihr

Verhalten im Alltag keinen Unterschied zu dem der Briten zeigt (vgl. Hutnik 1991: 137 f.; Schmid 2010: 53; Maehler 2012: 101). Es scheint jedoch so, dass die Identität bzw. Identifikation bezüglich der Akkulturationsorientierung ein maßgeblicher Faktor ist, wobei die Identifikation als ein Prozess der Verortung in der Herkunfts- oder Aufnahmegesellschaft und die Identität als Status oder Ergebnis dieses Prozesses zu verstehen ist (vgl. Zick 2010: 156). Entsprechend kennzeichnet Andreas Zick „die Identifikation und Identität der Neankömmlinge in einem kulturellen System und den dort Einheimischen [...] als Prädiktor, Mediator, Moderator, Indikator und Outcome der Akkulturation“ (ebd.: 418).

Mit Blick auf die einschlägige Fachliteratur entsteht dabei der Eindruck, dass keine Einigkeit hinsichtlich der Beziehungen zwischen Akkulturation und Identifikation besteht. Einige Wissenschaftler unterstellen, dass Akkulturation und Identifikation voneinander unabhängig sind. Demnach bezieht sich die Akkulturation auf Veränderungen bei Verhaltensweisen, Einstellungen und Werten. Identifikation steht hingegen für das Zugehörigkeitsgefühl zur Herkunfts- bzw. zur Aufnahmekultur (vgl. Maehler 2012: 99 f.). Es gibt aber auch Autoren, die Akkulturation mit Identifikation gleichsetzen (vgl. Zick 2010: 436). Außerdem betrachten Judit Arends-Tóth und Fons J.R. van de Vijver Identifikation als einen Aspekt der Akkulturation mit Fokus auf dem Zugehörigkeitsgefühl (vgl. Arends-Tóth/van de Vijver 2004: 20). Die Verwendung der Bezeichnungen „Akkulturation“ und „Identität“ scheint also in Teilen der Literatur etwas diffus. Unumstritten ist, dass sich kulturelle Identität im Akkulturationsprozess, also in Kontakten mit anderen Kulturen, verändern kann (vgl. Choi, E. H. 2015: 71). Im Folgenden wird dem mit Blick auf Konzepte der Identität sowie der kulturellen bzw. ethnischen Identität nachgegangen. Zunächst werden einige dieser Konzepte knapp umrissen; danach folgt ein Resümee zu theoretischen Überlegungen bzw. empirischen Beobachtungen, welche jene Rollen und Beziehungen adressieren, die die Identifikation von MigrantInnen mit der Herkunfts- und Aufnahmekultur betreffen.

### **2.3.1 Der Begriff der Identität**

In psychologischen und psychoanalytischen Theorien wird davon ausgegangen, dass Identitätsbildung vor allem in der Kindheit und Adoleszenz stattfindet (vgl. Supper 1999: 13). Nach E. H. Erikson verläuft sie in einer klaren Abfolge von Lebensphasen bis zum Erwachsenwerden. Die Identität im Erwachsenenalter wird mithin als gefestigt und relativ unveränderlich betrachtet (vgl. ebd.: 15). Die einmal gebildete Identität wird nur in Frage gestellt, wenn krisenhafte

Ereignisse auftreten, wozu man auch Migration zählen kann (vgl. Supper 1999: 13; Maehler 2012: 49). Dies impliziert, dass Menschen durch Migration in eine Identitätskrise geraten können, die mit hohen innerlichen Belastungen einhergeht.

Hilfreich erscheint hier ein kurzer Exkurs zur Theorie des symbolischen Interaktionismus, die besonders in der Handlungssoziologie sehr einflussreich war. Sie unterstellt, dass Identität sich zuvorderst in der Interaktion mit anderen entwickelt. Ihr Begründer G. H. Mead (1863-1931) geht davon aus, dass sich Identität durch die Synthese von zwei Komponenten, dem „I“ und dem „Me“, herausbildet. Das „I“ wird als ebenso kreativ wie spontan charakterisiert (vgl. Supper 1999: 10) und zuweilen auch als „impulsives Ich“ bezeichnet (vgl. Abels 2010: 269). Es reagiert auf Handlungsanforderungen anderer und gilt damit als wesentliche individuelle Reaktion auf soziale Realität (vgl. Mead 1973: 218; Supper 1999: 10). Das „Me“ ist hingegen „reflektiertes Ich“. Hierbei geht es um die Spiegelung des Individuums in dem Bild, das andere von ihm haben (vgl. Mead 1973: 218; Abels 2010: 269 f.). Das heißt, dass das „Me“ das individuelle Bewusstsein über die bei anderen bestehende Einschätzung der eigenen Person repräsentiert. In diesem Sinne beschreibt Heinz Abels das „Me“ als *soziale* Identität (vgl. Abels 2010: 270). Die Haltung der anderen konstituiert das „Me“, darauf reagiert ein Individuum wiederum als „I“ (vgl. Mead 1973: 218). Die Identitätsbildung eines Individuums im symbolischen Interaktionismus erfolgt hiermit in einer Wechselwirkung mit dem sozialen Umfeld und gilt nie als in sich abgeschlossen. Vielmehr muss Identität ständig neu ausgehandelt und bestätigt werden (vgl. Supper 1999: 13).

In Bezug auf Migration lässt sich aus dem Identitätskonzept von G. H. Mead schließen, dass MigrantInnen die sozialen Bezugsgruppen, welche für ihre Identität wesentlich waren und sind, verlassen und einem neuen und unbekanntem sozialen Umfeld ausgesetzt sind (vgl. Han 2010: 213). In dieser Situation kommt es zwangsläufig und interaktiv zu einer Auseinandersetzung über Identitäten. Konkret stehen MigrantInnen vor der Herausforderung, sich in Interaktion mit einem neuen sozialen Umfeld mit ihrer bisherigen Identität auseinanderzusetzen und eine neue herauszubilden.

### **2.3.2 Ethnische bzw. kulturelle Identität**

Für Nimmi Hutnik ist „ethnic identity is necessarily an elusive and complex concept“ (Hutnik 1991: 20). Es fehlt also eine breit akzeptierte Definition des Begriffes der ethnischen bzw. kulturellen Identität (vgl. Choi, E. H. 2015: 72). Vielmehr scheint man zu versuchen, den Begriff

mit Bezug auf den Terminus „Ethnizität“ oder in Anlehnung an die Theorie der sozialen Identität darzulegen. Zunächst muss, um Verwirrung zu vermeiden, vorausgeschickt werden, dass die Termini der kulturellen und ethnischen Identität je nach wissenschaftlicher Tradition anders verwendet werden. So taucht der Begriff der kulturellen Identität häufiger im deutschsprachigen Raum und der der ethnischen Identität eher im englischsprachigen Kontext auf (vgl. Markarova 2008: 49; Schmid 2010: 47). In dieser Arbeit werden die beiden Begriffe synonym verwendet.

Unter Ethnizität versteht man eine Gruppenzugehörigkeit, die bereits bei der Geburt mitgegeben wird. Diese Zugehörigkeit basiert auf dem Glauben an eine gemeinsame Abstammung aufgrund von Hautfarbe, Sprache, Religion, Geschichte, Kultur, Herkunftsort oder Stamm (vgl. Maehler 2012: 45; Huxel 2014: 73; Choi, E. H. 2015: 72 f.). Demgegenüber steht beim Begriff der ethnischen *Identität* das individuelle Selbstkonzept im Mittelpunkt. Es geht um eine „Selbstdefinition“, welche sich auf die Mitgliedschaft in einer ethnischen Gruppe bezieht (vgl. Maehler 2012: 45; Choi, E. H. 2015: 72 f.).

In der Regel rückt die ethnische bzw. kulturelle Identität in den Vordergrund, wenn ein Mensch mit anderen Menschen unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds in Berührung kommt (vgl. Uslucan 2005: 231; Maehler 2012: 53). Hier wird dann die Begegnung zwischen MigrantInnen und Einheimischen nicht als Intragruppen-, sondern als Intergruppen-Situation betrachtet, wodurch die unterschiedlichen Werte und Verhaltensweisen beider Seiten unmittelbar ins Blickfeld geraten (vgl. Schmid 2010: 18). Rolf Oerter konstatiert, dass sich die kulturelle Identität von MigrantInnen erstens durch das Hineinwachsen in die primäre kulturelle Umwelt, in die sie hinein geboren sind, und zweitens durch Kontakte mit einer zweiten und dritten Kultur wie zum Beispiel im Prozess der Migration entwickelt (vgl. Oerter 2013: 68).

In der Akkulturations- und Migrationsforschung wird die ethnische bzw. kulturelle Identität oft als Teil der sozialen Identität angesehen (vgl. Uslucan 2005: 231; Schmid 2010: 47; Maehler 2012: 46). Laut der Theorie der sozialen Identität von Henri Tajfel und John C. Turner, auf welche in der Akkulturationsforschung immer wieder verwiesen wird, strebt das Individuum nach Herstellung und Aufrechterhaltung einer positiven Selbsteinschätzung. Dies wird zum Teil durch das Bekenntnis zu einer Gruppe und deren positive Bewertung erreicht (vgl. Markarova 2008: 51; Zick 2010: 169). Folgt man dieser Theorie, so ist die ethnische Identität eine spezifische Form der Gruppenzugehörigkeit (vgl. Schmid 2010: 50), was wiederum der Förderung des Selbstwertgefühls dient (vgl. Zick 2010: 442).

Die Identifikation von MigrantInnen mit der Aufnahmegesellschaft bzw. Mehrheitsgesellschaft wird unter dem Begriff „nationale Identität“ diskutiert (vgl. Maehler 2012: 54). Obwohl nationale Identität auch Teil der sozialen Identität eines Individuums ist, wurde sie bislang in der Migrationsforschung wenig beachtet (vgl. Maehler 2012: 54; Choi, E. H. 2015: 78). Ein wichtiges Thema im Schrifttum zur nationalen Identität sind Einflussfaktoren in Bezug auf die Identifikation mit der Aufnahmegesellschaft. So hat beispielsweise eine australische Studie von Drew Nesdale mit 281 MigrantInnen aus Hong Kong, Neuseeland und Vietnam interessante Erkenntnisse geliefert (vgl. Nesdale 2002: 1493): Sie zeigt, dass eine wahrgenommene Akzeptanz seitens der Aufnahmegesellschaft, ferner positive bzw. erfolgreiche Erfahrungen im Alltag sowie beruflicher Erfolg positiv mit der Ausbildung einer nationalen Identität korrelieren (vgl. ebd.: 1502 f.).

### **2.3.3 Beziehungen zwischen Identifikationen mit der Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft**

In Bezug auf die Beziehung zwischen der ethnischen und nationalen Identität von MigrantInnen kristallisieren sich zwei Ansätze innerhalb der verschiedenen Ansätze heraus, die sich mit Identifikationsprozessen befassen: ein unidimensionaler Ansatz und ein bi- bzw. mehrdimensionaler Ansatz (vgl. Zick 2010: 418; Maehler 2012: 61). Ersterem liegt die Annahme zu Grunde, dass MigrantInnen sich maßgeblich mit einer Kultur identifizieren. Dies mündet in eine Identifikation mit der *einen* Kultur und die Schwächung der Identität, welche mit der anderen verbunden ist (vgl. Zick 2010: 420; Schmid 2010: 48). MigrantInnen distanzieren sich von der Herkunftskultur, wenn sie sich immer mehr mit der Aufnahmekultur identifizieren. Dies heißt wiederum, dass Eingewanderte, welche stark ethnisch denken, gegenüber der Aufnahmekultur mit höchster Wahrscheinlichkeit distanziert bleiben (vgl. Zick 2010: 427).

Im unidimensionalen Ansatz gilt Identifikation mit mehreren Kulturen als psychologisch unmöglich oder zumindest problematisch. Die Identifikation mit zwei Kulturen wird als Zwischenstadium bzw. Phase des Übergangs von der Herkunftskultur zur Aufnahmekultur betrachtet (vgl. Schmid 2010: 48; Zick 2010: 159). Im Vergleich dazu geht der bi- bzw. mehrdimensionale Ansatz davon aus, dass MigrantInnen sich durchaus mit zwei oder mehreren Kulturen identifizieren können, ohne dass dies mit individuellen Problemen einhergeht. So unterstellt Dina Birman, dass Akkulturation ein Prozess der Balancierung von Identifikationen im Ver-

hältnis von Aufnahmekultur und Herkunftskultur ist. In Anlehnung an das Akkulturationsmodell von John Berry<sup>21</sup> hat sie ein „Zwei-Faktoren-Modell des Bikulturalismus“ vorgelegt, welches im Folgenden genauer dargestellt wird (vgl. Zick 2010: 163).

Tabelle 1: Zwei-Faktoren-Modell des Bikulturalismus nach Birman

|   |      |  |             |
|---|------|--|-------------|
|   |      | Acculturation to the culture of origin |             |
|   |      | High                                   | Low         |
| Acculturation to the dominant/ host culture | High | Bicultural                             | Assimilated |
|   | Low  | Traditional                            | Marginal    |

Quelle: Birman 1994: 9.

Diesem Modell zu Folge kommt es dann zu Assimilation, wenn sich die Identität mit der Aufnahmekultur als stark und die mit der Herkunftskultur als schwach ausgeprägt erweist. Dahingegen ist Traditionalismus dadurch gekennzeichnet, dass die Identität stark mit der Herkunftskultur und schwach mit der Aufnahmekultur verflochten ist. Wenn keine mit den beiden Kulturen verknüpfte Identität vorliegt, wird von Marginalisierung gesprochen. Bikulturalismus wiederum bedeutet in diesem Zusammenhang, dass eine Identität stark von beiden Kulturen geprägt ist (vgl. ebd.: 163 f.). Bezüglich der Marginalisierung vertritt Nimmi Hutnik allerdings die These, dass eine ausbleibende Identifikation mit beiden Kulturen nicht zwangsläufig zur Marginalisierung führt. Sie argumentiert, dass sich MigrantInnen nur auf alternative soziale Kategorien wie etwa die des Geschlechtes beziehen und dadurch ein Zugehörigkeitsgefühl entwickeln (vgl. ebd.: 432 f.).

Dina Birman greift die unterschiedlichen Adaptationen auf der Identitäts- und Verhaltensebene auf und differenziert Bikulturalismus diesbezüglich in drei Typen: vermischter, instrumenteller und integrierter Bikulturalismus. Im *vermischten Bikulturalismus* sind MigrantInnen stark mit

---

<sup>21</sup> Siehe nach Kapitel 2.2.2 „Akkulturationsbezogene Orientierungen der MigrantInnen“.

der Herkunfts- und Aufnahmekultur identifiziert und ihr Verhalten ist an beide Kulturen angepasst. Dieser Typus des Bikulturalismus ist durch eine Fusion bzw. Synthese der Identitäten mit den beiden Kulturen gekennzeichnet. Im *instrumentellen* Bikulturalismus sind MigrantInnen zwar gut in beide Kulturen involviert, jedoch gilt das nur auf der Verhaltensebene. Das heißt, dass MigrantInnen dieses Typs keine bzw. eine geringere Identifikation mit einer der beiden bzw. mit beiden Kulturen aufweisen. *Integrierter* Bikulturalismus impliziert eine gute Adaptation des Verhaltens im Hinblick auf *beide* Kulturen. In diesem Typus des Bikulturalismus ist die Identifikation mit der Herkunftskultur stark ausgeprägt, wobei dies auch mit ethnischem Stolz und positivem Zugehörigkeitsgefühl einhergehen könnte. Gleichzeitig aber wird die Aufnahmekultur akzeptiert, um zu überleben (vgl. Birman 1994: 10; Zick 2010: 163 f.).

Arends-Tóth und van de Vijver halten es für möglich, dass sich MigrantInnen entweder mit den Vorzügen beider Kulturen identifizieren, oder durch Fusion der Identitäten eine neue bzw. andere Identität entsteht (vgl. Arends-Tóth/van de Vijver 2004: 21). Dabei ist die Fusion der Identitäten mehr als ein Addieren der Identifikation mit beiden Kulturen. Es handelt sich eher um eine „Bindestrichidentität“ oder „Kreolisierung“, wobei häufig auf das Beispiel der AfroamerikanerInnen verwiesen wird (vgl. Schmid 2010: 53). Überdies postulieren Arends-Tóth und van de Vijver, dass die Identifikation von MigrantInnen mit der jeweiligen Herkunfts- und Aufnahmekultur *je nach Lebensbereich* spezifisch sein könnte. Sie legen dar, dass sich MigrantInnen zwar in öffentlichen Bereichen wie etwa dem Wirtschafts- und Arbeitsleben oder in Bezug auf Bildung und Sprache funktional und zweckmäßig mehr mit den Einheimischen identifizieren, sie jedoch im privaten Bereich auf sozial-emotionaler und wertorientierter Ebene ihre Herkunftsidentität bewahren, zum Beispiel im Familienleben, bei Heirat oder in der Kindererziehung. In diesen Bereichen bleibt man dann auf Distanz zur Aufnahmekultur (vgl. Arends-Tóth/van de Vijver 2004: 21 f.; Zick 2010: 435 f.).

Elena Makarova (2008) differenziert – in Anlehnung an Kunz-Makarova sowie im Rekurs auf Befunde interviewbasierter Untersuchungen – drei Arten der Zugehörigkeit von MigrantInnen: die doppelte bzw. mehrfache, die wechselnde und die partielle kulturelle Zugehörigkeit. Die *doppelte bzw. mehrfache* Zugehörigkeit charakterisiert die gleichmäßige Verbundenheit mit zwei bzw. mehreren Kulturen, wie zum Beispiel das Gefühl, „halb Polin, halb Französin“ zu sein. Demgegenüber ist die *wechselnde* Zugehörigkeit situations- und kontextspezifisch: MigrantInnen, die diesem Typus entsprechen, weisen kein eindeutiges Zugehörigkeitsgefühl auf, sondern sie ändern ihre Zugehörigkeit wie ein Chamäleon je nach kulturellem und sozialem

Umfeld, nach dem Motto: „Für Türken bin ich Türkin, für Serben bin ich Serbin“. Bei einer *partiellen* Zugehörigkeit schließlich fühlen sich MigrantInnen nicht vollständig, sondern nur teilweise zu beiden Kulturen gehörend, was sich zum Beispiel in dem Ausspruch manifestiert, dass „ich sehr viel Polnisches an mir habe“ (vgl. Makarova 2008: 57 & 59 f.).

Aus den dargestellten theoretischen Überlegungen zu Identifikationsprozessen bei MigrantInnen kann, zumal wenn man auf den bi- bzw. mehrdimensionalen Ansatz Bezug nimmt, resümiert werden: Gruppen von MigrantInnen können in gleichem, aber auch in unterschiedlichem Maß mit einer Herkunfts- und der Aufnahmekultur verbunden sein. Es existiert daneben aber auch die Vorstellung, dass sich MigrantInnen *bereichsspezifisch* mit beiden Kulturen identifizieren, etwa als eine pragmatische Anpassung an die Normen des öffentlichen Raums der Aufnahmegesellschaft zum einen und eine wertebasierte Orientierung an der Herkunftskultur im privaten Bereich zum anderen. Zudem könnte durch eine Verschmelzung der Identifikation mit beiden Kulturen auch eine neue Identität entstehen.

Einige Studien haben die Faktoren, welche die Identifikation der MigrantInnen mit der Herkunfts- und Aufnahmekultur beeinflussen, auch empirisch beleuchtet. So ist Ute Schönplflug (2005) in einer Befragung von jeweils 200 weiblichen und männlichen türkischen Jugendlichen in Deutschland der Frage nachgegangen, ob zwischen der Identität im Akkulturationsprozess und den jeweils verfügbaren persönlichen Ressourcen ein Zusammenhang besteht. In ihrer Untersuchung konnte sie feststellen, dass diejenigen türkischen Jugendlichen, welche sich stark ethnisch definieren, ein niedrigeres Selbstwertgefühl und weniger Soziabilität aufwiesen. Um mit einer Problemlage umzugehen, tendierten sie eher zu einem selbstorientierten Bewältigungsstil wie etwa Verleugnung, Aufgeben, Ablenken, Hinnehmen oder Drogenkonsum, als zu einem problemorientierten Bewältigungsstil, welcher durch aktives Problemlösen, strategisches Planen, sozio-emotionale Krisenbewältigung, geduldigem Abwarten oder die positive Umbewertung von Problemsituationen gekennzeichnet ist (vgl. Schönplflug 2005: 212 & 219 f.). Es zeigte sich, dass persönliche Ressourcen für die Abgrenzung zwischen dem Selbst und der ethnischen Gruppe von großer Bedeutung sind und die Personen, welche solche Ressourcen kaum zur Verfügung haben, einen Hang zur starken Identifikation mit der eigenen ethnischen Gruppe entwickeln (vgl. ebd.: 208). Außerdem konnte Schönplflug plausibilisieren, dass je länger sich Jugendliche in ihrem Heimatland aufgehalten haben, sie sich stärker mit der Herkunftskultur identifizieren (vgl. ebd.: 222).

Ulrich Kühnen und Susanne Haberstroh argumentieren in ganz ähnlicher Weise, dass das Erleben und die Bewältigung von Problemen bzw. Stress kulturspezifisch geprägt sind. So legen Menschen im asiatischen Kulturraum Wert auf die fundamentale Verbundenheit mit anderen und den Erhalt der Harmonie in den sozialen Beziehungen. Es gibt dann unscharfe Grenzen zwischen einer Person und ihrer Bezugsgruppe. So bewegen sich Mitglieder aus diesem Raum vor allem im kulturellen Kontext ihrer eigenen ethnischen Gruppe, während sie sich nach außen generell eher abgrenzen (vgl. Kühnen/Haberstroh 2013: 100). Tatsächlich zeigen empirische Studien, dass AsiatInnen etwa aus Korea, Japan oder Hongkong-China im Vergleich mit US-AmerikanerInnen ein stärkeres Bedürfnis nach Zugehörigkeit zur eigenen Population haben. Sie halten überdies „Beziehungskonflikte“ für eine Bedrohung der sozialen Harmonie und streben danach, sich selbst pragmatisch anzupassen, um Beziehungen in der Balance zu halten (vgl. ebd.: 105 & 107). Westliche Kulturangehörige dagegen interessieren sich, wenn es um Einstellungen, Fähigkeiten, Motive oder Ziele geht, eher für persönliche Eigenschaften oder den Charakter eines Individuums. In diesem Kulturkreis bestehen, folgt man dieser Kulturtheorie, deutliche Grenzen zwischen dem Selbst und den anderen. Andererseits wird zwischen Personen aus der eigenen und denen anderer Gruppen kaum differenziert (vgl. ebd.: 99). Soziale Beziehungen betreffende Stressoren gelten in diesem Kulturkreis als Herausforderung, und die Menschen versuchen, Einfluss auf ihre Umwelt auszuüben, um die Stressoren zu bewältigen (vgl. ebd.: 105 & 107). Dieses Konzept deutet implizit an, dass sich Angehörige asiatischer Kulturen stärker mit ihrer eigenen Gruppe verbunden fühlen und sich zuvorderst mit *dieser* identifizieren. Dementsprechend fällt es ihnen vergleichsweise schwer, die Bezugsgruppe zu wechseln. Das, was Menschen aus westlichen Kulturräumen charakterisiert, nämlich das Selbstverständnis des unabhängigen Individuums mit je persönlichem Gruppenbezug, scheint hingegen weniger fest. Dies wiederum könnte bedeuten, dass sich Personen in diesem Kulturkreis vergleichsweise leicht(er) mit unterschiedlichen Gruppen identifizieren können (vgl. Zick 2010: 441).

In Bezug auf den Zusammenhang zwischen *Generation* und Identität liegen empirische Befunde vor, die zeigen, dass die erste Generation von MigrantInnen stärker von der Identifikation mit der Herkunftskultur geprägt ist, während die zweite Generation häufiger eine bikulturelle Identifikation aufweist (vgl. Schmid 2010: 55). Es gibt aber auch eine Reihe von Studien, die nahelegen, dass nicht die Generation, sondern vielmehr die Sprachkompetenz und mit Einheimischen aufgebaute Freundschaften bei der Identifikation mit der Aufnahmegesellschaft eine Rolle spielen (vgl. Zick 2010: 158).

Débora Maehler hat im Rückgriff auf zahlreiche empirische Studien das Verhältnis zwischen Diskriminierung und Identifikation bzw. Akkulturationsorientierung (in Bezug auf die Herkunfts- und Aufnahmekultur) untersucht. Ihren Ergebnissen zu Folge erlebt man mehr Diskriminierung, wenn man sich äußerlich durch eine andere Hautfarbe, Sprachprobleme oder Verhaltensweise markant unterscheidet. Es gibt zudem Hinweise darauf, dass MigrantInnen mit einem höheren Selbstwertgefühl Diskriminierungen seltener zur Kenntnis nehmen. Maehler stellt aber auch fest, dass die zahlreichen Studien zum Verhältnis zwischen Diskriminierungserfahrung und Identifikation bzw. Akkulturationsorientierung keine einheitlichen Befunde liefern. Einige Untersuchungen ermitteln, dass eine wahrgenommene Diskriminierung sich auf die Anpassung an die Aufnahmegesellschaft auswirkt. So zeigen MigrantInnen, welche eine starke Diskriminierung erfahren, ein niedrigeres Integrationsniveau und eine separierte Akkulturationshaltung. Darüber hinaus kann eine wahrgenommene Diskriminierung mit der Aufwertung der eigenen ethnischen Identität einhergehen. Andere Autoren sehen keinen direkten Zusammenhang zwischen wahrgenommener Diskriminierung und der Art und Weise, wie Identifikations- bzw. Akkulturationsprozesse verlaufen. Wenigstens implizit wird erkennbar, dass die subjektive Wahrnehmung von Diskriminierung mit anderen Faktoren zusammenhängen kann (vgl. Maehler 2012: 109-111).

### ***Zwischenfazit***

Der im vorangegangenen Kapitel dargestellte geschlossene Kulturbegriff (siehe Kapitel 1.1.2.1) impliziert, dass in jeder Kultur relativ feste Orientierungsmuster bestehen, auch in Hinsicht auf Pflege bzw. Pflegebedürftigkeit sowie Einstellungen, die das diesbezügliche Familienbild sowie Beziehungs- und Rollenverständnis betreffen. Des Weiteren spricht viel dafür, dass der Umgang mit Gesundheit, Krankheit, Tod und Sterben immer *auch* kulturspezifisch ist. Gleichzeitig ergeben sich aus den resümierten theoretischen Ansätzen sowie empirischen Beobachtungen zu akkulturationsbezogenen Orientierungen und Identifikationsprozessen bei MigrantInnen Anhaltspunkte dahingehend, dass Kontakte und Interaktionen zwischen Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen Veränderungen von Orientierungen auf der personalen Ebene, gegebenenfalls je spezifisch in verschiedenen Lebensbereichen, mit sich bringen. Insofern scheint der offene Kulturbegriff stimmiger, wenn es um das Verhältnis von Migration und Kultur geht (siehe Kapitel 1.1.2.2). Die rezipierten theoretischen Modelle verweisen auf

verschiedene Varianten der Akkulturationsorientierung bei ethnischen Gruppen bzw. in der aufnehmenden Bevölkerung. Für MigrantInnen spielen, folgt man einschlägigen Forschungsbefunden, einerseits ihre individuellen und kulturspezifischen Hintergründe und andererseits die wahrgenommenen Verhaltensweisen sowie Orientierungen der Aufnahmegesellschaft eine große Rolle. Des Weiteren legt die Forschung nahe, dass Akkulturationsorientierungen der MigrantInnen nicht immer ihrer Identität entsprechen. Generell sensibilisiert das Konzept der Identität für bestehende *Möglichkeitsräume* für den Prozess der Identifikation mit verschiedenen Kulturbeständen. Neben der fehlenden oder der einseitigen Identifikation entweder mit der Herkunftskultur oder der Aufnahmegesellschaft können – betrachtet man bikulturalistische Identifikationsprozesse – mehrere Varianten unterschieden werden: Die doppelte bzw. mehrfache, die wechselnde, die partielle, die bereichsspezifische Identifikation – oder es bildet sich eine neue Identität durch eine Fusion der Identifikation mit *beiden* Kulturen.

Die Akkulturationsorientierungen und Identifikationen mit der Herkunfts- und Aufnahmekultur, wie sie bei MigrantInnen auftreten (können), hängen offenbar von unterschiedlichen Faktoren ab. Dazu gehören zunächst individuelle und kulturspezifische Merkmale, zum Beispiel Alter bzw. Generation, Sprachkompetenz, persönliche Ressourcen, eingespielte Umgangsformen oder die Aufenthaltsdauer im Heimatland vor der Emigration. Der Faktor „Beziehung zur eigenen *Community*“ weist dabei einen ambivalenten Charakter auf, wenn es um die Adaptation der MigrantInnen an die Aufnahmegesellschaft geht: Er kann eben Adaptation fördern oder auch hemmen. Außerdem sind Wechselbeziehungen mit dem sozialen Umfeld bezüglich der „Aktualisierung der Identität“ der MigrantInnen von Bedeutung. Und: Eine in einer konkreten sozialen Situation wahrgenommene Diskriminierungserfahrung kann in Prozessen der Akkulturation und Identifikation zu einem kritischen Faktor werden.

All dies legt die Vermutung nahe, dass südkoreanische ArbeitsmigrantInnen zwar ein Bild von der Pflege und Pflegebedürftigkeit haben, welches sie mit ihrem Heimatland assoziieren. Jedoch können sie in entscheidenden Momenten ihres Lebens in Deutschland ein je spezifisches Verhältnis sowohl zur eigenen *Community* als auch zur Aufnahmegesellschaft entwickeln. Bei der Konfrontation mit einer konkreten Situation wie der einer Pflegebedürftigkeit ist denkbar, dass sie sich – zumal wenn sie die erste Einwanderungs-Generation repräsentieren – als Mitglieder einer asiatischen Bezugskultur fühlen und sich mehr an der eigenen ethnischen Gruppe orientieren. Gleichzeitig vermögen sie je nach individuellen Ressourcen, wahrgenommenen

und genutzten Spielräumen zur eigenständigen Akkulturation bzw. Identitätsbildung in Auseinandersetzung mit *beiden* Kulturen unterschiedliche Strategien zu verfolgen. Beispielsweise könnten südkoreanische ArbeitsmigrantInnen, welche gute Sprachkenntnisse besitzen oder positive Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen gemacht haben, bereit sein, formelle (beruflich organisierte) Pflege anzunehmen. Währenddessen könnten SüdkoreanerInnen, welche geringe soziale Kontakte mit Einheimischen hatten, gegenüber einem solchen Arrangement auf Distanz bleiben. Wie bereits in Kapitel 1 dargestellt, hat jede Kultur einen eigenen Umgang mit Gesundheit und Krankheit, und dies dürfte auch eine wesentliche Rolle spielen, wenn es um Pflege und den Umgang mit Pflegebedürftigkeit geht. Im nächsten Kapitel wird deshalb diskutiert, wie sich Migration auf Gesundheit und Krankheit auswirkt – wobei von der Vermutung ausgegangen wird, dass nicht zuletzt die gesundheitliche Situation von MigrantInnen einen Einfluss auf die Ausbildung der jeweiligen Pflegehorizonte hat.

### 3 Gesundheit im Migrationskontext

Während eine gelungene Identifikation im Akkulturationsprozess der besseren Anpassung an die Aufnahmegesellschaft und dem Selbstwertgefühl dienen kann, können MigrantInnen infolge einer nicht gelungenen Identifikation in eine Situation der Zerrissenheit zwischen zwei Kulturen, Belastung und Überforderung geraten, was als „Zwischen-Zwei-Stühlen-Stehen“ bezeichnet wird (vgl. Uslucan 2005: 231). Die einschlägige Literatur weist immer wieder darauf hin, dass Migration häufig mit Stress, Belastung, Unsicherheit, Orientierungslosigkeit, der Möglichkeit psychischer Störungen oder anderen Gefahren für die Gesundheit assoziiert ist. So besteht ein Zusammenhang zwischen Migration und psychischer bzw. körperlicher Gesundheit. Ein Forschungsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge legt nahe, „dass höhere Gesundheitsrisiken auch mit erhöhten Pflegerisiken einhergehen“ (BAMF 2012c: 32). Letztere könnten auch mit einer intensiveren Beschäftigung mit der eigenen zukünftigen Pflege einhergehen. Diese Beschäftigung steht vermutlich wiederum im Zusammenhang mit der persönlichen Gesundheit und dem individuellen Verhalten im Umgang mit und zur Erhaltung derselben. Diese Erwägungen legen den Schluss nahe, dass der Umgang mit der eigenen Gesundheit im Kontext der Migration auch einen Einfluss auf die Ausbildung der jeweiligen Pflegehorizonte hat.

In dieser Hinsicht beschäftigt sich dieses Kapitel mit der Gesundheit im Migrationskontext. Konkret geht es darum, einen Überblick über die psychische (3.1) und körperliche Gesundheit (3.2) der ArbeitsmigrantInnen zu erhalten und Faktoren herauszukristallisieren, die diesbezüglich einflussreich sind. Ferner wird versucht, das Nutzungsverhalten der ArbeitsmigrantInnen in Bezug auf das Gesundheitswesen sowie ihr subjektives und informelles Gesundheitshandeln herauszustellen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass sich Erfahrungen und Nutzungsverhalten der ArbeitsmigrantInnen bezüglich des Gesundheitswesens in der Aufnahmegesellschaft auch auf Überlegungen hinsichtlich der formellen Pflege (vor allem der Versorgung in einem Pflegeheim) auswirken könnten. Außerdem ist, wie Abschnitt 1.2 gezeigt hat, das subjektive und informelle Gesundheitshandeln der ArbeitsmigrantInnen auch geprägt durch ihr eigenes kulturspezifisches Muster, welches wiederum durch die Aufnahmegesellschaft beeinflusst sein könnte. Im Folgenden geht es zunächst um psychische Belastungen im Kontext der Migration.

### 3.1 Migration und psychische Belastungen

Veränderungen im Kontext grenzüberschreitender Migration gehen meist mit einem biographischen Bruch in allen wichtigen Lebensbereichen einher. In diesem Sinne wird internationale Migration der Akkulturations- und Migrationstheorie zufolge zum Teil als „kritisches Lebensereignis“ betrachtet (vgl. Schmid 2010: 42; Spallek/Zeeb 2010: 62; Baykara-Krumme 2012: 260 f.). Sigrun-Heide Filipp versteht unter kritischen Lebensereignissen jene Ereignisse im Leben, die „durch Veränderungen der (sozialen) Lebenssituationen der Person gekennzeichnet sind und die mit entsprechenden Anpassungsleistungen durch die Person beantwortet werden müssen“ (Filipp 1990: 23). Durch diese Ereignisse werden die gewöhnlichen Handlungsabläufe der Person unterbrochen und sie muss ihr Verhaltensmuster ändern, was in der Regel mit Stress verbunden ist (vgl. ebd.: 23 f.). Für Manfred Fischer und Ulrike Fischer gehört zum Beispiel ein Wohnortwechsel zu den kritischen Lebensereignissen. Die Autoren gehen davon aus, dass der Wohnortwechsel einerseits mit Chancen, etwa einem Zuwachs an Autonomie, Selbstvertrauen oder einem erweiterten Horizont einhergehen könnte (vgl. Fischer/Fischer 1990: 151). Andererseits stellt er eine überaus schwierige Aufgabe dar: Die Person muss sich vom bisherigen Wohnumfeld lösen und gleichzeitig einer neuen Umgebung anpassen (vgl. ebd.: 142). Für Petrus Han kann ein Wohnortwechsel im Rahmen der internationalen Migration derart radikal sein, dass er ihn sogar als „Entwurzelung“ (Han 2010: 205) aus der Herkunftsgesellschaft bezeichnet. Hiermit meint er, dass MigrantInnen durch den grenzüberschreitenden Wohnortwechsel ihr gesamtes bisheriges Bezugssystem und die durch diese Orientierung gestützten Sinnbezüge aufgeben. Gleichzeitig werden sie mit dem neuen, fremden System der Aufnahmegesellschaft konfrontiert, in dem mitgebrachte Rollenmuster in Frage gestellt werden (vgl. ebd.: 205 f.). Dies führt wiederum zur Notwendigkeit, sich an kulturellen und sozialen Wertvorstellungen und Verhaltensnormen der Aufnahmegesellschaft zu orientieren und soziale Rollen neu zu definieren. Vor diesem Hintergrund sind MigrantInnen einer doppelten existentiellen Orientierungsunsicherheit ausgesetzt, welche einerseits aus der Entwurzelung und andererseits aus der Desozialisierung resultiert (vgl. ebd.: 216 f.).

Das Verlassen der Herkunftsgesellschaft und den Eintritt in die Aufnahmegesellschaft fassen Wielant Machleidt und Andreas Heinz aus entwicklungspsychologischer Sicht als „kulturelle Adoleszenz“ sowie „Geburt als Weltbürger“ auf. Sie setzen das Verlassen der Ursprungs- bzw. Herkunftskultur mit dem Verlassen des familiären Raums in der Adoleszenz oder des Uterus bei der Geburt gleich, welche durch eine Grenzüberschreitung von einem „Dringen“ zum

„Draußen“ gekennzeichnet sind (vgl. Machleidt/Heinz 2008: 629 f.). Der Übergang vom Drinnen der Herkunftskultur zum Draußen der Aufnahmekultur ist von ambivalenten Gefühlen wie Neugier, Angst, Schmerz, Trauer und Freude begleitet. In der Vorbereitungszeit im Heimatland sind MigrantInnen neugierig auf das Neue, Unbekannte. Gleichzeitig haben sie Angst davor und leiden unter Trennungsschmerz (vgl. ebd.: 631 f.). Bei der Ankunft in der Aufnahmegesellschaft kommen Triumph- und Erfolgsgefühle über das gelungene Eintreffen und Faszination bei der Begegnung mit der neuen Kultur zum Vorschein. Nach dieser anfänglichen freudigen Phase erfolgt dann die sogenannte „Phase der kritischen Integration“ (ebd.: 631), die mit einer erhöhten Vulnerabilität und nicht selten mit einem Auftreten psychischer Störungen einhergeht. MigrantInnen sind einem Kampf um die Absicherung der Existenz in den Bereichen Arbeit und Wohnen sowie des Erhalts der Familie ausgesetzt. Zugleich stellen sie die alte Identität in Frage und suchen nach einer neuen. Insbesondere Erfahrungen wie Diskriminierung, sozialer Ausschluss oder Isolation und die Konfrontation mit dem Fremden begünstigen eine psychische Beeinträchtigung und können negative Gefühle wie Ängste und Aggressionen auslösen. Die Auseinandersetzung mit Stress kann zur Flucht in religiöse Bezüge oder ethnische Gruppen aus der Herkunftsgesellschaft führen. Daraus können Tendenzen einer Ghettoisierung entstehen, die die Isolation noch verstärkt. Wenn Stress nicht mehr als Herausforderung, sondern als Bedrohung wahrgenommen wird und Widerstandskräfte begrenzt sind, könnte die gesamte Konstellation zur Entstehung psychischer Störungen bei MigrantInnen beitragen (vgl. Machleidt/Heinz 2008: 631 f.; Scheib 2012: 168). Studien legen nahe, dass Depressionen, psychosomatische Beschwerden und posttraumatische Belastungsstörungen häufig im Zusammenhang mit Migration auftreten (vgl. Machleidt/Heinz 2008: 632; Spallek/Zeeb 2010: 63; Razum/Spallek 2012: 165).

Die dargestellten Befunde bezüglich der Migration machen deutlich, dass MigrantInnen im Vergleich mit Einheimischen in der Aufnahmegesellschaft spezifischen Belastungen ausgesetzt sind. Aus der Fachliteratur ist ersichtlich, dass MigrantInnen vor allem in den ersten Jahren nach der Ankunft verletzlich und anfällig für psychische Störungen sind. Aber auch darüber hinaus sind sie zum Beispiel durch ein bleibendes Fremdheitsgefühl oder Frustration der Gefahr psychischer Belastungen ausgesetzt. Dies kann auch bei denjenigen MigrantInnen vorkommen, welche relativ stark an die Aufnahmegesellschaft angepasst sind (vgl. Spallek/Zeeb 2010: 63). Insbesondere könnten rückkehrorientierte ArbeitsmigrantInnen im Alter in eine spezifische Sinn- und Lebenskrise geraten, wenn sie ihren Lebensentwurf, in das jeweilige Heimatland zurückzukehren, aufgeben und weiterhin in Deutschland bleiben müssen (vgl. Dietzel-

Papakyriakou 1993: 163). Diese Situation kann sich aus verschiedenen, miteinander verflochtenen Gründen ergeben: Abnahme der psychischen und körperlichen Kräfte, schwierige finanzielle Situation, familiäre Bindungen zu Kindern und Enkelkindern in Deutschland, Entfremdung vom Heimatland sowie bessere gesundheitliche Versorgung in Deutschland im Vergleich zum Heimatland, um nur einige zu nennen (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993: 10; Grieger/Küçük 2010: 303; Razum/Spallek 2012: 164 f.; Schimany/Rühl/Kohls 2012: 296-299). Interessant ist, dass ein Teil der ArbeitsmigrantInnen, welche die Entscheidung zwischen Rückkehr und Verbleib auf spätere Zeiten aufgeschoben haben, im jungen Alter zwischen ihrer Heimat und Deutschland pendeln, bis sie dies schließlich nicht mehr bewerkstelligen können. In dieser Hinsicht wird die Pendelmigration von ArbeitsmigrantInnen als Ausdruck der Unentschlossenheit bezüglich der weiteren Lebensplanung betrachtet (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993: 10; Schimany/Rühl/Kohls 2012: 306; Laubenthal/Pries 2012: 394). Der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand kann für MigrantInnen besonders krisenhaft sein. Zwar sind auch Einheimische mit dem Verlust materieller und sozialer Sicherheit und dem Erfordernis einer Neuorientierung für die neue Lebensphase konfrontiert. Jedoch kommt bei ArbeitsmigrantInnen erschwerend hinzu, dass die Arbeit für die meisten von ihnen die zentrale Begründung war, überhaupt nach Deutschland zu kommen und dort auch weiterhin zu bleiben (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993: 163; Grieger/Küçük 2010: 306). Dass sich MigrantInnen im Alter in die eigene ethnische Community zurückziehen, birgt weitere Gefahren (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993: 36; Grieger/Küçük 2010: 306; Baykara-Krumme 2012: 262). So verringern sich die Interaktionsmöglichkeiten mit den Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, was auch ein Schwinden der Sprachkenntnisse mit sich bringen kann. Gleichzeitig haben MigrantInnen in der ethnischen Community jedoch die Möglichkeit, in ihrer Herkunftssprache zu kommunizieren und soziale Unterstützung durch vorhandene Netzwerke, Vereine und ethnische Institutionen zu erhalten, was einer sozialen Isolierung entgegenwirken kann (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993: 36; Baykara-Krumme 2012: 262).

### **3.2 Gesundheit von MigrantInnen**

Wenn man sich mit der Gesundheit von älteren MigrantInnen beschäftigt, kommt man zum Ergebnis, dass sie verschiedenen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und ihr Gesundheitszustand oft schlechter ist als jener der Einheimischen (vgl. Razum/Spallek 2012: 161). Insbesondere sind sie häufiger und früher von chronischen und geriatrischen Krankheiten betroffen (vgl.

Grieger/Küçük 2010: 302). Oft werden die Gründe der schlechten Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe auf ihre psychosoziale Lage in der Aufnahmegesellschaft wie etwa belastende Arbeits- und Lebensbedingungen zurückgeführt. Einige Studien zeigen jedoch, dass Migration nicht immer eine negative Wirkung auf die Gesundheit hat und MigrantInnen daher nicht pauschal ein schlechter Gesundheitszustand bescheinigt werden sollte. Es ist aber unbestreitbar, dass die Gesundheit von MigrantInnen vielfältigen miteinander verwobenen Faktoren unterliegt, die zum Teil migrations- und kulturspezifisch sind, während auch die jeweilige soziale Schicht in der Aufnahmegesellschaft eine Rolle spielt. Einige Erklärungs- und Analysemodelle zu Migration und Gesundheit berücksichtigen, dass nicht nur Faktoren und Bedingungen während und nach, sondern auch vor der Migration für die Gesundheit von Bedeutung sind (vgl. Spallek/Razum 2008: 283; Spallek/Zeeb 2010: 59; Sahyazici 2011: 15; Kohls 2012: 28-31; Razum/Spallek 2012: 174). In diesem Zusammenhang haben Oliver Razum und Jacob Spallek das „Lifecourse Modell“ vorgeschlagen, welches gesundheitspezifische Faktoren und Bedingungen von MigrantInnen mit dem Lebensverlauf vor, während und nach der Migration verknüpft (vgl. Razum/Spallek 2012: 175). Martin Kohls benennt in seinem „Modell zur Beschreibung der Morbidität und Mortalität von Migranten“ verschiedene Einflussfaktoren: etwa Merkmale des Herkunfts- und des Aufnahmelandes, Auswahlprozesse, soziodemographische Aspekte sowie sonstige Faktoren wie zum Beispiel Anpassungsreaktionen (vgl. Kohls 2012: 28 f.). Im Folgenden werden die die Gesundheit von MigrantInnen beeinflussenden Faktoren differenziert unter herkunfts-, migrations-, schicht- und kulturspezifischen Gesichtspunkten dargestellt. Hierbei scheint es, dass die Faktoren miteinander zusammenhängen und sich daher nicht immer eindeutig diesen vier Kategorien zuordnen lassen.

### **3.2.1 Herkunftslandspezifische Faktoren**

Laut Razum und Spallek steht die Gesundheit älterer MigrantInnen mit schlechten Umweltbedingungen und schlechter Gesundheitsversorgung im Heimatland sowie herkunftsspezifischen Erkrankungen im Zusammenhang (vgl. Razum/Spallek 2012: 173). Zum Beispiel liegt die Vermutung nahe, dass höhere Risiken für Magenkrebs bei MigrantInnen im Alter auf Infektionen mit dem Erreger *Helicobacter pylori* im Heimatland zurückzuführen sind, wobei das wiederum mit der dortigen Armut und schlechteren hygienischen Bedingungen in Zusammenhang steht (vgl. ebd.: 175). Vor dem Hintergrund länderspezifischer Erkrankungen wird bei Migration von einem weniger entwickelten in ein höher entwickeltes Land vom sogenannten „gesundheitli-

chen Übergang“ (ebd.: 167) gesprochen, womit der Wechsel von einer überwiegend auf Infektionskrankheiten beruhenden hohen Sterblichkeit zu einer niedrigeren Sterblichkeit gemeint ist. Die Sterblichkeit alt gewordener EinwanderInnen im höher entwickelten Aufnahmeland sei eher von chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten verursacht. Nach diesem Ansatz geht Migration mit einer schnellen Abnahme von Risikofaktoren für Infektionskrankheiten und Mütter- und Kindersterblichkeit durch bessere Gesundheitsversorgung, Hygiene und Umweltbedingungen wie zum Beispiel Trinkwasserversorgung in der Aufnahmegesellschaft einher. Hingegen nehmen Risiken für typische chronische, nichtübertragbare Krankheiten wie zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen zu, die auch als „Zivilisationskrankheiten“ bezeichnet werden. Zum Zeitpunkt der Migration weisen MigrantInnen bei diesen Krankheiten einen gesundheitlichen Vorteil im Vergleich zu Einheimischen der Aufnahmegesellschaft auf. Jedoch nimmt dieser im Lauf des Aufenthalts in der Aufnahmegesellschaft durch die Annahme der Lebensweise wie zum Beispiel andere Ernährung und weniger Bewegung ab, wobei die chronischen Krankheiten durch die lange Latenzzeit meistens erst im Alter ausbrechen (vgl. Spallek/Razum 2008: 278 f.; Seidl/Horn 2011: 53; Razum/Spallek 2012: 167 f.). Trotzdem scheinen MigrantInnen seltener an Herz-Kreislaufkrankungen zu sterben als Einheimische (vgl. Kohls 2011: 63).

### **3.2.2 Migrationsspezifische Faktoren**

Wie bereits oben darstellt, geht Migration häufig mit starken psychosozialen Belastungen einher, wodurch MigrantInnen im Vergleich mit Einheimischen höheren psychischen und physischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind (vgl. Sahyazici 2011: 15). Dies ist erstens durch die Trennung von der Familie und nahestehenden Menschen, der Sprache, Kultur oder dem Klima sowie der gesellschaftlichen und ökonomischen Stellung bedingt (vgl. Spallek/Zeeb 2010: 59; Razum/Spallek 2012: 173; Scheib 2012: 168; Kohls 2012: 22). Zudem kann, muss aber nicht zwangsläufig, die unmittelbare potenzielle Unterstützung durch nahestehende Menschen wegfallen (vgl. Sahyazici 2011: 15). Zweitens unterliegen MigrantInnen einem Anpassungsstress, der etwa mit dem Erwerb der Sprache, aber auch möglicher Diskriminierung zusammenhängt. Ein wichtiger Faktor für die Gesundheit ist, ob die Entscheidung für die Migration selbst, also aktiv, oder von anderen getroffen wurde. Valentina Veneto Scheib berichtet, dass für Frauen von Arbeitsmigranten aus Italien, welche psychisch belastet bzw. krank sind und zur Beratung kommen, die Migration nach Deutschland kein eigenständiges Projekt, sondern eigentlich das

Projekt ihrer Männer war. Unter diesen Umständen erlebten sie zwangsläufig Brüche in ihren Biographien und Trennungsschmerzen (vgl. Scheib 2012: 168).

Allerdings berichtet die Literatur bezüglich der ArbeitsmigrantInnen auch vom „Healthy-Migrant-Effekt“. Hierbei wird davon ausgegangen, dass Menschen, welche eine Grenzüberschreitung wagen, in der Regel jung, gesund, aktiv und mutig sind. Außerdem mussten sich ArbeitsmigrantInnen bei der Bewerbung für die Arbeit in Deutschland in der Vergangenheit strengen Gesundheitsuntersuchungen unterziehen, so dass nur diejenigen, die gesundheitlich fit waren, einreisen durften (vgl. Han 2010: 219; Grieger/Küçük 2010: 302; Sahyazici 2011: 14; Eggerth/Flynn 2013: 351). Demzufolge waren MigrantInnen zum Zeitpunkt der Migration überdurchschnittlich gesund im Vergleich zur Bevölkerung im Heimat- und Aufnahmeland (vgl. Kohls 2011: 78; Razum/Spallek 2012: 166). Razum und Spallek gehen davon aus, dass der „Healthy-Migrant-Effekt“ zwar immer noch eine Wirkung auf die Gesundheit von älteren MigrantInnen haben könnte. Jedoch kann das nicht als wesentlich für die Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe betrachtet werden, weil sich die Familienangehörigen der ArbeitsmigrantInnen zum großen Teil keiner Gesundheitsuntersuchung unterziehen mussten (vgl. Razum/Spallek 2012: 167).

### **3.2.3 Schichtspezifische Faktoren**

Auch wenn ArbeitsmigrantInnen vor und während der Migration gesund waren, sind sie in Deutschland unter Umständen ungünstigen Arbeits- und Lebensbedingungen ausgesetzt, die die Gesundheit schädigen können (vgl. Razum/Spallek 2012: 166). In der Vergangenheit wurden ArbeitsmigrantInnen in Deutschland oft für körperlich verschleißende Arbeiten angeworben, die von Einheimischen gemieden wurden (vgl. Wilkens 2008: 299). Zudem verfügten viele ArbeitsmigrantInnen über keine gute bzw. teilweise gar keine Ausbildung, wodurch sie im Durchschnitt eher schlecht bezahlten, körperlich und psychisch belastenden Tätigkeiten nachgehen mussten. Diese Bevölkerungsgruppe ist nach wie vor in höherem Ausmaß von Arbeitslosigkeit und vorzeitiger Verrentung aus gesundheitlichen Gründen durch körperlich und psychisch anstrengende Arbeit sowie schlechte Arbeitsbedingungen wie zum Beispiel Lärm oder hohe Luftbelastung betroffen; schlechtere Einkommen führen zu niedrigen Renten und beeinflussen auch die Wohnsituation. Folglich verfügen ArbeitsmigrantInnen im Vergleich zu Einheimischen über einen schlechteren Wohn- und Lebensstandard (vgl. Wilkens 2008: 300; Grieger

ger/Küçük 2010: 302; Olbermann 2011: 22; Scheib 2012: 168). Die höhere Gesundheitsgefährdung zeigt sich zum Beispiel im schlechteren baulichen Zustand oder spärlicher Ausstattung der Wohnung, ungesunder Ernährung sowie unzureichenden Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung (vgl. Wilkens 2008: 300). Dies gilt vor allem im Pflegefall, denn die schlecht ausgestatteten und kleineren Wohnungen können nur mit hohem Aufwand entsprechend den Bedürfnissen der Pflegebetroffenen und deren Angehörigen umgerüstet werden (vgl. Grieger/Küçük 2010: 303).

Somit werden Gesundheitsrisiken von ArbeitsmigrantInnen als schichtspezifisches Phänomen betrachtet. Diese Auffassung wird damit begründet, dass Einheimische, welche der gleichen Arbeitstätigkeit nachgingen, ebenfalls höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt seien (vgl. Razum/Spallek 2012: 170) und ArbeitsmigrantInnen in Deutschland nicht zwangsläufig, jedoch überdurchschnittlich oft niedrigere soziale Positionen einnahmen, woraus sich eine sozioökonomische Benachteiligung ergebe. Dies habe, zusammen mit dem Minderheitenstatus der MigrantInnen, langfristig gesundheitliche Risiken zur Folge (vgl. Kohls 2011: 67; Baykarakrumme 2012: 261).

### **3.2.4 Kulturspezifische Faktoren**

Wie bereits in Kapitel 1 dargestellt, unterliegt das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Pflege einer kulturellen Prägung. Empirische Studien, welche sich mit Gesundheit und Pflege von MigrantInnen in Deutschland beschäftigen, stellen fest, dass letztere unterschiedliche Wahrnehmungen und einen anderen Umgang mit Gesundheit und Krankheit aufweisen, was auch einen Einfluss auf die Behandlungspraxis hat.

Zunächst weisen Studien auf spezifische Vorstellungen von MigrantInnen bezüglich Krankheit und Heilung hin. Demzufolge verstehen zum Beispiel MigrantInnen aus der Türkei eine Krankheit, vornehmlich eine psychische Erkrankung und Demenz, teilweise als Strafe Gottes, göttliche Prüfung oder als schicksalhafteres Ereignis (vgl. Wilkens 2008: 299; Spallek/Zeeb 2010: 60; Grieger/Küçük 2010: 309; Seidl/Horn 2011: 56; Yilmaz-Aslan et al. 2013: 350). Dies kann MigrantInnen, welche Krankheit als eine göttliche Prüfung verstehen, einerseits zur aktiven Bewältigung derselben motivieren (vgl. Yilmaz-Aslan et al. 2013: 350). Andererseits setzen sie laut Ingrid Wilkens religiöse Amulette, Pilgerfahrten oder Opfergaben für die Heilung ein (vgl. Wilkens 2008: 299). Diese divergenten Vorstellungen von Krankheit und Heilung könnten in

der Kommunikation und Interaktion mit Fachkräften aus Gesundheits- und Pflegeberufen spezifische Schwierigkeiten zur Folge haben (vgl. Spallek/Zeeb 2010: 60; Yilmaz-Aslan et al. 2013: 350). Dazu trügen auch ein differenzierter Ausdruck der Beschwerden, wie etwa Dramatisierung, Verleugnung von Schmerzen bzw. eine andere Mimik oder Gestik bei (vgl. Han 2010: 231; Passon/Kessler/Lüngen 2011: 267). Des Weiteren verringere der religiöse und kulturelle Hintergrund der türkischen MigrantInnen die Annahme von Therapieangeboten, wenn diese vor allem als geschlechtsgemischte Form wie Bewegungstherapie angeboten werden. Dies könnte das Schamgefühl der türkischen Migrantinnen stark verletzen, wodurch sie möglicherweise solche Angebote nicht wahrnehmen werden, obwohl ein Bedarf besteht (vgl. Yilmaz-Aslan et al. 2013: 350). Diesbezüglich kommt Elke Olbermann in einer Studie über Gesundheitsförderung bei älteren MigrantInnen zum Ergebnis, dass zwar geschlechtsspezifische Angebote hilfreich und zum Teil notwendige Voraussetzung für die Teilnahme sind. Jedoch gilt dies nicht immer. Das heißt, dass für manche Migrantinnen mit islamischem Hintergrund geschlechtsgemischte Formen der Angebote akzeptabel bzw. teilweise sogar wünschenswert sind. Außerdem gibt es MigrantInnen, welche aufgrund der sozialen Kontrolle sowie des „Geredes“ vor allem innerhalb der gleichen ethnischen Gruppe gar kein Interesse an Gruppenangeboten haben (vgl. Olbermann 2011: 25).

Neben den kulturspezifischen Besonderheiten tragen schlechte Sprachkenntnisse von MigrantInnen verstärkt zu Schwierigkeiten bei der Behandlung wie zum Beispiel der richtigen Anweisungsbefolgung bezüglich der Einnahme von Medikamenten bei (vgl. Wilkens 2008: 300; Seidl/Horn 2011: 56; Passon/Kessler/Lüngen 2011: 267; Yilmaz-Aslan et al. 2013: 350). Dies ist vor allem bei älteren MigrantInnen von Bedeutung, weil die Beherrschung der Fremdsprache in der Regel im Alter zurückgeht (vgl. Grieger/Küçük 2010: 306). Die sprachbedingten Verständigungsschwierigkeiten verhindern oft die Teilnahme an Informationsveranstaltungen oder Beratungsangeboten (vgl. Yilmaz-Aslan et al. 2013: 351), obwohl dies für den Zugang zum Gesundheitssystem relevant wäre. So empfinden ältere MigrantInnen und deren Familien das Gesundheitssystem in Deutschland häufig als undurchsichtig (vgl. Seidl/Horn 2011: 56). In dieser Hinsicht scheint es nicht verwunderlich, dass das Niveau der Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen bei MigrantInnen eher niedrig ist (vgl. Spallek/Zeeb 2010: 65; Olbermann 2011: 22 f.).

Yilmaz-Aslan et al. (2013) haben in einer Studie anhand von Interviews mit sechs Gesundheitsmediatoren aus dem Raum Bielefeld versucht, eine neutrale und von PatientInnen und

ÄrztInnen unabhängige Sicht auf das Versorgungsgeschehen bei türkischen MigrantInnen zu entwickeln. Bei diesen Gesundheitsmediatoren handelt es sich um geschulte Fachkräfte, die selbst einen Migrationshintergrund haben und Informations- und Aufklärungsveranstaltungen zu gesundheitsrelevanten Themen für die MigrantInnen in der jeweiligen Muttersprache anbieten. Laut dieser Studie verbinden Menschen mit türkischem Migrationshintergrund Kranksein mit wahrnehmbaren körperlichen Schmerzen und Beschwerden. Das heißt, dass sie Erkrankungen, bei welchen sie keine Schmerzen oder Beschwerden empfinden, nicht ernst nehmen. So suchen sie unter Umständen erst im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf einen Arzt auf oder nehmen Medikamente nicht nach ärztlicher Verschreibung, sondern nach eigenem Ermessen ein. Für manche türkischen MigrantInnen gelten ÄrztInnen als umso kompetenter, je mehr Medikamente sie verschreiben (vgl. Yilmaz-Aslan et al. 2013: 348 f.).

Eine Studie von Katja Eichler<sup>22</sup> (2013) zeigt ferner, dass die Verschreibung eines Medikaments von deutschen ÄrztInnen aufgrund von Erfahrungen im Heimatland und darauf bezogener retrospektiver Reflexionen unterschiedlich bewertet wird. So reagieren manche Interviewte unzufrieden auf die zurückhaltende Verschreibung von Medikamenten durch deutsche ÄrztInnen. Demgegenüber halten andere aufgrund dieser neuen Erfahrungen in Deutschland die Verschreibung zu vieler Medikamente im Heimatland für unangemessen (vgl. Eichler 2013: 324-326). In ihrer Studie ist Eichler weiteren interessanten Fragen nachgegangen, die die Rolle der transnationalen Familie für das Gesundheitshandeln von Migrantinnen in der heutigen Zeit betreffen. Unter transnationalen Familien versteht die Autorin solche Familien, „deren Mitglieder für sehr lange Zeit an Orten in unterschiedlichen Ländern angesiedelt seien, aber durch regelmäßige Telefongespräche, finanzielle Hilfeleistungen, Besuche, Teilnahme an Familienfeierlichkeiten und Absprachen eng verbunden seien“ (ebd.: 316). Ziel der Studie ist es zu klären, ob durch die Entwicklung von Transportmöglichkeiten, Informations- und Kommunikationstechnologien Effekte der geographischen Distanz relativiert werden. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Familie im Herkunftsland weiterhin am Gesundheitshandeln von Migrantinnen beteiligt. Zwar kann durch die räumliche Distanz keine unmittelbare praktische Unterstützung erfolgen. Es findet jedoch ein Austausch von Informationen und Erfahrungen über Erkrankungen, den Transfer gesundheitsbezogener Produkte, wie Arzneien oder Naturheilmittel

---

<sup>22</sup> In dieser Studie wird der Rolle der transnationalen Familie mit Blick auf das Gesundheitshandeln von Migrantinnen nachgegangen. Hierfür wurden 10 Migrantinnen interviewt (vgl. Eichler 2013).

aus dem Herkunftsland, und eine emotionale Unterstützung statt (vgl. ebd.: 321 f.). Die Studie stellt somit fest, dass die befragten Migrantinnen in das Gesundheitssystem beider Länder integriert sind. Einerseits sind sie formal im Gesundheitssystem der Aufnahmegesellschaft versichert und haben daher einen Anspruch auf professionelle Versorgungsleistungen. Andererseits beziehen sie sich auf informelle gesundheitsbezogene Praktiken sowie Erfahrungen im Heimatland (vgl. ebd.: 323). In dieser Hinsicht geht die Autorin davon aus, dass Migration zur Sensibilisierung für unterschiedliche Möglichkeiten des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit und zur Hybridisierung des Gesundheitshandelns führen kann (vgl. ebd.: 327 & 329). Die „Doppelstrategien der Ressourcennutzung“ (Laubenthal/Pries 2012: 399) bezüglich der Gesundheit gewinnen zum Teil erneut im Kontext der Pendelmigration im Alter an Bedeutung. Ältere ArbeitsmigrantInnen, welche mittlerweile im Ruhestand sind und zwischen dem Herkunftsland und Deutschland pendeln, nutzen zum Beispiel das milde Klima des Herkunftslandes bewusst und vorteilhaft für ihre Gesundheit und gleichzeitig das Gesundheitssystem in Deutschland für regelmäßige Gesundheitschecks (vgl. ebd.). Es gibt aber auch empirische Befunde, die besagen, dass das grenzüberschreitende Pendeln eher ein Hemmnis für den Umgang mit Gesundheit darstellt, weil ältere ArbeitsmigrantInnen dadurch verhindert sind, regelmäßig ärztliche Kontrolltermine in Deutschland wahrzunehmen (vgl. Yilmaz-Aslan et al. 2013: 350).

### ***Zwischenfazit***

Als Fazit dieses Kapitels ist festzustellen, dass die psychische und körperliche Gesundheit der ArbeitsmigrantInnen mit verschiedenen Faktoren zusammenhängt, welche einen ersten Anhaltspunkt für die Pflegehorizonte südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen geben können. Die älteren ArbeitsmigrantInnen wurden durchschnittlich schlechter bezahlt und sind physisch sowie psychisch belastenden Arbeitstätigkeiten nachgegangen. Dies ist wiederum mit einem geringeren Wohlstand und einer gesundheitlich ungünstigen Lebensweise verbunden. Außerdem sind sie der Gefahr migrationsspezifischer psychischer Belastungen ausgesetzt, was zum Beispiel mit einem inneren Zerrissensein zwischen den Kulturen durch eine nicht gelungene Anpassung, einem Fremdheitsgefühl oder einer „gescheiterten“ Rückkehrorientierung zusammenhängt.

Mit Blick auf das Nutzungsverhalten des Gesundheitswesens sowie die Wahrnehmung von und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit weisen ArbeitsmigrantInnen Besonderheiten auf,

was in der konkreten Interaktion und Kommunikation mit Gesundheitspflegeberufen einschließlich der Pflege besondere Schwierigkeiten mit sich bringt. Die durchschnittlich schlechteren Sprachkenntnisse haben ein Informationsdefizit oder Verständigungsschwierigkeiten zur Folge, was wiederum den Zugang zum Gesundheitssystem erschwert. Indes wurde darauf hingewiesen, dass ArbeitsmigrantInnen in der Regel über Doppelressourcen beim Gesundheitshandeln verfügen. Einerseits sind sie im öffentlichen Gesundheitssystem der Aufnahmegesellschaft versichert. Andererseits beziehen sie sich auf informelle gesundheitsbezogene Praktiken und Erfahrungen aus ihrem Heimatland, wobei dies durch eine geographisch relativierte Distanz infolge neuer Informations- und Kommunikationstechnologien sowie Transportmöglichkeiten begünstigt wird. Das Gesundheitshandeln der MigrantInnen ist also zum Teil durch Hybridisierung gekennzeichnet. So setzen manche älteren ArbeitsmigrantInnen diese Doppelressourcen für ihre Gesundheit aktiv ein, indem sie zum Beispiel das gute Wetter des Herkunftslandes und das Gesundheitssystem in Deutschland bewusst und zu ihrem eigenen Vorteil miteinander verknüpfen.

Die Auseinandersetzung mit der Gesundheit und dem Gesundheitshandeln der ArbeitsmigrantInnen zeigt, dass sie aufgrund der gesundheitlich ungünstigen Arbeits- und Lebensbedingungen durchschnittlich häufiger und früher chronischen Krankheiten ausgesetzt sind als die Einheimischen, wodurch das Risiko einer Pflegebedürftigkeit höher ausfallen dürfte. Dies deutet wiederum an, dass Gesundheit, Krankheit und ein möglicher Eintritt der Pflegebedürftigkeit ein relevantes Thema für ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen darstellen könnte. Mit Blick auf den Pflegehorizont liegt die Vermutung nahe, dass ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen sich durch ihre im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung erhöhte gesundheitliche Beeinträchtigung bereits frühzeitig mit ihrer eigenen potenziellen Pflegebedürftigkeit beschäftigen (müssen). Diese möglicherweise intensivere Beschäftigung mit der zukünftigen Pflege könnte eine besondere gestaltbildende Kraft auf Pflegehorizonte entfalten.

Abschnitt 3.1 liefert Anhaltspunkte über die stationäre Pflege und die vermutlich damit verbundene psychische Belastung. So könnte die Möglichkeit der stationären Pflege für manche südkoreanische ArbeitsmigrantInnen einen Verlust bzw. eine Aufgabe ihres vertrauten Wohnumfeldes bedeuten, welches sie zunächst in der Aufnahmegesellschaft überhaupt finden mussten und welches einen geschützten Raum gegenüber der Fremdheit dieser Gesellschaft dargestellt haben könnte. In dieser Hinsicht könnte ein potenzieller Einzug ins Pflegeheim mit

einer großen psychischen Belastung einhergehen, weil sie dort ohne einen geschützten Rückzugsort unmittelbar mit Einheimischen in Berührung kommen. Dies könnte insbesondere für diejenigen SüdkoreanerInnen kritisch sein, welche hauptsächlich an der eigenen ethnischen Gruppe orientiert sind, während aufgrund mangelnder informeller Ressourcen lediglich eine stationäre Pflege in Betracht kommt.

Schließlich ist davon auszugehen, dass das Gesundheitshandeln der SüdkoreanerInnen je nach akkulturationsbezogener Orientierung an Herkunfts- und Aufnahmekultur unterschiedlich ausfällt. Interessant wäre hier, der Frage nachzugehen, inwiefern gesundheitsbezogene Verhaltensmuster aus dem Heimatland Südkorea beim Pflegehorizont älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen noch eine Rolle spielen. Wie im Kapitel 1 dargestellt, hat in Südkorea neben der westlichen Medizin die traditionelle Medizin auch heute noch eine wichtige Bedeutung. Ihr liegt ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit zugrunde, welches auch das Gesundheitshandeln südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen nach wie vor beeinflussen könnte. Die Ausbildung und berufliche Tätigkeit der Südkoreanerinnen als Krankenpflegerinnen in Deutschland (siehe 4.2) könnte jedoch zumindest deren Gesundheitshandeln eine modernere Ausrichtung geben, auch wenn ihre Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit teilweise noch von der traditionellen Medizin geprägt sind. Im folgenden Kapitel werden die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen näher betrachtet.

## 4 Arbeitskräfte aus Fernost, Südkorea

Bei den älteren südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen handelt es sich zu einem Großteil um Angehörige jener MigrantInnengruppe, welche vorwiegend in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts im Rahmen der Anwerbung von Arbeitskräften ihren Wohnsitz von Ostasien ins westliche Ausland verlegte. Sie wurden hauptsächlich für zwei Berufsbereiche angeworben: als Krankenpflegekraft (überwiegend Frauen) und für den Beruf des Bergmanns (überwiegend Männer). In diesem Rahmen sind damals etwa 10.000 Südkoreanerinnen und 8.000 Südkoreaner in die Bundesrepublik eingereist (vgl. Kim, Y.-H. 1986: 29; Choe/Daheim 1987: 10; Park, K. H. 1996: 24). Laut Einschätzung des „südkoreanischen Kulturzentrums“<sup>23</sup> lebten im Jahr 2014 etwa 4.000 bis 5.000 südkoreanische Arbeitsmigrantinnen und etwa 1.100 südkoreanische Arbeitsmigranten in Deutschland. In demselben Jahr gab es ungefähr 900 südkoreanische und etwa 3.800 binationale Ehepaare. Davon kamen etwa 3.500 Paare zwischen SüdkoreanerInnen und Deutschen zustande, wobei der Anteil der Südkoreanerinnen in den binationalen Ehen überwiegt.

Dieses Kapitel behandelt zentrale Charakteristika älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen. Dafür werden zunächst die allgemeinen Rahmenbedingungen für die Anwerbung von ausländischen Arbeitskräften in der Bundesrepublik Deutschland dargestellt (4.1.1). Danach folgt eine kurze Darstellung zu mittlerweile in die Rente eingetretenen ArbeitsmigrantInnen in Deutschland (4.1.2). Ein weiterer Blick gilt den Rahmenbedingungen in Südkorea, welche die Auswanderung von SüdkoreanerInnen nach Deutschland befördert haben (4.2.1). Daran anschließend werden verschiedene gruppenspezifische Merkmale herauskristallisiert (4.2.2 & 4.2.3), die im Verlauf der Akkulturation und der Ausbildung der Pflegehorizonte eine Rolle gespielt haben (können). Insgesamt soll dies zum besseren Verständnis dieser Gruppe der ArbeitsmigrantInnen beitragen.

---

<sup>23</sup> Diese statistische Angabe wurde im Juli 2014 vom südkoreanischen Kulturzentrum in Essen herausgegeben, welches im Jahr 2009 durch südkoreanische ArbeitsmigrantInnen gegründet wurde. Letztere hatten ein ehemaliges katholisches Gemeindehaus in der Stadt Essen gekauft, umfunktioniert und als südkoreanisches Kulturzentrum wiedereröffnet. Dieses dient nun als Treffpunkt für südkoreanische Vereine: Dort werden die Tradition, Hobbys und soziale Treffen gepflegt und SüdkoreanerInnen treffen sich zum Feiern. Der Standort des südkoreanischen Zentrums in Essen gilt als ideal, weil der größte Teil der in Deutschland lebenden SüdkoreanerInnen im Ruhrgebiet wohnhaft ist (vgl. Wandt 2014; Frau Ahn, Z. 402-469).

## **4.1 Anwerben von Arbeitskräften in der Bundesrepublik Deutschland**

Ab Mitte der 50er bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts kamen zahlreiche ArbeitsmigrantInnen im Rahmen einer gezielten Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte aus verschiedenen Ländern in die Bundesrepublik Deutschland. Hierfür hatte Deutschland eine legislative Entscheidung getroffen. In diesem Abschnitt werden kurz die Rahmenbedingungen für die Anwerbung der Arbeitskräfte sowie deren Ablauf erläutert, um die Entstehung der oben genannten MigrantInnenwelle zu erklären.

### **4.1.1 Einreise von ArbeitsmigrantInnen zwischen Mitte der 1950er Jahre und 1973**

Das nach dem Zweiten Weltkrieg mit der wachstumsorientierten Wirtschaftspolitik einsetzende wirtschaftliche Wachstum in der Bundesrepublik Deutschland führte zu einer erhöhten Nachfrage an Arbeitskräften. Gleichzeitig schrumpfte das Angebot an Arbeitskräften.<sup>24</sup> Durch das wirtschaftliche Wachstum konnte der enorme Bedarf an Arbeitskräften nicht mehr durch das Angebot des heimischen Arbeitsmarkts kompensiert werden. Daher schien die Zufuhr von ausländischen Arbeitskräften notwendig, um die Stabilisierung und Expansion der Wirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland aufrechterhalten zu können (vgl. Holjewilken 1976: 14; Kim, Y.-H. 1986: 15; Deger 1997: 99; Koser 2007: 10).

Vor diesem Hintergrund schloss die Bundesregierung mit verschiedenen Staaten, größtenteils südeuropäischen Ländern, Vereinbarungen über die Anwerbung und Vermittlung ausländischer Arbeitskräfte ab, die sich je nach Land unterschiedlich gestalteten. Im Jahr 1963 kam u.a. eine

---

<sup>24</sup> Dies lag teilweise am Aufbau der Bundeswehr, der Ausweitung der Ausbildungsmöglichkeiten und Verlängerung der Ausbildungszeit sowie der Verkürzung der täglichen Arbeitszeit und dem Ausbleiben der bisherigen externen Zuwanderung mit der Schließung der Grenzen zur DDR im Jahr 1961 (vgl. Kim, Y.-H. 1986: 15; Heckmann 1992: 20). „Zwischen 1945 und 1949 kommen etwa zwölf Millionen Menschen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten nach Deutschland, davon etwa acht Millionen nach West- und vier Millionen nach Ostdeutschland. Bis 1961 wanderten 3,1 Mio. Flüchtlinge aus den ehemaligen deutschen Staatsgebieten in die Bundesrepublik Deutschland (BRD) ein“ (BAMF 2012b: 28). Diese Personen waren potenzielle Arbeitskräfte in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Schmidt 2008: 13).

Anwerbungsvereinbarung mit Südkorea zustande (vgl. Kim, Y.-H. 1986: 16).<sup>25</sup> Insgesamt kamen bis zum Anwerbestopp 1973 etwa 9,5 Millionen sogenannter „GastarbeiterInnen“<sup>26</sup> aus den Anwerbeländern in die Bundesrepublik Deutschland. Es handelte sich meist um ungelernete ArbeiterInnen, die vor allem körperlich anstrengende Arbeiten verrichteten. Zunächst wurde vom sogenannten „Rotationsprinzip“ ausgegangen.<sup>27</sup> Demnach sollten ArbeitsmigrantInnen nach vorübergehender Beschäftigung wieder in ihre Heimat zurückkehren. Tatsächlich sind 5,7 Millionen Menschen in ihre Heimat zurückgekehrt, während etwa 3,8 Millionen GastarbeiterInnen in der Bundesrepublik Deutschland blieben (vgl. Heckl 2012: 227; BAMF 2012b: 18; BAMF 2013: 35). Zugleich erfolgte ein Nachzug von Familienangehörigen (vor allem EhepartnerInnen und Kindern) aus den Herkunftsländern.<sup>28</sup> Die Familienzusammenführungen liefen dabei über den Anwerbestopp im Jahr 1973 hinaus weiter (vgl. Castles 1986: 37 f.; Deger 1997: 99 f.; Zeman 2012: 449).<sup>29</sup> Im Zuge dessen blieb der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung trotz des Anwerbstopps und der Rückkehr eines Teils der ArbeitsmigrantInnen unverändert bzw. nahm sogar zu (vgl. Münz 2000: 182; BAMF 2012b: 29). Dies führte infolge der steigenden Geburtenraten dieser Bevölkerungsgruppe zu einer Abnahme des Anteils der

---

<sup>25</sup> Im Jahr 1955 erfolgte die erste Anwerbungsvereinbarung mit Italien. Dem folgten Vereinbarungen mit Spanien und Griechenland 1960, der Türkei 1961, Marokko 1963, Portugal 1964, Tunesien 1965 und Jugoslawien 1968 (vgl. Holjewilken 1976: 14; Schmalz-Jacobsen/Hansen/Polm 1997: 179; Heckl 2012: 227).

<sup>26</sup> Der Begriff „GastarbeiterInnen“ wurde im Laufe der Zeit zunehmend als unangemessen betrachtet, weil ein Gast nicht arbeitet und nicht lebenslang bleibt (vgl. Heckl 2012: 227). Daher wurde der Begriff in 1970er Jahren durch „ausländische ArbeitnehmerInnen“ sowie „ArbeitsmigrantInnen“ und ab den 1980er Jahren in einem umfassenden Sinn durch den Begriff „ausländische MitbürgerInnen“ sowie „MigrantInnen“ ersetzt (vgl. BAMF 2012b: 37).

<sup>27</sup> Hierbei ging es darum, dass ArbeitsmigrantInnen nur für eine bestimmte Zeit und einen bestimmten Arbeitgeber arbeiten und nach dem Ende des Arbeitsvertrags in ihre jeweiligen Herkunftsländer zurückkehren sollten. Benötigte Arbeitskräfte sollten dann wiederum durch neu Angeworbene ersetzt werden. Ziel dieser Politik war es, dass Deutschland nicht zu einem „Einwanderungsland“ wird. Jedoch wurde dieses Anwerbemodell aufgrund der Kosten für die erneute Einarbeitung und Eingliederung der Beschäftigten im Laufe der Zeit nicht weiter verfolgt (vgl. BAMF 2012b: 35 f.; Heckl 2012: 227).

<sup>28</sup> In der Anfangszeit der Anwerbung ausländischer ArbeiterInnen war eine Familienzusammenführung nicht vorgesehen. Aufgrund des ständigen Pendelns der meisten GastarbeiterInnen zwischen Deutschland und ihrer Heimat wurden im Jahr 1965 Zuzugs- bzw. Aufenthaltsgenehmigungen für deren Familien gestattet, die allerdings nur vorübergehend gelten sollten (vgl. Heckl 2012: 230).

<sup>29</sup> Nach dem Anwerbestopp 1973 war der Familiennachzug die einzige Möglichkeit, aus den Anwerbeländern nach Deutschland zu immigrieren. Obwohl Deutschland die Ausländerzahl mit dem Anwerbestopp verringern wollte, kamen immer mehr Menschen im Rahmen des Familiennachzugs nach Deutschland (vgl. Heckl 2012: 230 f.; BAMF 2012b: 29).

männlichen Arbeitsmigranten, welche bis zum Anwerbestopp den größten Anteil unter der ausländischen Bevölkerung ausmachten, und zu einer Zunahme des Anteils von Frauen und Kindern (vgl. Schmalz-Jacobsen/Hansen/Polm 1997: 180; Münz 2000: 182). Aufgrund der Verlängerung der ursprünglich vorgesehenen Verweildauer und der Familienzusammenführung kam es zu länger andauernden Migrationsbewegungen. Im Zuge dessen haben sich ArbeitsmigrantInnen und deren Familien aus verschiedenen Anwerbeländern seit Ende der 1970er Jahre in Deutschland niedergelassen und bildeten ethnische Minderheiten (vgl. Castles 1986: 38). Somit spielte die Arbeitsmigration im Rahmen der Anwerbung von Arbeitskräften aus verschiedenen Ländern bis 1973 eine ausschlaggebende Rolle bei der Herausbildung ethnischer Pluralität in Deutschland (vgl. Heckmann 1992: 17).

#### **4.1.2 ArbeitsmigrantInnen im Rentenalter**

Mittlerweile sind die oben genannten ArbeitsmigrantInnen zum großen Teil in die Lebensphase „Alter“ eingetreten und verbringen ihr Altersleben in Deutschland (vgl. BAMF 2012b: 18). Im Jahr 2010 betrug der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund<sup>30</sup> an der Gesamtbevölkerung 19,3%<sup>31</sup>, in absoluten Zahlen 15.746 Millionen (vgl. BAMF 2012a: 189). Nachfolgende Tabelle 2 stellt die Altersstruktur der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland von 2005 bis 2010 dar. Sie zeigt, dass die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund im Vergleich verstärkt in den jüngeren Jahrgängen vertreten ist. Während im Jahr 2010 23,7% der Personen ohne Migrationshintergrund über 65 Jahre alt waren, war dies bei lediglich 9,4% der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund der Fall. Mithin besitzen 8,6% der über 65-Jährigen (vgl. BAMF 2012a: 193), in absoluten Zahlen etwa 1,5 Millionen, einen Migrationshintergrund. Tendenziell nimmt der Anteil der älteren MigrantInnen ab einem

---

<sup>30</sup> Zu den Personen mit Migrationshintergrund gehören „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten“ (BAMF 2012b: 33). Hiermit werden also sowohl Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit als auch die mittlerweile in Deutschland Eingebürgerten erfasst. Neben Personen mit eigener Migrationserfahrung werden auch Personen ohne direkte Migrationserfahrung, wie z.B. die 2. und 3. Generation der MigrantInnen eingeschlossen (vgl. BAMF 2012a: 188).

<sup>31</sup> Während der Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung 8,7% betrug, machte der Anteil der Eingebürgerten 10,5% aus (vgl. BAMF 2012a: 188).

Alter von 65 Jahren zu<sup>32</sup>, was bedeutet, dass sie in Zukunft häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen sein werden (vgl. BAMF 2012b: 208).

Tabelle 2: Altersstruktur der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund 2005 - 2010

| Jahr | Bevölkerung ohne Migrationshintergrund |         |         |      | Bevölkerung mit Migrationshintergrund |         |         |      |
|------|--|---------|---------|------|---------------------------------------|---------|---------|------|
|      | Altersgruppe                           |         |         |      | Altersgruppe                          |         |         |      |
|      | 0 - 20                                 | 20 - 65 | 65 - 75 | 75 + | 0 - 20                                | 20 - 65 | 65 - 75 | 75 + |
| 2005 | 17,1                                   | 60,4    | 12,8    | 9,7  | 29,3                                  | 62,6    | 5,4     | 2,7  |
| 2006 | 17,2                                   | 60,5    | 12,8    | 9,5  | 29,7                                  | 62,1    | 5,5     | 2,7  |
| 2007 | 16,9                                   | 60,3    | 13,2    | 9,5  | 29,3                                  | 61,6    | 6,0     | 3,0  |
| 2008 | 16,5                                   | 60,4    | 13,5    | 9,7  | 29,4                                  | 61,4    | 6,0     | 3,2  |
| 2009 | 16,2                                   | 60,2    | 13,7    | 10,0 | 28,8                                  | 61,8    | 6,0     | 3,3  |
| 2010 | 15,8                                   | 60,5    | 13,3    | 10,4 | 28,7                                  | 61,9    | 6,0     | 3,4  |

Angaben in Prozent

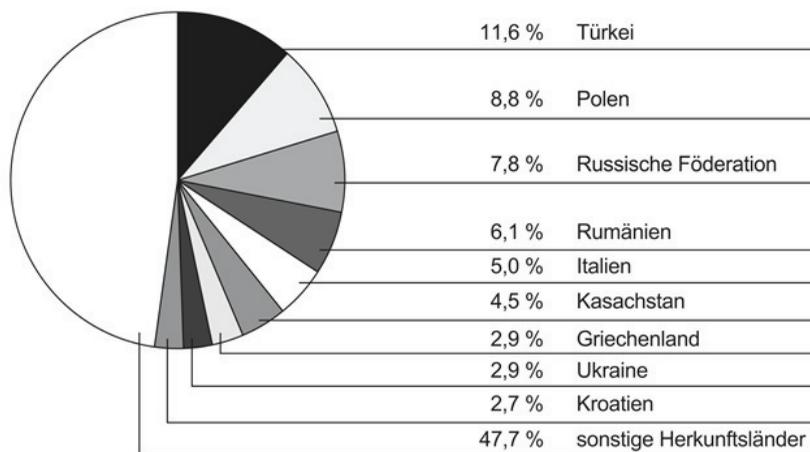
Quelle: Statistisches Bundesamt 2010, zitiert nach BAMF 2012b: 97.

Allerdings gehören zu den älteren Personen mit Migrationshintergrund nicht nur ArbeitsmigrantInnen und deren Angehörige, sondern zum Beispiel auch SpätaussiedlerInnen, welche Ende der 1980er Jahre im Familienverband aus Mittel- und Osteuropa nach Deutschland kamen (vgl. BAMF 2012b: 18; Zeman 2012: 449; BAMF 2013: 34). Es scheint, dass noch keine genaue Statistik vorliegt, welche die Gründe der Einwanderung älterer Personen insgesamt darstellt. Die nachfolgende Abbildung 4 zeigt, dass die Hälfte älterer Menschen mit Migrationshintergrund 2010 aus neun Ländern stammte. Davon stellten die ehemaligen Anwerbeländer Türkei,

<sup>32</sup> So stieg der Anteil der 65- bis 75-Jährigen von 5,4% im Jahr 2005 auf 6,0% im Jahr 2010. Bei den über 75-Jährigen zeigt sich ein Anstieg von 2,7% auf 3,4%.

Italien, Griechenland und Kroatien ca. 20 %, während fast ein Drittel aus den mittel- und osteuropäischen Ländern<sup>33</sup> kam. Wie man der Statistik entnehmen kann, stellten ältere MigrantInnen aus Südkorea nur einen winzigen Teil der Gesamtzahl an MigrantInnen dar. Der folgende Abschnitt geht näher auf diese Gruppe ein.

Abbildung 4: Personen mit Migrationshintergrund im Alter von 65 Jahren und älter nach Herkunftsländern 2010



Quelle: Statistisches Bundesamt 2010, zitiert nach BAMF 2012b: 99.

<sup>33</sup> Darunter sind Polen, Rumänien, die Russische Föderation, Kasachstan und die Ukraine. Bei den älteren Menschen aus diesen Ländern handelt es sich zu einem großen Teil um SpätaussiedlerInnen (vgl. BAMF 2012b: 99).

## 4.2 Einwanderung südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen in die Bundesrepublik

Anfang der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts war Südkorea von politischen Unruhen<sup>34</sup> beherrscht (vgl. Yoo, J.-S. 1996: 17-19). Zudem gehörte das Land, wie die meisten Auswanderungsländer von ArbeitsmigrantInnen, zu einem der wirtschaftlich schwächer entwickelten Staaten (vgl. Choe/Daheim 1987: 9; Münz 2000: 181). Wirtschaftspolitisch wurde angestrengt, Südkorea von einem Agrarland auf einen Industriestaat umzustellen (vgl. Simon 1985: 12; Choe/Daheim 1987: 9; Schmalz-Jacobsen/Hansen/Polm 1997: 93). In diesem Rahmen konzentrierte sich die südkoreanische Wirtschaft auf eine Exportindustrie, welche sich an den Weltmärkten orientierte. Hierbei war Südkorea als rohstoffarmes Land auf den Import von Rohstoffen zur Produktion von Exportgütern angewiesen. Dies führte wiederum zu einer steigenden Auslandsverschuldung und Devisenknappheit (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 19). Außerdem war die südkoreanische Gesellschaft damals von einer hohen Arbeitslosigkeit und Landflucht der Landwirte in die Städte sowie die neu gegründeten Industriegebiete geprägt. Ein großer Teil der ländlichen Bevölkerung fand dort jedoch nur Arbeit als Tagelöhner bzw. teilweise gar keine Arbeit (vgl. Lee, J.-S. 1991: 40). Im Jahr 1960 betrug die Arbeitslosenquote in Südkorea nach offiziellen Angaben 4,8%. Die reale Quote wurde jedoch auf 26,6% geschätzt. Auch unter jungen Leuten mit einem höheren Schulabschluss oder Hochschulabschluss gab es eine hohe Arbeitslosigkeit. Laut Y.-H. Kim fanden nur 40% der HochschulabsolventInnen eine Arbeit in den Städten (vgl. Kim, Y.-H. 1986: 27 f.). Vor diesem Hintergrund setzte man sich auf politischer Ebene für den Export von Arbeitskräften ein, um durch Rücküberweisungen Devisen zu beschaffen und so die Arbeitslosigkeit im eigenen Land zu reduzieren (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 26; Choe/Daheim 1987: 19; Yoo, J.-S. 1996: 24; Parnreiter 2000: 34).

---

<sup>34</sup> Nach dem Ende des II. Weltkriegs und der damit einhergehenden Befreiung von der Kolonialherrschaft Japans wurde der Norden Koreas von der Sowjetunion und der Süden Koreas von den USA besetzt. Diese Phase wurde von dem beginnenden Kalten Krieg bestimmt und führte zu einer Teilung des Landes (vgl. Yoo, J.-S. 1996: 14). Im Jahr 1948 wurde der Süden Koreas als eigener Staat ausgerufen (vgl. ebd.: 15). Während des Koreakriegs vom 25.06.1950 bis zum 27.07.1953 wurde Südkorea völlig verwüstet. In den folgenden Jahren gab es dann Manipulationen bei der Präsidentenwahl der Regierung Rhee im Jahr 1960, dadurch hervorgerufene Demonstrationen, die mit dem Rücktritt des Präsidenten Rhee endeten, einen Militärputsch unter Park, Chung-Hee im Jahr 1961, die Militärrherrschaft und die länger andauernden Demonstrationen linker StudentInnen, um einige der wichtigsten Unruhen zu nennen (vgl. ebd.: 17-19).

Vor diesem Hintergrund wurden südkoreanische Arbeitskräfte in die Bundesrepublik Deutschland geschickt.<sup>35</sup> So sind in den 1960er und 70er Jahren – wie bereits erwähnt – etwa 18.000 südkoreanische ArbeitsmigrantInnen in die Bundesrepublik ausgewandert. Davon kamen etwa 8.000 Südkoreaner als Bergarbeiter und 10.000 Südkoreanerinnen als Krankenpflegekräfte nach Deutschland. Im Folgenden werden diese beiden Anwerbegruppen näher betrachtet.

## **4.2.1 Anwerben der südkoreanischen Arbeitskräfte**

Die Anwerbungen der Krankenpflegekräfte und Bergleute liefen unabhängig voneinander und in unterschiedlicher Weise ab. Dementsprechend waren auch die Voraussetzungen für die jeweiligen Anwerbungen und die Umstände des weiteren Aufenthalts in Deutschland verschieden.

### **4.2.1.1 Südkoreanische Bergarbeiter ohne Berufserfahrung**

Die Anwerbung südkoreanischer Bergarbeiter erfolgte im Rahmen von Vereinbarungen zwischen der südkoreanischen und der bundesdeutschen Regierung über ein „Programm zur vorübergehenden Beschäftigung koreanischer Bergarbeiter im deutschen Steinkohlenbergbau“ im Jahr 1963 (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 5; Yoo, J.-S. 1996: 29). In den Jahren 1970 und 1971 wurde im Rahmen der Änderung dieser Vereinbarungen die Anwerbung südkoreanischer Arbeitskräfte explizit als Entwicklungshilfe für den südkoreanischen Bergbau bezeichnet. Somit sollte die Beschäftigung der Südkoreaner im deutschen Bergbau dazu beitragen, die Kenntnisse der südkoreanischen Bergarbeiter zu erweitern (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 7 & 241; Kim, Y.-H. 1986: 26). Deshalb stellte die Anwerbung südkoreanischer Bergarbeiter bei dem Anwerbestopp für Nicht-EG-Ausländer aus dem Jahr 1973 eine Ausnahme dar (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 40 f.). So wurden südkoreanische Arbeitskräfte für die Untertagearbeit im Bergbau von 1963 bis 1977 angeworben und haben bis 1980 dort gearbeitet.

Das Regierungsabkommen zwischen der Bundesrepublik und Südkorea sah vor, dass im Sinne der Entwicklungshilfe nur Bergarbeiter mit mindestens einjähriger Berufserfahrung unter Tage kommen sollten. Jedoch kamen Menschen mit gar keiner bzw. weniger Erfahrung in diesem

---

<sup>35</sup> Zudem wurden südkoreanische Arbeitskräfte im Rahmen des „construction programme“ für verschiedene Bauprojekte in Ölstaaten wie Saudi-Arabien geschickt. Zu Deviseneinnahmen trug auch die Beteiligung südkoreanischer Truppen als Alliierte der USA im Vietnamkrieg bei (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 26 f.; Yoo, J.-S. 1996: 24).

Berufsbereich nach Deutschland. Sie waren höchstens kurz als Aushilfe im Bergbau tätig, um bessere Chancen bei der Anwerbung nach Deutschland als Bergarbeiter zu haben (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 33; Stolle 1990: 43; Yoo, J.-S. 1996: 30). Die Gründe dafür, dass entgegen dem Abkommen keine erfahrenen Bergarbeiter in die Bundesrepublik kamen, können auf die Interessen der südkoreanischen Regierung und deutscher Bergbauunternehmer sowie das Auswahlverfahren zurückgeführt werden. Wie bereits erwähnt verfolgte die südkoreanische Regierung in erster Linie das Ziel, Devisen zu erlangen und die Arbeitslosigkeit zu verringern. An der Entwicklungshilfe für den südkoreanischen Bergbau war sie hingegen weniger interessiert.<sup>36</sup> Gleiches galt für die deutschen Bergbauunternehmen, die vor allem darauf aus waren, den Mangel an jungen Arbeitskräften in einem Bereich mit hohen physischen Anforderungen durch die Anwerbung der ausländischen Arbeitskräfte zu kompensieren (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 52 f. & 60; Stolle 1990: 42). Zudem war die Anwerbung von Südkoreanern für die deutschen Bergbauunternehmer deshalb besonders interessant, weil diese aufgrund des Regierungsabkommens drei Jahre lang an den jeweiligen Unternehmer gebunden waren und ihre Verweildauer im Betrieb daher gut kalkulierbar war (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 54; Stolle 1990: 42 f.).<sup>37</sup> Und schließlich bot die Anwerbung südkoreanischer Arbeitskräfte den deutschen Bergbauunternehmen die Möglichkeit, auch nach dem Anwerbestopp von 1973 weiterhin über benötigte jüngere Arbeitskräfte zu verfügen (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 59). Das Auswahlverfahren für Bergarbeiter lief zunächst über die südkoreanische Regierungsorganisation „KODCO“ (Korean Overseas Development Corporation) (vgl. ebd.: 27). Deutsche Arbeitgeber trafen die Entscheidung, wer nach Deutschland kommen sollte, auf der Grundlage von Vorschlagslisten der KODCO sowie der Begutachtung gesundheitlicher Zeugnisse und Röntgenaufnahmen. Zwar nahm die KODCO für die Auswahl eine berufliche und gesundheitliche Prüfung vor, die auch die geistige und charakterliche Eignung für den Untertagebergbau betraf (vgl. ebd.: 6). Erfahrene Bergleute erfüllten die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Anwerbung durch die körperlich anstrengende Arbeit und die häufigen Unfälle bei der Arbeit meist nicht (vgl. ebd.: 33 f.). Vor diesem Hintergrund kamen junge Männer, meist in einem

---

<sup>36</sup> Tatsächlich wollte sie sogar die Entsendung erfahrener Bergleute vermeiden, weil diese im eigenen Bergbau benötigt wurden und unklar war, ob die Bergleute nach ihrer Beschäftigung in Deutschland wieder nach Südkorea zurückkehren würden (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 60).

<sup>37</sup> Arbeitskräfte aus anderen Ländern durften hingegen nach der einjährigen Beschäftigung den Berufszweig verlassen und sich eine andere Beschäftigung suchen (vgl. Stolle 1990: 42 f.; Nestler-Tremel/Tremel 1985: 54).

Alter zwischen 20 und 35 (vgl. ebd.: 6) mit einem höheren Ausbildungsabschluss, um als Bergmann in Deutschland zu arbeiten. Mit wenigen Ausnahmen hatten sie eine 12-jährige Schulbildung und einen dem deutschen Abitur vergleichbaren Abschluss. Einige von ihnen waren Studenten oder besaßen sogar bereits einen Studienabschluss (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 33; Choe/Daheim 1987: 23; Lee, J.-S. 1991: 36-38). Vor der Einreise nach Deutschland waren sie Studenten, Angestellte, Beamte, Lehrer, Selbständige oder Arbeitslose mit höherem Schul- oder Hochschulabschluss. Dies bedeutet, dass die Südkoreaner, welche als Bergarbeiter nach Deutschland kamen, in der Regel in Südkorea gar keine schwere körperliche Arbeit verrichtet hatten (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 37; Kim, Y.-H. 1986: 27 & 154; Choe/Daheim 1987: 19; Hwang, S.-Y. 1991: 102; Yoo, J.-S. 1996: 30).

Die Beschäftigung südkoreanischer Bergarbeiter war, dem Rotationsprinzip entsprechend, ursprünglich für drei Jahre vorgesehen. So waren alle südkoreanischen Bergarbeiter, die vor allem in den 1960er Jahren nach Deutschland kamen, nach dem Ablauf des dreijährigen Arbeitsvertrags nach Südkorea zurückgekehrt. Aufgrund des von Seiten Deutschlands streng eingehaltenen Rotationsprinzips hatte sie damals keine Möglichkeit, ihre Aufenthaltserlaubnis zu verlängern (vgl. Lee, J.-S. 1991: 28 f.; Park, K.-H. 1996: 24 f.). Demgegenüber konnten jene Bergarbeiter, welche Mitte der 70er Jahre nach Deutschland kamen, durch die Heirat mit einer deutschen Frau oder einer Südkoreanerin mit gültiger Aufenthaltserlaubnis, weitere Beschäftigung im Bergbau sowie durch ein Studium, Umschulung oder Weiterbildung ihre Aufenthaltserlaubnis verlängern oder gegebenenfalls auch eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis erhalten (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 127-133; Stolle 1990: 42; Lee, J.-S. 1991: 29; Park, K.-H. 1996: 25). Außerdem wurde nach Protestaktionen von November 1979 bis Mai 1980 etwa 400 südkoreanischen Bergarbeitern eine unbefristete Aufenthalts- und Arbeiterlaubnis erteilt, was mit der unruhigen politischen Situation Südkoreas zusammenhing (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 133 f.; Stolle 1990: 42; Yoo, J.-S. 1996: 31).<sup>38</sup> Bei den bis heute in Deutschland lebenden Südkoreanern handelt es sich somit zu einem großen Teil um jene Bergarbeiter, welche in den 1970er Jahren eingewandert sind.

---

<sup>38</sup> Dies war jedoch umstritten, weil unklar war, ob die südkoreanischen Bergarbeiter bei der Rückkehr nach Südkorea tatsächlich einer politischen Verfolgung ausgesetzt gewesen wären (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 133 f.; Stolle 1990: 42; Yoo, J.-S. 1996: 31).

#### 4.2.1.2 „Sanfte Engel“ aus Fernost

Die offizielle Anwerbung weiblicher südkoreanischer Krankenpflegekräfte fand später als die ihrer männlichen Landsleute statt. Die Beschäftigung in deutschen Krankenhäusern entwickelte sich zunächst aus nicht-staatlichen Initiativen. Deutsche Ordensgemeinschaften und katholische Priester, welche für die deutsche katholische Mission in Südkorea tätig waren, versuchten durch private Anwerbungen den Mangel an Pflegepersonal in ihren Krankenhäusern und teilweise auch an Nachwuchs für die Orden auszugleichen (vgl. Kim, Y.-H. 1986: 20; Yoo, J.-S. 1996: 25; Na, H. 2014: 166-168). Einige südkoreanische Mediziner, welche in der Bundesrepublik als Ärzte tätig waren, haben ähnliche Initiativen ergriffen. Allen voran hat der Stationsarzt Dr. Sukil Lee von der Uniklinik Mainz in Kooperation mit Frankfurter Kliniken<sup>39</sup> im Januar 1966 128 südkoreanische Krankenschwestern nach Deutschland geholt, was als Ausgangspunkt der offiziellen Anwerbung für südkoreanische Krankenpflegekräfte gilt (vgl. Shim, Y. 1974: 2 f.). Südkoreanische Krankenschwestern hatten bald einen guten Ruf in Deutschland; sie galten als still, fleißig, sanft, geduldig und freundlich. Bei der deutschen Bevölkerung fanden sie eine hohe Wertschätzung und die Presse betitelte sie z.B. als „sanfte und liebe Wesen“, „Schwester Lotusblüte“ oder „Rettende Engel aus Asien“ (vgl. Yoo, D.-J. 1975: 10; Simon 1985: 19 & 27; Nestler-Tremel/Tremel 1985: VII; Stolle 1990: 46). Die sich daraus ergebende, höhere Nachfrage nach südkoreanischen Krankenpflegekräften verstärkte die privaten Anwerbungen im Laufe der 1960er Jahre. Dies führte wiederum zur Herausbildung privater Vermittlungsagenturen, welche gewinnorientiert arbeiteten (vgl. Shim, Y. 1974: 3; Yoo, D.-J. 1975: 10; Yoo, T.-S. 1981: 42; Kim, Y.-H. 1986: 21; Stolle 1990: 46).

Im Jahr 1969 kam eine Vereinbarung zwischen den Regierungen von Deutschland und Südkorea zustande, die die Anwerbung und Vermittlung von südkoreanischem Pflegepersonal regelte. Sie zielte nicht zuletzt auf den Ausschluss jeglicher Art von gewinnorientierten Privatvermittlungen ab (vgl. Shim, Y. 1974: 3; Kim, Y.-H. 1986: 21). Überdies wurde die Anwerbung offiziell als Entwicklungshilfe für Südkorea gekennzeichnet (vgl. Yoo, J.-S. 1996: 26).<sup>40</sup> Für die Durchführung der Anwerbung waren die DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) und die

---

<sup>39</sup> Laut Angabe von Dr. Sukil Lee, mit dem im Rahmen des vorliegenden Dissertationsprojektes ein Kontakt zustande kam, war die damalige CDU-Regierung nicht bereit, ausländischen Pflegekräften eine Genehmigung für die Arbeit und den Aufenthalt zu erteilen, das Land Hessen hingegen schon.

<sup>40</sup> Wobei die fachliche Qualifikation der südkoreanischen Krankenschwestern die ihrer deutschen Kolleginnen nach verbreiteter Meinung tatsächlich übertraf (vgl. Simon 1985: 16; Yoo, J.-S. 1996: 26).

KODCO zuständig (vgl. Shim, Y. 1974: 3 f.; Yoo, D.-J. 1975: 11; Kim, Y.-H. 1986: 21; Stolle 1990: 46). Nach deren Vereinbarung war vorgesehen, von 1971 bis 1974 mindestens 2.200 examinierte Krankenschwestern und 9.800 Krankenpflegehelferinnen in die Bundesrepublik zu holen. Jedoch bevorzugten Krankenhäuser aufgrund flexiblerer Einsatzmöglichkeiten examinierte Krankenschwestern gegenüber Pflegehelferinnen. So wurden mehr examinierte Krankenschwestern nachgefragt als in der Vereinbarung geplant (vgl. Yoo, D.-J. 1975: 11 f.; Yoo, T.-S. 1981: 49; Kim, Y.-H. 1986: 21; Stolle 1990: 46; Yoo, J.-S. 1996: 26). Tatsächlich waren rund 70% der in der Bundesrepublik beschäftigten südkoreanischen Pflegekräfte examinierte Krankenschwestern (vgl. Simon 1985: 16). Laut Angaben der DKG, welche in der folgenden Tabelle 3 dargestellt sind, kamen zwischen 1960 und 1976 6.513 Krankenschwestern und 4.051 Krankenpflegehelferinnen in die Bundesrepublik.<sup>41</sup> Die Tabelle zeigt, dass die Anwerbung südkoreanischer Krankenpflegekräfte nach der Vereinbarung zwischen beiden Ländern 1969 zugenommen hat und über den Anwerbestopp für Nicht-EG-Ausländer im Jahr 1973 hinaus bis 1976 weiterlief.

---

<sup>41</sup> Andere Studien bestätigen, dass mehr Krankenschwestern als Krankenpflegehelferinnen in die Bundesrepublik kamen, wobei unterschiedliche Zahlen genannt werden. Laut J.-S. Lee sind zwischen 1966 und 1975 5.270 Krankenschwestern und 3.959 Krankenpflegehelferinnen in die Bundesrepublik eingereist (vgl. Lee, J.-S. 1991: 28). Nach der Angabe von D.-J. Yoo, welche die Zahlen der eingereisten südkoreanischen Krankenpflegekräfte bis 1974 erfasst hat, waren es 5.651 Krankenschwestern und 3.832 Krankenpflegehelferinnen (vgl. Yoo, D.-J. 1975: 12).

Tabelle 3: Südkoreanische Krankenpflegekräfte

Anmerkung: KS (Krankenschwestern)/ KPH (Krankenpflegehelferinnen)

| Jahr    | KS   | KPH  | gesamt |
|---------|------|------|--------|
| 1960-65 | 897  | 146  | 1043   |
| 1966    | 723  | 297  | 1020   |
| 1968    | 9    | -    | 9      |
| 1969    | 459  | 55   | 514    |
| 1970    | 897  | 859  | 1756   |
| 1971    | 461  | 893  | 1354   |
| 1972    | 669  | 866  | 1535   |
| 1973    | 763  | 419  | 1182   |
| 1974    | 954  | 252  | 1206   |
| 1975    | 410  | 58   | 468    |
| 1976    | 55   | 15   | 70     |
| gesamt  | 6513 | 4051 | 10564  |

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Die Beschäftigung der südkoreanischen Krankenpflegekräfte in der Bundesrepublik war, ebenso wie jene der südkoreanischen Bergleute, auf jeweils drei Jahre beschränkt. Jedoch konnten Arbeitsverträge nach der dreijährigen Beschäftigung auf Grund des Personalmangels im Gesundheitswesen ohne Schwierigkeiten verlängert werden (vgl. Stolle 1990: 51 f.; Schmalz-Jacobsen/Hansen/Polm 1997: 94). Allerdings gab es während der wirtschaftlichen Krise Mitte der 1970er Jahre teilweise Schwierigkeiten bei der Verlängerung von Arbeitsverträgen und Aufenthaltserlaubnissen.<sup>42</sup> Dennoch waren die Arbeitsstellen der südkoreanischen

---

<sup>42</sup> Erstens reduzierten die Krankenhäuser die Stellen. Zweitens wollte man nun mehr Deutsche im Gesundheitswesen beschäftigen. Außerdem waren manche Bundesländer, vor allem Bayern und Baden-Württemberg, mit der Begründung, „die Bundesrepublik Deutschland sei kein Einwanderungsland“, nicht mehr bereit, nach dem Ablauf eines Arbeitsvertrags die Aufenthaltserlaubnis zu verlängern (vgl. Stolle 1990: 51 f.; Yoo, J.-S. 1996: 29 & 42).

Krankenpflegekräfte im Vergleich zu anderen ausländischen Berufsgruppen durch Kündigungsschutzbestimmungen und Tarifverträge auch während der Krise relativ gut gesichert (vgl. Choe/Daheim 1987: 96).

Voraussetzung für die Beschäftigung südkoreanischer Arbeitsmigrantinnen in der Bundesrepublik waren allerdings Vorerfahrungen bzw. eine Ausbildung in einem Bereich des Gesundheitswesens. Wie bereits angedeutet teilten sich die nach Deutschland eingereisten südkoreanischen Krankenpflegekräfte hinsichtlich ihres Qualifikationsgrads in zwei Gruppen: examinierte Krankenschwestern und Krankenpflegehelferinnen. Diese unterscheiden sich vor allem in der Ausbildung sowie den praktischen Aufgaben. Der Tätigkeitsschwerpunkt der Krankenschwestern in Südkorea lag und liegt auf der Behandlungspflege. Dafür brauchte man damals ein sechssemestriges College-Studium oder acht Semester an einer Universität (vgl. Yoo, T.-S. 1981: 45; Simon 1985: 16; Stolle 1990: 47), wobei der Abschluss auch international anerkannt war (vgl. Schmalz-Jacobsen/Hansen/Polm 1997: 94). Südkoreanische Krankenschwestern hatten also einen Hochschulabschluss. Da man in Südkorea eine hohe Studiengebühr aus eigener Tasche bezahlen musste, stand ein Studium in der Regel nur Mädchen aus wohlhabenden Familien offen (vgl. Yoo, T.-S. 1981: 46). Es ist daher anzunehmen, dass der größte Teil der südkoreanischen Krankenschwestern zumindest aus der Mittelschicht stammte (vgl. Yoo, T.-S. 1981: 54; Kim, Y.-H. 1986: 31; Hwang, S.-Y. 1991: 103). Diese Gruppe der südkoreanischen Arbeitsmigrantinnen kam in den meisten Fällen aus städtischen Gebieten. Nach Abschluss des Studiums an zumeist in den Städten angesiedelten Universitäten und Colleges wollte der überwiegende Teil der Krankenschwestern auch in den städtischen Gebieten arbeiten, wo es vergleichsweise viele Krankenhäuser gab (vgl. Lee, J.-S. 1991: 39), die meisten Stellen aber bereits besetzt waren. Obwohl das Gesundheitswesen in ländlichen Gebieten unter Personalmangel litt, war es aufgrund des geringeren Lebensstandards für viele weniger attraktiv, dort zu arbeiten. Das führte dazu, dass die gut qualifizierten, jedoch überzähligen Krankenpflegekräfte aus städtischen Gebieten verstärkt in die Bundesrepublik auswanderten, wo sie auch besser bezahlt wurden als im eigenem Land (vgl. Yoo, D.-J. 1975: 17 & 383; Yoo, T.-S. 1981: 47). Auf Grund der besseren Verdienstmöglichkeiten haben sich im Laufe der Zeit nicht nur arbeitslose, sondern vermehrt auch berufstätige Krankenschwestern für eine Beschäftigung in Deutschland entschieden (vgl. Shim, Y. 1974: 18).

Den Beruf der Krankenpflegehelferin gab es in Südkorea ursprünglich nicht, da pflegerische Tätigkeiten als Aufgabe der Angehörigen angesehen wurden. Die Ausbildung zur Krankenpflegehelferin entstand erst im Rahmen der Anwerbung nach Deutschland, wo eine Nachfrage für solche Tätigkeiten bestand (vgl. Stolle 1990: 48; Yoo, J.-S. 1996: 26). Die Ausbildung zur Krankenpflegehelferin erfolgte durch private, kommerziell arbeitende Institute (vgl. Yoo, D.-J. 1975: 17 f.). In der Regel dauerte die Ausbildung ein Jahr und bestand aus neun Monaten theoretischem Unterricht und drei Monaten praktischer Ausbildung (vgl. Stolle 1990: 48).

Insgesamt waren die südkoreanischen Arbeitsmigrantinnen bei der Auswanderung relativ jung (meist um die 20, teilweise bis zu 30 Jahre alt) und überwiegend ledig (vgl. Simon 1985: 17; Choe/Daheim 1987: 35; Yoo, J.-S. 1996: 28; Schmalz-Jacobsen/Hansen/Polm 1997: 94). Überdies kennzeichneten sie sich dadurch, dass sie vor ihrer Abreise in die Bundesrepublik im Kontext von Schule und Religion spezifisch geprägt und daher mit der westlichen Kultur gewissermaßen vertraut waren (vgl. Yoo, T.-S. 1981: 67; Simon 1985: 17). Mehrere Studien beziffern den Anteil der Christen (katholisch und evangelisch) unter südkoreanischen Arbeitsmigrantinnen auf über 50%. Dieser Anteil ist für südkoreanische Verhältnisse enorm hoch. So handelte es sich dort beispielsweise im Jahr 1978 nur bei 17% der Bevölkerung um Christen. Der hohe Anteil an Christen unter den südkoreanischen Arbeitsmigrantinnen wird auch auf die Rolle katholischer Organisationen in der Anfangszeit der Anwerbung zurückgeführt (vgl. Shim, Y. 1974: 13; Yoo, D.-J. 1975: 147; Simon 1985: 17; Kim, Y.-H. 1986: 20; Yoo, J.-S. 1996: 34 f.).

Sowohl für die südkoreanischen Krankenpflegekräfte als auch für die Bergleute spielten die besseren Verdienstmöglichkeiten in Deutschland bei der Auswanderung eine entscheidende Rolle. Abgesehen davon hatten sie aber noch andere Gründe, eine Beschäftigung in Deutschland aufzunehmen. Der folgende Abschnitt behandelt diese Motive.

#### **4.2.2 Motive der SüdkoreanerInnen für die Aufnahme einer Beschäftigung in Deutschland**

Wie im Folgenden verdeutlicht wird, waren für die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen ökonomische Motive sowie das soziokulturelle Interesse an Europa wesentliche Gründe für die Aufnahme einer Beschäftigung in Deutschland. Jedoch waren diese Gründe bei den beiden Gruppen (Bergleuten und Krankenpflegekräften) unterschiedlich ausgeprägt.

Bei den (männlichen) Bergleuten scheinen die besseren Verdienstmöglichkeiten an erster Stelle zu stehen. Sie wollten in kurzer Zeit, nämlich den vorgesehenen drei Jahren, möglichst viel

Geld verdienen und sparen, um sich damit zu Hause eine Existenz aufbauen zu können. Dieses Motiv war für meisten südkoreanischen Bergleute von großer Bedeutung, weil der überwiegende Teil von ihnen für den Unterhalt der Familie verantwortlich war (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 36). In einer quantitativen Studie von Y.-H. Kim<sup>43</sup> (1986) gaben 80,4% der befragten Südkoreaner den finanziellen Vorteil als Hauptgrund für die Arbeitsmigration an, während dies bei nur 52,7% der Südkoreanerinnen der Fall war. Ein weiterer wichtiger Grund - „Europa kennenzulernen“ - war bei 28,0% der Südkoreaner und 36,7% der Südkoreanerinnen von Bedeutung (vgl. Kim, Y.-H. 1986: 27). Demnach war das soziokulturelle Interesse an Europa bei den Südkoreanerinnen stärker ausgeprägt als bei den Südkoreanern.

Darauf verweisen auch weitere Studien. Eine Studie von Y. Shim (1974), welche sich mit der soziokulturellen Orientierung südkoreanischer Krankenpflegekräfte in Deutschland anhand einer Befragung von 152 Südkoreanerinnen beschäftigte, konnte feststellen, dass bei 53,3% der befragten Südkoreanerinnen ein ökonomischer Grund für die Aufnahme der Beschäftigung in Deutschland im Vordergrund stand. Zwar hatten sie teilweise bereits eine Stelle im Gesundheitswesen in Südkorea bzw. die Möglichkeit, dort einer Beschäftigung nachzugehen. Jedoch wirkte das Lohngefälle zwischen Südkorea und Deutschland<sup>44</sup> wie eine „Magnetkraft“ für die Entscheidung zur Auswanderung in die Bundesrepublik (vgl. Shim, Y. 1974: 17 f.). 32,8% der Befragten gaben einen Drang nach Abenteuer, Neugier und den Wunsch, die Welt kennenzulernen, als Hauptmotiv an. In diesem Zusammenhang wurde argumentiert, dass diese Motive eng mit der gesellschaftlichen Stellung von Frauen in Südkorea verbunden waren. Obwohl sich die Stellung von Frauen in den 1960er und 70er Jahren durch den Einfluss der westlichen Kultur und die Sicherung der gesetzlichen Gleichberechtigung zwischen Frauen und Männer verbesserte, waren Südkoreanerinnen immer noch dem Zwang traditioneller Verhaltenserwartungen der Gesellschaft unterworfen (vgl. ebd.: 20-22). D.-J. Yoo (1975) kam vor dem Hintergrund einer Befragung von 687 südkoreanischen Krankenpflegekräften<sup>45</sup> in Deutschland zu dem

---

<sup>43</sup> Diese Studie beschäftigt sich mit Sozialisationsproblemen koreanischer Kinder in Deutschland. In diesem Rahmen wurden 142 Südkoreaner und 150 Südkoreanerinnen befragt (vgl. Kim, Y.-H. 1986).

<sup>44</sup> Beispielsweise verdienten im Jahr 1965 Krankenschwestern in der Bundesrepublik viermal so viel wie in Südkorea (vgl. Yoo, J.-S. 1996: 28).

<sup>45</sup> Diese quantitative Studie beschäftigte sich mit der sozialen und beruflichen Situation südkoreanischer Krankenpflegekräfte in Deutschland in der ersten Hälfte der 1970er Jahre. Bei der Angabe waren Mehrfachnennungen möglich (vgl. Yoo, D.-J. 1975).

Schluss, dass soziokulturelle Motive sogar den häufigsten Anlass für die Aufnahme einer Beschäftigung in der Bundesrepublik darstellten. So gaben 44,3% der befragten Südkoreanerinnen solche Gründe an, während ökonomische Gründe nur für etwa 40% der Befragten relevant waren. Dabei wurde davon ausgegangen, dass abgesehen von der sozialen und gesellschaftlichen Stellung der Frauen auch schulische Lehrinhalte, die Darstellung westlicher Lebensformen in den Medien sowie die Konsummöglichkeiten in Europa für ein soziokulturelles Interesse an Europa gesorgt haben (vgl. Yoo, D.-J. 1975: 177 f.).<sup>46</sup> Die besseren Verdienstmöglichkeiten in Deutschland spielten laut der Studie vorwiegend für ältere, verheiratete Südkoreanerinnen und Pflegehelferinnen eine entscheidende Rolle (vgl. ebd.: 164 f.). Letztere stammten vermutlich aus wirtschaftlich schwächeren Familien, wodurch sie kein Studium in Südkorea aufnehmen konnten. Die günstigeren Ausbildungskosten für Pflegehelferinnen ebneten für sie den Weg, in Deutschland in der Krankenpflege zu arbeiten (vgl. Yoo, J.-S. 1996: 28). Andere Studien gehen hingegen davon aus, dass südkoreanische Krankenschwestern häufig aus der sozialen Mittelschicht stammten und ihnen durchaus Möglichkeiten zur Verfügung standen, einer Beschäftigung im Gesundheitswesen in Südkorea nachzugehen (vgl. Shim, Y. 1974: 18 f. & 22; Yoo, T.-S. 1981: 54; Stolle 1990: 77; Yoo, J.-S. 1996: 28). Als weitere Motive, eine Beschäftigung in Deutschland aufzunehmen, nannten einige Südkoreanerinnen familiäre Gründe, zum Beispiel eine unglückliche Ehe oder den Zwang zur Heirat (vgl. Yoo, D.-J. 1975: 172-177; Stolle 1990: 78).

Überdies war der Wunsch nach einem Studium oder einer weiteren Ausbildung in Deutschland sowohl für Südkoreaner als auch für Südkoreanerinnen von Bedeutung. Dies galt insbesondere für jüngere Leute, die in Südkorea aus finanziellen Gründen nicht studieren konnten. Ihr Wunsch war es, durch eine Tätigkeit in Deutschland zeitgleich bzw. später ein Studium zu finanzieren (vgl. Yoo, D.-J. 1975: 170; Nestler-Tremel/Tremel 1985: 37; Hwang, S.-Y. 1991: 103; Yoo, J.-S. 1996: 28). Ein weiteres, wichtiges Motiv für die Auswanderung lag für manche SüdkoreanerInnen in den politischen Unruhen begründet. Mit der Auswanderung wollten sie politischen Repressionen in ihrem Heimatland entgehen (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 37;

---

<sup>46</sup> Dies scheint teilweise auch bei den Südkoreanern eine Rolle gespielt zu haben, welche meist ein relativ hohes Bildungsniveau aufwiesen und in den Schulen mit europäischer Geschichte und Literatur in Berührung gekommen waren. Generell stellte man in der südkoreanischen Gesellschaft eine „Verwestlichung“ fest, die bei manchen Menschen zu einer Sehnsucht nach westlichen Ländern geführt habe (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 36; Kim, Y.-H. 1986: 27 f.; Hwang, S.-Y. 1991: 102 f.; Lee, J.-S. 1991: 43-45; Stolle 1990: 43; Yoo, J.-S. 1996: 30).

Stolle 1990: 81). Außerdem war die Beschäftigung in Deutschland für die meisten Menschen die einzige Möglichkeit, überhaupt ins Ausland zu gehen, da dies seitens der Regierung auf Grund der Devisenknappheit eingeschränkt war (vgl. Yoo, D.-J. 1975: 183; Yoo, T.-S. 1981: 54; Stolle 1990: 43 & 76; Hwang, S.-Y. 1991: 103; Yoo, J.-S. 1996: 28).

Obwohl die meisten SüdkoreanerInnen zunächst nur für drei Jahre in die Bundesrepublik gekommen waren und danach in die Heimat zurückkehren wollten, blieb ein Teil von ihnen auch nach dieser Zeit weiterhin in Deutschland und ist mittlerweile in die Rente eingetreten. Der nächste Abschnitt beschäftigt sich damit, aus welchen Gründen sie in Deutschland geblieben sind.

### **4.2.3 Gründe für den Verbleib von SüdkoreanerInnen in der Bundesrepublik Deutschland**

Die oben genannte Studie von Shim (1974) zeigt, dass die Rückkehrbereitschaft südkoreanischer Krankenpflegekräfte mit der Dauer des Aufenthalts sank (vgl. auch Yoo, D.-J. 1975: 373; Yoo, J.-S. 1996: 29). So beabsichtigten 83,6% der Befragten bei Vertragsabschluss, nur für drei Jahre in der Bundesrepublik zu bleiben. Jedoch veränderte sich ihre Einstellung im Lauf der Zeit. Nach dem Ende des 3-jährigen Vertrags waren nur noch 27,6% bereit, nach Südkorea zurückzukehren. 64,5% der Befragten hatten vor, ihren Vertrag zu verlängern. Dabei waren ältere und verheiratete Südkoreanerinnen tendenziell eher bereit, nach Südkorea zurückzukehren (vgl. Shim, Y. 1974: 140 f.). Wesentliche Gründe, den Aufenthalt in Deutschland zu verlängern, lagen in der mangelnden beruflichen Perspektive in Südkorea und der Möglichkeit, weiter in Deutschland zu arbeiten. Im Falle der Südkoreaner waren die Bedingungen des südkoreanischen Arbeitsmarkts bei ihrer Rückkehr sogar schlechter als vor der Abreise (vgl. Choe/Daheim 1987: 34; Yoo, J.-S. 1996: 31). Nach wie vor bestand dort Massenarbeitslosigkeit und bei der Rückkehr mussten sie mit jüngeren Landsleuten um eine Arbeitsstelle konkurrieren (vgl. Nestler-Tremel/Tremel 1985: 127). Das benötigte Kapital für eine selbständige Tätigkeit konnte durch die Ersparnisse aus Deutschland nicht abgedeckt werden. Beschäftigungsmöglichkeiten als Handarbeiter zeichneten sich durch einen niedrigen Lohn und ein geringes Sozialprestige aus (vgl. Choe/Daheim 1987: 34). Südkoreanische Krankenpflegekräfte hatten bei der Rückkehr ebenfalls schlechte Perspektiven in ihrem Beruf; durch die unterschiedlichen Aufgaben in beiden Ländern wurde angenommen, dass sie während der Beschäftigung in Deutschland ihr fachliches Wissen teilweise verlernt hätten. Abgesehen davon boten sich die

meisten Chancen, eine Stelle zu bekommen, in ländlichen Gebieten, wo jedoch wegen der niedrigen Löhne und den noch stark in der Bevölkerung verwurzelten, traditionellen Verhaltensordnungen wenige südkoreanische Arbeitsmigrantinnen arbeiten wollten (vgl. Stolle 1990: 52 f.; Yoo, J.-S. 1996: 29). Hingegen hatten sie – wie bereits erwähnt – keine Schwierigkeiten, ihren Arbeitsvertrag in Deutschland zu verlängern, obwohl dieser ursprünglich auf drei Jahre begrenzt war (vgl. Na, H. 2014: 145).

Ein weiterer wichtiger Faktor, der die Rückkehr- bzw. Bleibeperspektive beeinflusste, war die Heirat. Laut Angaben des Vereins „Glückauf Koreanischer Bundesverband in der BRD e.V.“ war 40% der nach Deutschland ausgewanderten Südkoreaner ledig (vgl. Glückauf Koreanischer Bundesverband 2009: 81). Bei Südkoreanerinnen waren dies sogar zu 90% der Fall (vgl. Na, H. 2014: 173 f.). Diejenigen, welche im Lauf der Zeit in Deutschland heirateten, neigten zum Verbleib, vor allem wenn sie einen Deutschen bzw. eine Deutsche geheiratet hatten. Zwischen 1974 und 1990 wurden 2.123 südkoreanische ArbeitsmigrantInnen auf Grund einer Heirat mit Deutschen einbürgert. Dabei machten die Südkoreanerinnen den größten Teil aus (vgl. Yoo, J.-S. 1996: 35). Für Südkoreaner war hingegen die Heirat mit einer südkoreanischen Arbeitsmigrantin der häufigere Weg, weiterhin in Deutschland zu bleiben. Mit der Heirat wurde dann der vorübergehende zu einem langfristigen Aufenthalt in Deutschland (vgl. Na, H. 2014: 173). Die besseren Ausbildungsmöglichkeiten für Kinder in Deutschland trugen ebenfalls zu dem Wunsch bei, in Deutschland zu bleiben. In Südkorea mussten die anfallenden Kosten für eine qualifizierte Ausbildung von den Familien selber getragen werden, was wiederum durch die dortigen, unklaren Berufsperspektiven gefährdet schien (vgl. Choe/Daheim 1987: 6 & 131). Außerdem war die Entfremdung von der südkoreanischen Kultur und Gesellschaft ein Grund des Verbleibens (vgl. Stolle 1990: 53). Langfristig sahen manche SüdkoreanerInnen den Aufenthalt in Deutschland jedoch als vorläufig an und planten, zu einem späteren Zeitpunkt, nämlich im Rentenalter, nach Südkorea zurückzukehren (vgl. Choe/Daheim 1987: 31 & 119).

### ***Zwischenfazit***

Die Einwanderung von südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen nach Deutschland wurde aktiv von beiden Staaten, der Bundesrepublik Deutschland und Südkorea, in Gang gesetzt. Auf Seiten der Bundesrepublik gab es einen enormen Bedarf an Arbeitskräften, welcher durch den heimischen Arbeitsmarkt nicht gestillt werden konnte. Auf Seiten Südkoreas gab es hingegen

ein Überangebot an Arbeitskräften und gleichzeitig litt das Land unter einem Mangel an Devisen. Daraus resultierend betrieben die beiden Länder eine aktive Im- und Emigrationspolitik und schlossen bilaterale Regierungsvereinbarungen für die Anwerbung und Vermittlung von Arbeitskräften.

Die Einwanderung in die Bundesrepublik Deutschland war für die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen vor allem deshalb attraktiv, weil das Lohngefälle zwischen den beiden Ländern groß war und ein hoher Verdienst in kurzer Zeit möglich schien, um eine sichere Existenz bzw. bessere Lebensbedingungen in der Heimat zu schaffen. Zudem hatten die südkoreanischen Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten ein soziokulturelles Interesse an westlichen Ländern, die vor dem Hintergrund von Berichten in Schulen oder Medien wie „Traumländer“ erschienen. Hinzu kam, dass die Anwerbung in die Bundesrepublik Deutschland für Normalbürger die einzige Möglichkeit darstellte, überhaupt in westliche Ländern einreisen zu können.

Südkoreanische Arbeitskräfte wurden hauptsächlich in zwei Berufszweigen rekrutiert, nämlich in der Krankenpflege und dem Bergbau. In diesem Rahmen sind zahlenmäßig mehr Südkoreanerinnen als Südkoreaner in die Bundesrepublik eingereist. Obwohl südkoreanische Arbeitsmigranten meist ein hohes Bildungsniveau besaßen, waren sie bereit, in Deutschland eine Arbeit im Bergbau aufzunehmen, welche sie in der Regel in ihrer Heimat Südkorea nicht ausüben würden. Hingegen waren südkoreanische Arbeitsmigrantinnen im Gesundheitswesen tätig, wofür sie in ihrer Heimat ein Studium bzw. eine Ausbildung absolviert und zum Teil bereits in Südkorea praktische Erfahrung gesammelt hatten. Die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen hatten bereits vor der Auswanderung in die Bundesrepublik Deutschland durch die westlich geprägte Schulausbildung und Medienlandschaft gewissermaßen indirekt Kontakt zur westlichen Kultur. Vor allem unter den südkoreanischen Krankenpflegekräften war eine Zugehörigkeit zu westlichen Religionen verbreitet. Außerdem stammten vor allem die Krankenschwestern größtenteils aus der städtischen Mittelschicht.

Südkoreanische Familiengründungen entstanden generell nicht durch Familiennachzug, sondern durch eine Heirat in Deutschland. Dies ist darauf zurückzuführen, dass südkoreanische Arbeitsmigranten meist nur durch die Heirat mit einer südkoreanischen Arbeitsmigrantin, welche durch ihre Tätigkeit im Gesundheitswesen in der Regel eine gültige Aufenthaltserlaubnis besaß, weiter in Deutschland bleiben konnten. Für südkoreanische Arbeitsmigrantinnen war dagegen häufig die Heirat mit einem Deutschen ein relevanter Grund, in Deutschland zu bleiben. Obwohl beide Gruppen ursprünglich nur vorübergehend bleiben wollten, blieb ein Teil

von ihnen schließlich dauerhaft. Als wesentlicher Grund dafür ist die Schwierigkeit der Reintegration in die südkoreanische Gesellschaft, vor allem auf dem Arbeitsmarkt, zu sehen.

Insgesamt liegt die Vermutung nahe, dass das relativ hohe Bildungsniveau der SüdkoreanerInnen (welches auch den Erwerb der neuen Sprache erleichtert haben könnte), die indirekten Kontakte mit der westlichen Kultur im Heimatland (durch Schule, Medien und Religion) und ihr soziokulturelles Interesse an westlichen Ländern den Zugang zur und die Anpassung an die Aufnahmegesellschaft begünstigt haben könnten. Im Fall der südkoreanischen Arbeitsmigrantinnen könnte die positive Anerkennung ihrer Tätigkeit in den Krankenhäusern (mindestens in der ersten Zeit) die Orientierung an der Aufnahmegesellschaft gefördert haben; die theoretische Auseinandersetzung mit Akkulturation (siehe 2.2.2.1) würde dies nahelegen. Ebenso könnten die hohe Sprachkompetenz der Südkoreanerinnen (welche für Gesundheitsberufe notwendig war) und ihre Tätigkeiten als Krankenpflegekräfte soziale Kontakte zu Einheimischen und den Zugang zum Gesundheitswesen in Deutschland erleichtert haben.<sup>47</sup> Auffällig ist ferner, dass ein großer Teil der verbliebenen Südkoreanerinnen mit Einheimischen verheiratet ist, was wiederum als günstige Bedingung für die Anpassung an die Aufnahmegesellschaft aufgefasst werden könnte. Was die Vertrautheit mit der einheimischen Kultur und dem Gesundheitswesen in Deutschland angeht, verweist vieles auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Diese könnten auch mit Blick auf Einstellungen zur (formellen) Pflege und den Informationsstand zum Pflegesystem relevant sein. In der empirischen Analyse sollen diese Aspekte genauer untersucht werden.

Wie bereits im ersten Kapitel dargestellt, gibt es unterschiedliche kulturspezifische Muster der Pflege. Im Kontext der Migration sind südkoreanische ArbeitsmigrantInnen einerseits mit dem ursprünglich vertrauten Muster der Pflege im Herkunftsland Südkorea, andererseits aber auch dem Pflegemuster der Aufnahmegesellschaft Deutschland konfrontiert. Mit Blick darauf behandelt das nächste Kapitel das besondere Pflegemuster in der südkoreanischen Gesellschaft, das darauffolgende Kapitel dann das deutsche Muster.

---

<sup>47</sup> Die im vorangegangenen Kapitel dargestellten Befunde über niedrige Sprachkenntnisse von Arbeitsmigrantinnen und den daraus folgenden schwierigen Zugang zum Gesundheitswesen (siehe 3.2.4) weisen allerdings in eine andere Richtung.

## 5 Pflege in der südkoreanischen Gesellschaft

Die meisten seit den 50er bis Mitte der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts in die Bundesrepublik Deutschland zugewanderten ArbeitsmigrantInnen wurden in südeuropäischen Ländern angeworben. Südkorea liegt nicht nur geographisch weiter weg, sondern unterscheidet sich auch *kulturell* stark von Deutschland und den anderen Anwerbeländern. Es liegt daher nahe, dass die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen bei ihrer Ankunft in der Bundesrepublik Deutschland teilweise andere Denkmuster und Verhaltensweisen hatten und zum Teil heute noch haben. Diese dürften auch die Einstellung zu und den Umgang mit Pflegebedürftigkeit unter südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen beeinflussen, da kulturelle Rahmenbedingungen - quasi als „gedachte Ordnung“ (Rieger 2004: 136) - bei der Pflege älterer Menschen eine wichtige Rolle spielen, also jede Kultur eine eigene ‚Idee‘ der Gestaltung von Pflege älterer Menschen hat.

Eine Reihe südkoreanischer Studien weist bezüglich der Pflege älterer Menschen darauf hin, dass einerseits die traditionelle Wertvorstellung einer „Kinds Pietät“ und die Bereitschaft der Familie zur Pflege gebrechlicher Eltern in der gegenwärtigen südkoreanischen Gesellschaft teilweise weiterhin fortbesteht. Andererseits unterliegt die südkoreanische Gesellschaft einem Wandel, welcher mit Veränderungen der Pflegearrangements einhergeht (vgl. Song, D.-y. 2004: 208 f.; Cho, S.-N. 2006: 139 f.). So wurde beispielsweise 2008 eine öffentliche Pflegeversicherung eingeführt, wodurch sich die Pflegelandschaft radikal veränderte. Vor diesem Hintergrund umreißt dieses Kapitel kulturelle Faktoren in der traditionellen und modernen südkoreanischen Gesellschaft, die die Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen betreffen. Zunächst wird die Versorgung und Pflege in der traditionellen koreanischen Gesellschaft dargestellt.<sup>48</sup> Hierbei werden insbesondere der Konfuzianismus und die darin zentrale Wertvorstellung der Kinds pietät behandelt. Der Konfuzianismus hat als Herrschaftsideologie der Choson-Dynastie<sup>49</sup> vom Jahr 1392 bis zum Anfang der japanischen Kolonialzeit 1910 die koreanische Gesellschaft tief durchgedrungen und dabei auch Familienstrukturen sowie das familiäre Leben

---

<sup>48</sup> Korea ist seit der japanischen Kolonialherrschaft (1910-1945) und dem darauf folgenden Koreakrieg (1950-1953) in Süd und Nord geteilt (vgl. Choe/Drescher/Werning 2007: 13 f.). Im weiteren Text bezieht sich die Bezeichnung ‚Korea‘ auf die Zeit vor der Teilung, während für die Zeit danach die Bezeichnung ‚Südkorea‘ verwendet wird.

<sup>49</sup> Dies wird auch als Yi-Dynastie oder Joseon-Dynastie bezeichnet.

bestimmt. Im Folgenden soll dargelegt werden, wie sich die Pflege älterer Menschen in der traditionellen koreanischen Familie und Gesellschaft gestaltete (5.1). Danach rücken typische Pflegearrangements während der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts in den Mittelpunkt (5.2). Dabei werden die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen in Bezug auf die Pflege älterer Menschen dargestellt, welche die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen vor dem Wegzug aus ihrer Heimat zum Teil selbst erlebt haben. Danach geht es schließlich um die Versorgung älterer Menschen nach der Einführung der Pflegeversicherung 2008 (5.3).

Das Kapitel soll dazu beitragen, den kulturellen Hintergrund der südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen bezüglich der Pflege zu beleuchten, welcher trotz ihres langen Aufenthaltes in Deutschland nach wie vor Einfluss auf ihren „Pflegehorizont“ ausüben könnte. Zudem könnte dieser Hintergrund insbesondere für diejenigen südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen von Bedeutung sein, die sich (stärker) an der Herkunftskultur orientieren und in Erwägung ziehen, nach der Erwerbstätigkeit in Deutschland nach Südkorea zurückzukehren.

## **5.1 Die von der Kindespietät geprägte traditionelle koreanische Gesellschaft**

Korea ist ein Land, das über 1000 Jahre lang unter dem Einfluss des *Konfuzianismus* stand und teilweise heute noch steht (vgl. Seo, S.-K. 2000: 50; Lee, S.-M. 2007: 182). Dies bedeutet, dass der Konfuzianismus das koreanische Denken und Leben stark geprägt hat. Er hatte sowohl auf Politik und Wissenschaft als auch auf das Alltagsleben der Menschen in der traditionellen koreanischen Gesellschaft, darunter vor allem das familiäre Leben und zwischenmenschliche Beziehungen, einen großen Einfluss (vgl. Choi, M.-H. 1960: 33; Kim, S.-J. 2006: 257). Gerade bezüglich der Pflege älterer Menschen war der Einfluss des Konfuzianismus enorm. Er bestimmte die *soziale Stellung* älterer Menschen innerhalb der Familie und der Gesellschaft und prägte das *traditionelle Familiensystem* sowie die *Rollenverteilung* bei der Pflege älterer Eltern. Im folgenden Abschnitt werden auf der Basis historischer Quellen und relevanter Literatur die Grundcharakteristika des Konfuzianismus in Südkorea dargestellt.

### 5.1.1 Die Grundcharakteristika des Konfuzianismus

Der Konfuzianismus entstand ursprünglich in China. Wie die Bezeichnung „Konfuzianismus“<sup>50</sup> andeutet, ist dessen ‚Hauptperson‘ Konfuzius<sup>51</sup> (551 – 479 v. Chr.). Unter Konfuzianismus versteht man ein Konzept zur Ordnung des allgemeinen gesellschaftlichen Lebens (vgl. Gu 1999: 37; Rieger 2004: 141; Schmidt 2005: 138). Im Mittelpunkt dieses Konzeptes steht die soziale Harmonie<sup>52</sup> innerhalb der Gesellschaft. Es geht davon aus, dass soziale Harmonie durch die Erfüllung der jedem Menschen zugeschriebenen, verschiedenen sozialen Rollen und Pflichten erreicht wird (vgl. Gu 1999: 37; Schmidt 2005: 152). Daraus folgend fokussiert die Lehre des Konfuzianismus die sozialen Beziehungen. Ein Mensch wird nicht als Individuum, sondern von seinen *sozialen Rollen* her gedacht. So haben die Familie, die Verwandtschaft und des Weiteren der Staat Vorrang vor der eigenen Person (vgl. Rieger 2004: 167; Schmidt 2005: 139; Roetz 2006: 13).

Laut dem Werk „Gespräche des Konfuzius“, welches eine Sammlung von Aussprüchen des Konfuzius<sup>53</sup> beinhaltet (vgl. Roetz 2006: 24), steht die *Kindespietät* gegenüber den Eltern im Mittelpunkt des sozialen Lebens. Konfuzius sagt: „Jemand, der als Mensch voller Pietät und Gehorsam gegenüber den Eltern ist, wird kaum gegen die Oberen aufbegehren. Und wer es nicht liebt, gegen die Oberen aufzubegehren, wird niemals Unruhe stiften“ (Kapitel 1, Abschnitt 2 der Gespräche des Konfuzius, zitiert nach Kubin 2011: 134). Für Konfuzius ist die Pietät gegenüber den Eltern ein grundlegender Wert nicht nur in der Familie, sondern auch in der Gesellschaft, und er schreibt ihr eine politische und gesellschaftliche Bedeutung zu. Was

---

<sup>50</sup> Der Begriff „Konfuzianismus“ ist ein rein westlicher Ausdruck. In China lautet er „rújiā“ und bedeutet „Schule der Sanftmütigen“. Im Gegensatz zum westlichen bezieht sich der chinesische Ausdruck nicht auf die Hauptperson dieser Strömung, Konfuzius (551-479 v. Chr.), sondern auf die vorrangig intellektuelle und friedliche Tätigkeit seiner Anhänger (vgl. Roetz 2006: 10).

<sup>51</sup> Nach seinem Selbstverständnis ist Konfuzius kein Urheber einer neuen Lehre, sondern Vermittler der bereits bestehenden (vgl. Yim, S. H. 1961: 20; Ess 2003: 21; Roetz 2006: 7).

<sup>52</sup> Hierbei geht es nicht nur um Ruhe und Ordnung im politischen Sinne. Für Konfuzius meint Harmonie einen Zustand der Übereinstimmung, von Einklang und Eintracht der Gesellschaft, welcher nicht durch die Anwendung von Gesetzen und staatlicher Gewalt, sondern aus einer hohen Moralität des Menschen entsteht (vgl. Gu 1999: 37).

<sup>53</sup> Die „Gespräche des Konfuzius“ (chinesisch: Lunyu) wurden durch die zweite und dritte Generation seiner Schüler basierend auf Notizen seiner direkten Schüler kompiliert. Sie gelten als die wichtigste Quelle zu den Gedanken des Konfuzius. Diese setzen sich aus zwanzig Kapiteln mit insgesamt ca. 500 Abschnitten zusammen (vgl. Seo, S.-K. 2000: 85; Ess 2003: 10; Schmidt 2005: 132; Roetz 2006: 23-25).

also in der Familie praktiziert wird, ist auch für den Staat von Bedeutung und zeigt gesamtgesellschaftlich Wirkung (vgl. Kubin 2011: 134).

Konfuzius definiert hierbei nicht genau, was die Kindespietät ist, sondern gibt Hinweise darauf, welches Verhalten im Sinne der Kindespietät situativ angemessen ist (vgl. Schmidt 2005: 134). Als Beispiel erklärt Konfuzius, was ein pietätvolles Verhalten der Kinder in einer Konfliktsituation zwischen Eltern und Staat sein sollte. So heißt es im Kapitel 13, Abschnitt 18 der „Gespräche des Konfuzius“:

*„In den Gesprächen preist ein Fürst das Verhalten eines Sohnes, der seinen Vater anzeigte, weil dieser ein Schaf gestohlen hatte. Konfuzius aber entgegnet: „Die Aufrechten in unserer Ortschaft sind anders. Der Vater wird seinen Sohn schützen und der Sohn den Vater. Darin findet sich bereits Aufrechtheit.““ (zitiert nach Ess 2003: 21 f.).*

Das zeigt deutlich, dass die Kindespietät vor der Loyalität zum Staat bzw. König steht.<sup>54</sup> Dies wird damit begründet, dass die Beziehung zwischen Eltern und Kindern naturbedingt und unabänderlich ist und die Kindespietät somit eine angeborene, vorstaatliche und unveräußerliche Pflicht darstellt. So haben Kinder in jedem Fall zu ihren Eltern zu stehen und sie nicht zu verlassen, selbst wenn diese schlecht sein mögen. Die Beziehung zwischen Herrscher und Minister ist hingegen eine künstlich geschaffene. Loyalität im Staat ist also eine künstliche Pflicht. Man hat die Wahl, wem man dienen möchte. Wenn einem der Herrscher nicht gefällt, kann man sich von ihm abwenden und damit wird die Beziehung aufgelöst. Das heißt, dass Pflichten von Kindern von größerer Bedeutung sind als jene von Untertanen (vgl. Cheuk-Yin 1990: 120; Gu 1999: 129-132). Die Kindespietät steht darüber hinaus nicht nur vor der Loyalität zum Staat, sondern auch vor anderen Tugenden. So wird beispielsweise die Vernachlässigung der Liebe zum Vater als das schwerste menschliche Vergehen bezeichnet (vgl. Yim, S. H. 1961: 15). Für Konfuzius macht die Kindespietät sogar den Unterschied zwischen Mensch und Tier aus; sie beinhaltet sowohl die physische und materielle Versorgung der Eltern als auch den respektvollen Umgang zwischen den Generationen (vgl. Gu 1999: 126; Seo, S.-K. 2000: 86; Lee, S.-M. 2007: 190 f.; Kubin 2011: 129). Obwohl die Kindespietät im Konfuzianismus einen absoluten

---

<sup>54</sup> Im Laufe der Zeit wurde das Konzept der Pietät und Loyalität in China, aber auch in Korea allerdings zugunsten von Herrschaftsinteressen manipuliert und verändert. So wurden die Herrscher als Vaterfiguren und die Untertanen als deren Kinder dargestellt. Folglich wurden Kindespietät und Loyalität gegenüber den Herrschern miteinander verschmolzen (vgl. Cheuk-Yin 1990: 126-128; Lee, S.-M. 2007: 187).

Grundwert bildet, fordert sie keinen blinden Gehorsam der Kinder gegenüber ihren Eltern. So können Kinder ihren Eltern – freundlich und zurückhaltend – Vorhaltungen machen, wenn diese gegen bestimmte Sitten verstoßen haben, wobei dies ebenfalls als eine Art von Kindespietät betrachtet wird (vgl. Cheuk-Yin 1990: 120; Gu 1999: 129).

Nach konfuzianischem Verständnis beinhaltet das Konzept „Kindespietät“ die Sorge um die Gesundheit der Eltern, das Zusammenleben in der Familie<sup>55</sup> sowie die Bereitschaft, ständig dafür zu sorgen, dass sich die Eltern leiblich und seelisch wohlfühlen (vgl. Gu 1999: 125). Es bedeutet auch, sich um die Eltern zu bemühen, ihnen den eigenen Besitz zur Verfügung zu stellen und für ihren Lebensunterhalt zu sorgen (vgl. Seo, S.-K. 2000: 86). Indirekt geht es zudem darum, den eigenen Eltern keine Sorgen zu bereiten, was zum Beispiel bedeutet, dass Kinder sich um ihre eigene Gesundheit kümmern sollen, da eine mögliche Krankheit eine Beeinträchtigung sowohl des eigenen als auch des Elternwohls bedeuten würde (vgl. Gu 1999: 125). Überdies sollten Kinder mit dem eigenen Körper, welchen sie dem Konfuzianismus nach von den Eltern erhalten haben, fürsorglich umgehen und ihm nicht mutwillig oder fahrlässig auch nur die kleinste Verletzung zufügen. So sollten Kinder beispielsweise keine Straftaten begehen, die früher mit dem Verlust eines Körperteils oder mit einer Tätowierung bestraft wurden (vgl. Ess 2003: 22 f.).

Kindespietät geht im Konfuzianismus auch über den Tod der Eltern hinaus. Das heißt, dass die Kinder den Eltern z.B. ein würdiges Begräbnis bereiten (vgl. Zhang 2005: 17) und in Dankbarkeit die dreijährige Trauer<sup>56</sup> vollziehen sollten. Außerdem soll die Kindespietät gegenüber den verstorbenen Eltern sowie Vorfahren in Form von Ahnenverehrung weitergeführt werden. Man geht hierbei davon aus, dass die Seelen der Eltern und Ahnen nach dem Tod weiterleben, das Schicksal der Menschen auf der Erde beeinflussen und den pietätvollen Kindern Wohlwollen zuteil werden lassen (vgl. Gu 1999: 41 f.; Lee, S.-M. 2007: 195 f.).<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> Die Nähe zu den Eltern gilt als eine wichtige Verpflichtung. In Kapitel 4, Abschnitt 19 der Gespräche des Konfuzius heißt es: „Zu Lebzeiten der Eltern unternehme man keine Reisen in die Ferne, und wenn doch, dann nur an einen bestimmten Ort“ (zitiert nach Kubin 2011: 131; vgl. Seo, S.-K. 2000: 86; Lee, S.-M. 2007: 194).

<sup>56</sup> Konfuzius rechtfertigt die dreijährige Trauerzeit wie folgt: „Ein Kind entwächst seiner Eltern Brust erst drei Jahre nach seiner Geburt. Darüber hinaus ist die dreijährige Trauerzeit eine weitverbreitete Gewohnheit aller unter dem Himmel“ (Kapitel 17, Abschnitt 21 der Gespräche des Konfuzius, zitiert nach Lee, S.-M. 2007: 195).

<sup>57</sup> Unter diesem Aspekt wird der Konfuzianismus teilweise als Religion betrachtet (vgl. Seo, S.-K. 2000: 44; Lee, S.-M. 2007: 195 f.).

Hieraus lässt sich ableiten, dass die Kindespietät im Konfuzianismus die wichtigste soziale Norm ist. Der in China entstandene Konfuzianismus wurde bis nach Korea verbreitet und beeinflusste das Leben von KoreanerInnen nachhaltig. Die koreanische Choson-Dynastie (1392-1910) wurde auf der Grundlage des Konfuzianismus geschaffen. Daraus folgend gewann die Kindespietät im familiären und gesellschaftlichen Leben ein großes Gewicht, was auch die Versorgung und Pflege älterer Eltern in der traditionellen koreanischen Gesellschaft betraf und teilweise heute noch betrifft. Vor diesem Hintergrund wird im folgenden Abschnitt erläutert, wie sich die Kindespietät als soziale Norm in der traditionellen koreanischen Gesellschaft etablierte und im Alltagsleben der koreanischen Bevölkerung umgesetzt und praktiziert wurde.

### **5.1.2 Die Ausformung des Konfuzianismus in der traditionellen koreanischen Gesellschaft**

Der Konfuzianismus übte bereits in der Zeit der Koguryo-Dynastie<sup>58</sup> (37 v. Chr. – 668 n. Chr.) erste Einflüsse in Korea aus. Im Jahr 372 wurde eine konfuzianische Hochschule in Korea errichtet (vgl. Choi, H. 1983: 7). Hier war auch die Kindespietät einer der Lehrinhalte (vgl. Chang, C. S./Chang, J. C. 2012: 10). Regelmäßig praktiziert wurde der Konfuzianismus jedoch erst in der Zeit der Choson-Dynastie (1392-1910). Die Choson-Dynastie machte den Konfuzianismus zur Herrschaftsideologie und zur geistigen Basis des neuen Staates. Dadurch wurden nicht nur die Politik, sondern auch andere gesellschaftliche Ebenen wie z.B. Ökonomie, Wissenschaft, Erziehung und Kultur nach der Lehre des Konfuzianismus umstrukturiert (vgl. Pak, M.-a. 2000: 83; Kim, S.-J. 2006: 27). Mit dem Ziel der Verbreitung des Konfuzianismus wurden die staatliche Akademie in der Hauptstadt Hanyang und mehrere Landschulen in den einzelnen Provinzen errichtet. Damit gelang der Regierung die Etablierung eines Erziehungssystems gemäß der auf dem Konfuzianismus beruhenden Regierungsideologie. Hier wurden die Kinder mit konfuzianisch geprägten Lernmaterialien unterrichtet, was u.a. Voraussetzung für eine Beamtenlaufbahn war (vgl. Kim, S.-J. 2006: 34). Dies lässt die Annahme zu, dass die ‚Konfuzianisierung‘ in den frühen Zeiten der Choson-Dynastie schichtspezifisch war und nur

---

<sup>58</sup> In dieser Zeit bestand Korea aus drei Königreichen: Koguryo (37 v. Chr. – 668 n. Chr.), Bäkche (18 v. Chr. – 663 n. Chr.) und Silla (57 v. Chr. – 668 n. Chr.) (vgl. Choi, H. 1983: 5). Im Jahr 668 hat sich das Königreich Silla nach der Vereinigung mit den beiden anderen Königreichen als „Vereinigtes Silla“ (668 n.Chr. – 918 n.Chr.) ausgerufen (vgl. ebd.: 7). Darauf folgt die Koryo-Dynastie (918 – 1392), in welcher der Buddhismus Staatsreligion war (vgl. Kim, S.-J. 2006: 27).

von den oberen sozialen Schichten („Yangban“) angenommen wurde.<sup>59</sup> Im Laufe der Zeit setzte sich die konfuzianische Ethik jedoch allmählich auch in den unteren sozialen Schichten, zum Beispiel bei den Bauern, durch (vgl. Choi, H. 1983: 19 f.).

Die Lehre des Konfuzianismus wurde als Moral in das Alltags- und Familienleben übertragen. Es gab drei wichtige Grundsätze („Sam Gang“), welche die wichtigsten Beziehungsformen betrafen. Demnach sollte der Herrscher Vorbild für seine Untertanen, der Vater für seinen Sohn und der Ehemann für seine Ehefrau sein (vgl. Seo, S.-K. 2000: 45; Lee, S.-M. 2007: 185). Hieraus wurden fünf ethische Verhaltenskodizes hinsichtlich zwischenmenschlicher Umgangsformen („Oryun“) abgeleitet (vgl. Choi, M.-H. 1960: 49; Yim, S. H. 1961: 15-17; Choi, H. 1983: 16 f.; Seo, S.-K. 2000: 46; Kim, S.-J. 2006: 259; Roetz 2006: 21; Lee, S.-M. 2007: 187 f.):

- Autorität des Vaters und Kindespietät in der Beziehung zwischen Vater und Sohn,
- Unterschiede in der Beziehung zwischen Ehemann und Ehefrau,<sup>60</sup>
- eine Rangfolge in der Beziehung zwischen Älteren und Jüngeren,<sup>61</sup>
- Vertrauen und gegenseitige Unterstützung in der Beziehung unter Freunden,
- Gerechtigkeit und Loyalität in der Beziehung zwischen Herrscher und Untertanen.

---

<sup>59</sup> In der Choson-Dynastie gliederte sich die Gesellschaft in mehrere Stände. Der erste Stand umfasste den König und die königliche Familie. Den zweiten Stand bildeten Mitglieder des „Yangban“, die als Adelige fast alle höheren Stellungen und Ämter einnahmen. Charakterisiert waren sie durch Adelsstand, Landbesitz und literarische Kenntnisse der konfuzianischen Lehre. Der dritte Stand bestand aus Beamten mit niedrigerem Status, während Bauern, Pächter, Landarbeiter und Handwerker zum vierten Stand gehörten. Der fünfte Stand hatte das geringste Ansehen und umfasste die Leibeigenen. Die Stände wurden durch die Herkunft bestimmt (vgl. Yim, S. H. 1961: 38-65; Jin, J. M. 2004: 10).

<sup>60</sup> Hiermit werden unterschiedliche Geschlechterrollen angesprochen: Der Ehemann ist demnach der Herrscher in der Familie und regiert sie. Demgegenüber soll die Ehefrau eine intelligente, gehorsame Gattin und kluge Mutter sein (vgl. Seo, S.-K. 2000: 46).

<sup>61</sup> Jüngere Menschen sollen sich demnach älteren Menschen gegenüber höflich verhalten (vgl. Seo, S.-K. 2000: 46). Dies galt in der Choson-Dynastie jedoch nur innerhalb des gleichen Stands: Ein älterer Mensch aus einem niedrigen Stand musste einem jüngeren aus einem höheren Stand trotz seines Alters mit Respekt begegnen (vgl. Lee, S.-M. 2007: 192 f.).

Diese moralischen Prinzipien drangen tief in das soziale Leben und alle menschlichen Verhaltensweisen in der traditionellen koreanischen Gesellschaft ein und bestimmten diese, wobei die Kindespietät an erster Stelle stand (vgl. Seo, S.-K. 2000: 51).<sup>62</sup> Vor allem hatten Mitglieder aus dem Yangban-Stand darauf basierende Riten gegenüber den Eltern durchzuführen. Laut S.-K. Seo (vgl. 2000: 90 f.) und S. H. Yim (vgl. 1961: 47) waren sie zum Beispiel dazu angehalten, morgens und abends nach den Eltern und deren Wohlergehen zu schauen. Sie sollten sich um Kleidung, Nahrungsmittelversorgung und andere Anliegen der Eltern kümmern. Wenn sie ausgingen, mussten sie den Eltern ihren Aufenthaltsort nennen und sich bei ihrer Rückkehr bei ihnen zurückmelden, damit sich die Eltern nicht Sorgen machten.

Die Kindespietät war als das grundlegende Moment des Konfuzianismus auch auf politischer Ebene von großer Bedeutung, da in der Zeit der Choson-Dynastie das Vorbild der Loyalität in der Kindespietät gesucht wurde. So symbolisierte die Beziehung zwischen König und Untertanen die Beziehung zwischen Eltern und Kindern und dehnte somit die Kindespietät auf die politische Ebene aus. Dementsprechend war der König einerseits der Herrscher, andererseits der Vater der Bevölkerung (vgl. Seo, S.-K. 2000: 35; Lee, S.-M. 2007: 187 & 190). Von der Politik wurde die Kindespietät bewusst akzentuiert. So wurden beispielsweise besonders pietätvolle Kinder ausgewählt, landesweit bekannt gemacht und etwa mit einer Befreiung von Zwangsarbeit oder Steuererleichterungen belohnt (vgl. Pak, M.-a. 2000: 126). Dagegen wurde man sogar bestraft, wenn man gegen die Kindespietät verstieß (vgl. Choi, M.-H. 1960: 44; Kim, S.-J. 2006: 254). Dies zeigt, dass Kindespietät gegenüber den Eltern in der Choson-Dynastie keine individuelle Entscheidung war, sondern allgemein *verbindlichen* Charakter hatte. Wie tief die Kindespietät als grundlegende Moral im Leben der Bevölkerung verankert war, zeigt

---

<sup>62</sup> Korea hat nicht nur den Konfuzianismus, sondern auch die chinesischen Schriftzeichen übernommen. In den 1440er Jahren wurde die koreanische Schrift ‚Hangul‘ erfunden und eingeführt, jedoch von den konfuzianischen Anhängern marginalisiert (vgl. Choi, M.-H. 1960: 51; Choi, H. 1983: 7). Das chinesische Schriftzeichen ‚xiao‘ (孝) veranschaulicht, was Kindespietät bedeutet. Es besteht eigentlich aus zwei Zeichen: ‚Alter‘ (耂), welches den oberen Teil des Schriftzeichens bildet, und ‚Sohn‘ (子), den unteren Teil des Schriftzeichens. Die Zusammensetzung der Schriftzeichen symbolisiert also, wie ein Sohn die Eltern in ihrem Alter auf seinen Schultern trägt (vgl. Gu 1999: 125; Lee, S.-M. 2007: 183). Hiermit versinnbildlicht das Schriftzeichen ‚xiao‘ die Beziehung zwischen Eltern und Sohn, welche die Versorgung alter Eltern durch die Kinder beinhaltet (vgl. Lee, S.-M. 2007: 183) und hierarchisch ausgerichtet ist (vgl. Gu 1999: 125).

sich in zahlreichen traditionellen Volkserzählungen und Kinderbuchgeschichten. So gibt es mehrere Überlieferungen in Korea, welche die Kindesliebe zu den Eltern als Inhalt haben.<sup>63</sup>

Das Familienleben in der traditionellen Gesellschaft stand auch unter dem Einfluss der bereits dargestellten zwischenmenschlichen Umgangsformen „Samgang“ (三綱) und „Oryun“ (五倫), welche aus der Lehre des Konfuzianismus abgeleitet sind und deren Grundlage die Kindespietät gegenüber den Eltern bildet. Abgesehen von der Freundschaft zwischen Gleichaltrigen sind die Verhaltenskodizes hierarchisch und vertikal ausgerichtet; der Vater hat Vorrang gegenüber dem Sohn, der Mann gegenüber der Frau, Ältere gegenüber Jüngeren und Herrscher gegenüber Untertanen (vgl. Kim, S.-J. 2006: 254; Lee, S.-M. 2007: 187 f.). Dies beeinflusste ausschlaggebend die Familienstruktur und das alltägliche Leben in der Familie. Jedem Familienmitglied wurden bestimmte Verhaltensformen und Rollen zugeschrieben. Das heißt, dass die (alt gewordenen) Eltern einen bestimmten Status in der Familie besaßen und von den übrigen Familienmitgliedern eine bestimmte Rolle erwarten konnten. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit Familienstrukturen, Status und Rolle der Familienmitglieder im Zusammenhang mit der Pflege älterer Menschen in der traditionellen Gesellschaft der Choson-Dynastie.

### **5.1.3 Familienstrukturen, Status und Rollen der Familienmitglieder**

Als Folge des Einflusses von „Samgang“ und „Oryun“ war die traditionelle koreanische *Familienstruktur* hierarchisch, vertikal und patriarchalisch. Der älteste Sohn lebte mit seiner eigenen Familie im Haus seiner Eltern und übernahm nach dem Tod des Vaters dessen Funktionen. So wurde die elterliche Familie und Tradition durch den ältesten Sohn fortgeführt, was dessen wichtigste Aufgabe war. Im traditionellen Haushalt lebten drei bzw. vier Generationen: Der älteste Sohn mit seinen Eltern und seiner Ehefrau sowie deren Kinder und gegebenenfalls Enkelkinder. Dieser Haushalt wird als Stamm- bzw. Kernfamilie betrachtet. Die übrigen Söhne wohnten nach ihrer Heirat in einem anderen Haushalt, jedoch in der Nähe der Stammfamilie, und unterstützten den Vater bzw. den ältesten Bruder, in allen Familienangelegenheiten, z.B.

---

<sup>63</sup> Eine besonders bekannte Geschichte ist die Legende von Sim-Tschong, die ihr Leben für das Augenlicht des Vaters opferte (vgl. Choi, M.-H. 1960: 43 f.; Seo, S.-K. 2000: 96; Lee, S.-M. 2007: 184). Die Legende lautet wie folgt: Das pietätvolle Mädchen Sim-Tschong gibt sein eigenes Leben für die Augenöffnung seines erblindeten Vaters auf. Der Gott des Meeres ist von dieser pietätvollen Tat Sim-Tschongs berührt und rettet ihr Leben. Mit Hilfe des Meergottes erhält der erblindete Vater sein Augenlicht wieder und das Mädchen Sim-Tschong heiratet einen Kaiser (vgl. Lee, S.-M. 2007: 184).

bei Familienritualen. Letztere Haushalte werden als Zweigfamilien bezeichnet (vgl. Yim, S. H. 1961: 78; Seo, S.-K. 2000: 40). Auf diese Weise blieb die enge Beziehung der übrigen Söhne zu den Eltern und dem ältesten Bruder erhalten. Man verstand (und versteht zum Teil immer noch) daraus folgend unter ‚Familie‘ nicht nur die Kernfamilie, sondern auch die Zweigfamilien des Vaters und Großvaters, wie z.B. Onkel und seine Ehegattin sowie deren Kinder (Cousins). Die traditionelle koreanische Familie war somit eine Großfamilie (vgl. Seo, S.-K. 2000: 49).

*Status, Verhaltensformen und Rollen der Familienmitglieder* hingen von deren Alter und Geschlecht ab. Männliche Familienmitglieder wurden in der traditionellen patriarchalischen Familienstruktur für wichtiger als die weiblichen gehalten, da die Familie auf dem Grundpfeiler der Vater-Sohn-Beziehung beruhte. Innerhalb der Familie übten Männer entsprechend der Rangfolge Autorität über die Familie aus. Insbesondere besaß der älteste Sohn als Patriarch eine große Macht in der Familie (vgl. Yim, S. H. 1961: 66). Dementsprechend waren, abgesehen von den Eltern und Großeltern, alle Familienmitglieder aus der Stamm- und Zweigfamilie verpflichtet, ihm Gehorsam und Ehrerbietung entgegenzubringen. Umgekehrt war der älteste Sohn verpflichtet, seine Familie in vielerlei Hinsicht zu unterstützen. Eine seiner wichtigsten Aufgaben war die ehrerbietige Versorgung der Großeltern, Eltern und anderer älterer Familienmitglieder bis zu deren Tod (vgl. Choi, M.-H. 1960: 45; Yim, S. H. 1961: 79). Es war selbstverständlich, dass die Eltern mit ihrem ältesten Sohn und dessen Familie zusammenwohnten und im Alter von dieser versorgt wurden.

*Weibliche Familienmitglieder* waren niedriger im Status und den männlichen Familienmitgliedern untergeordnet. Töchter wurden in der traditionellen koreanischen Familie nur bis zu ihrer Heirat als Familienmitglied des Vaters betrachtet. Nach ihrer Heirat gehörten sie zur Familie ihres Ehemannes, wobei die Zugehörigkeit zu ihrer ursprünglichen Familie wegfiel (vgl. Yim, S. H. 1961: 79 & 128 f.; Seo, S.-K. 2000: 82 f.). Dies galt sogar nach dem Tod ihres Mannes (vgl. Yim, S. H. 1961: 110). Sie waren nach den sogenannten drei Prinzipien „Sam-Chong-Chi-Do“ (三從之道) verpflichtet, vor der Heirat ihrem Vater, nach der Heirat ihrem Ehemann und

nach dem Tod des Ehemannes ihrem Sohn gehorsam zu folgen (vgl. Chang, J.-S. 1993: 28; Seo, S.-K. 2000: 61).<sup>64</sup>

Ihr Status innerhalb der Familie ihres Ehemannes war entsprechend den Rangordnungskriterien ‚Alter‘ und ‚Geschlecht‘ den Schwiegereltern und dem Ehemann untergeordnet. Ihre Aufgabe bestand darin, in Haushalt und Familie für ein harmonisches Miteinander zu sorgen (vgl. Choi, M.-H. 1960: 45; Chang J.-S. 1993: 32). Vor allem waren sie verpflichtet, den Schwiegereltern im Sinne der Kindespietät zu dienen und ihrem Ehemann einen Sohn zu schenken, damit seine Familie fortgeführt werden konnte. Wenn ihr Ehemann der älteste Sohn war, hatten sie mit den Schwiegereltern im gleichen Haushalt zusammen zu wohnen und sie bis zu deren Tod zu versorgen. So hatten sie ihre *Schwiegereltern* Tag und Nacht zu *pflügen* und für sie zu sorgen, wenn sie krank wurden und im Bett lagen (vgl. Yim, S. H. 1961: 67). Die Schwiegermutter hatte eine Autorität gegenüber ihrer Schwiegertochter, weil sie älter und Mutter des Ehemannes war (vgl. Chang, J.-S. 1993: 37). Insofern war es für eine Frau wichtig, einen Sohn zu bekommen. Dies sicherte ihre Stellung innerhalb der Familie und ihr Altersleben.

Die beiden Verpflichtungen der Schwiegertochter, den Schwiegereltern in Kindespietät zu dienen und einen Sohn zu bekommen, waren in der traditionellen Gesellschaft unter der Choson-Dynastie nicht nur ein moralischer Anspruch, sondern eine *verbindliche* Regel. Es gab damals sieben Gründe, die sogenannten „Chil-Geo-Chi-Ak“ (七去之惡), welche dem Ehemann eine Trennung von seiner Ehefrau erlaubten. Zu den sieben Gründen gehörten Ungehorsam gegenüber den Schwiegereltern, keinen Nachwuchs zu liefern (vor allem keinen männlichen), Untreue gegenüber dem Ehemann, Neid auf andere weibliche Familienmitglieder, unheilbare Krankheit, Schwatzhaftigkeit sowie Diebstahl (vgl. Choi, M.-H. 1960: 45; Chang, J.-S. 1993: 28; Seo, S.-K. 2000: 63). Wenn eine Frau eine von diesen sieben Regeln verletzte, konnte ihr Ehemann sich von ihr trennen oder sie aus der Familie verstoßen. Ungehorsam oder mangelnde Pietät gegenüber den Schwiegereltern war neben dem Ausbleiben eines männlichen Nachkommens einer der häufigsten Gründe des Verstoßens der Ehefrauen durch ihre Ehemänner in der traditionellen Gesellschaft. Allerdings durfte ein Ehemann seine Ehefrau nicht verstoßen, wenn

---

<sup>64</sup> Die drei Prinzipien wurden in der traditionellen koreanischen Gesellschaft als das offizielle Lebensideal einer Frau betrachtet. Umgekehrt waren die Söhne verpflichtet, ihrer Mutter mit Kindespietät zu dienen (vgl. Seo, S.-K. 2000: 61).

sie eine der oben genannten sieben Regeln verletzt hatte, jedoch gemeinsam mit ihrem Ehemann die dreijährige Trauerzeit nach dem Tod der Schwiegereltern verrichtet hatte (vgl. Seo, S.-K. 2000: 63).<sup>65</sup> All dies weist darauf hin, dass die Versorgung und Pflege älterer Menschen in der traditionellen koreanischen Gesellschaft der Choson-Dynastie die Verpflichtung der Kinder, vor allem des ältesten Sohnes und seiner Ehefrau war. Neben Waisenkindern, älteren Witwen und Witwern waren damals ältere Menschen ohne männlichen Nachkommen diejenigen, die vorrangig vom Staat unterstützt und geschützt werden mussten (vgl. Ahn, S.-h./Cho, S.-e./Kil, H.-j. 2005: 19 f.).

### 5.1.4 Zeremonien und Riten der Ahnenverehrung

Wie bereits erwähnt, geht der Konfuzianismus davon aus, dass die Erbringung der Kindespietät über den Tod der Eltern und Großeltern hinaus gilt. Dies wurde in der traditionellen Gesellschaft der Choson-Dynastie (1392-1910) in Form von Zeremonien und Riten der Ahnenverehrung umgesetzt und praktiziert. Sie nahmen im Familienleben einen wichtigen Platz ein (vgl. Yim, S. H. 1961: 138). So hatten Mitglieder der adeligen Schichten nach dem Tod der Eltern eine Trauerzeit von drei Jahren einzuhalten (vgl. Seo, S.-K. 2000: 88 f.), während Menschen aus der Unterklasse dieses Ritual aus ökonomischen Gründen auf drei bis zehn Monate verkürzen konnten (vgl. Yim, S. H. 1961: 19 f.). Während der Trauerzeit trug man weiße Trauergewänder, zog sich aus dem sozialen Leben zurück und besuchte die Grabstätte sehr häufig. Außerdem schnitt man sich Haare und Fingernägel nicht, weil man diese von den Eltern geerbt hat (vgl. Yim, S. H. 1961: 19 f.; Lee, S.-M. 2007: 195 f.). Wenn man die Trauerzeit nicht einhielt oder während dieser Zeit keine Traurigkeit zeigte, wurde man schwer bestraft. Zum Beispiel wurde man aus der Gemeinschaft der blutsverwandten Familie ausgestoßen und weit weg ins Exil geschickt. Besuchte man während der Trauerzeit ein Fest, so konnte das mit einem Jahr Gefängnis bestraft werden (vgl. Yim, S. H. 1961: 71 f.).

Im Rahmen eines weiteren Ritus (den es zum Teil heute noch gibt) versammelten sich alle Familienmitglieder aus Stamm- und Zweigfamilie am Sterbetag beim ältesten Sohn zur Zeremonie der Ahnenverehrung, die man um Mitternacht durchführte (vgl. Seo, S.-K. 2000: 87).

---

<sup>65</sup> Zudem durfte der Ehemann seine Ehefrau nicht verstoßen, wenn das Familienvermögen während der Ehezeit zugenommen oder die Ehefrau kein Elternhaus mehr hatte, wohin sie hätte zurückkehren können. Diese drei Gründe wurden als „Sam-Bul-Geo“ (三不法) bezeichnet (vgl. Seo, S.-K. 2000: 63).

Durch diese Zeremonie wurden die Beziehungen zu den verstorbenen Eltern und Vorfahren weiterhin gepflegt, wobei die Kindespietät eine wichtige Rolle spielte. Die Verehrung der gemeinsamen Ahnen verstärkte das Zusammengehörigkeitsgefühl der Familienmitglieder, führte zu einem gemeinsamen Familienband, Kontinuität, Zusammenhalt sowie Festigkeit der Familie und deren Tradition (vgl. Yim, S. H. 1961: 138).

Insgesamt ist festzuhalten, dass in der traditionellen koreanischen Gesellschaft das Leitbild der Pflege älterer Menschen von der verbindlichen, sozialen Norm „Kindespietät“ geprägt war, welche der Lehre des Konfuzianismus entstammte und in ein staatliches Erziehungssystem integriert war. Die Versorgung gebrechlicher Eltern war Aufgabe der (erwachsenen) Kinder und es wurde sogar mit staatlichen Sanktionen gedroht, falls die Versorgung der pflegebedürftigen Eltern vernachlässigt wurde. Somit wurde die Einhaltung der sozialen Norm „Kindespietät“ durch den Staat gefordert bzw. erzwungen. Des Weiteren war die Erbringung der Pflege betagter Eltern in der traditionellen koreanischen Gesellschaft geschlechtsspezifisch geprägt. Sie war eine verbindliche Aufgabe der weiblichen Familienmitglieder, vor allem der Ehefrau des ältesten Sohnes, und entstammte der konfuzianistisch fundierten Familienstruktur. Begründet in staatlichen Sanktionen und familiären Verbindlichkeiten war die Versorgung unterstützungsbedürftiger Schwiegereltern eine unausweichliche Aufgabe der Frau als Schwiegertochter. Im Zuge demografischer und gesellschaftlicher Veränderungen wandelte sich jedoch auch die Auffassung von Kindespietät. Darauf wird im Folgenden näher eingegangen.

## **5.2 Pflege im demografischen und sozialen Wandel**

Wenn man sich mit der Pflege älterer Menschen im heutigen Südkorea beschäftigt, stößt man zunächst auf das Phänomen der Bevölkerungsalterung, welches mit zunehmender Lebenserwartung und einem Geburtenrückgang zusammenhängt (vgl. Park, K.-S. 2005a: 17). Zudem unterliegen die traditionellen Familienstrukturen sowie Funktionen und Rollen der Familienmitglieder unter dem Einfluss von Industrialisierung, Urbanisierung und zunehmender Berufstätigkeit von Frauen einem stetigen Wandel. Die Familie, die in der traditionellen koreanischen Gesellschaft pflegebedürftige ältere Menschen zu Hause versorgt hat, ist heute oft nicht mehr in der Lage, deren Pflege überzunehmen. Die Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger älterer Menschen birgt daher die Gefahr familiärer Konflikte und Vernachlässigung dieser Bevölkerungsgruppe und führt dazu, dass die Versorgung dieses Personenkreises in Südkorea als gesellschaftliche Herausforderung angesehen wird (vgl. Seok, J.-E. 1999: 37; Song, D.-y. 2004:

210; Cha, H. B. 2005: 7 f.; Cho, S.-N. 2006: 139 f.; Cha, H. B. 2007: 128 f.; Chung, W./Jin, Y. 2008: 3; Bae, M.-J./Park, S.-J. 2013: 275 f.; Park, Y.-S. 2014: 35). Daraus entstanden gesellschaftliche Diskussionen zur Pflegepolitik, die dazu führten, dass in Südkorea 2008 eine öffentliche Pflegeversicherung eingeführt wurde, wodurch sich die Versorgungsstrukturen pflegebedürftiger älterer Menschen rasant geändert haben.

Vor diesem Hintergrund widmet sich dieser Abschnitt zunächst dem Phänomen der demografischen Alterung sowie sozialpolitischen Maßnahmen vor Einführung der Pflegeversicherung. Anschließend werden soziokulturelle Veränderungen in der südkoreanischen Gesellschaft behandelt, welche die Pflege älterer Menschen betreffen. Hierbei sollen vor allem Veränderungen der traditionellen Familienstrukturen sowie heutige Ansichten und Auffassungen zur Kindespietät herausgestellt werden. Somit erhält man einen Überblick über den Wandel traditioneller Pflegearrangements, welche die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen, die nach Deutschland kamen, teilweise noch selbst erlebt haben.

### **5.2.1 Demografische Alterung in der südkoreanischen Gesellschaft**

Die südkoreanische Gesellschaft ist, wie westliche Industrieländer auch, durch eine Alterung der Bevölkerung gekennzeichnet. Die Lebenserwartung der SüdkoreanerInnen hat sich in zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch die Verbesserung des Lebensstandards und der Hygiene sowie den Fortschritt der Medizin erhöht (vgl. Cha, H. B. 2005: 7). Die durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 1960 geborener Jungen betrug 51,1 Jahre und die der Mädchen 53,7 Jahre (vgl. Park, K.-S. 2005a: 30). Demgegenüber liegt die durchschnittliche Lebenserwartung eines 2013 geborenen männlichen Kindes Schätzungen zufolge bei 78,5 Jahren und eines im selben Jahr geborenen weiblichen Kindes bei 85,1 Jahren (vgl. Statistics Korea 2015a: 25). Gleichzeitig ist die Geburtenrate in kurzer Zeit rasant gesunken.<sup>66</sup> Im Jahr 2014 lag die Geburtenrate bei lediglich 1,2 Kindern pro Frau (vgl. Statistics Korea 2015b: 17). Dies führte zu einer

---

<sup>66</sup> Dies ist auf verschiedene Gründe zurückzuführen. Ein Grund ist das Anfang der 1960er Jahren eingeführte öffentliche Programm zur Senkung der Geburtenrate. Gleichzeitig wurde der Zeitpunkt der Eheschließung jüngerer Menschen in den 1960er und 1970er Jahren auf ein späteres Alter verschoben. Die Chancen auf Ausbildung und Berufstätigkeit von Frauen haben parallel dazu ebenfalls zugenommen. Die Geburtenrate betrug in den Jahren zwischen 1960 und 1965 etwa 6,0 Kinder je Frau und zwischen 1965 und 1970 etwa 4,6 Kinder je Frau. Von 1980 bis 1985 fiel sie weiter auf 2,4 Kinder (vgl. Park, K.-S. 2005a: 28 f.).

Zunahme des Anteils älterer Menschen in Südkorea. Im Jahr 1960 betrug der Anteil der Menschen über 65 Jahre 2,9% der Gesamtbevölkerung und hat seitdem allmählich zugenommen, von 3,1% im Jahr 1970 auf 3,8% im Jahr 1980 (vgl. Statistics Korea 2014: 44). 2015 lebten etwa 50.617.000 Einwohner in Südkorea. Davon waren etwa 6.624.000 Menschen über 65 Jahre alt. Dies macht 13,1% der Gesamtbevölkerung aus (vgl. Statistics Korea 2015a: 17). Prognosen zufolge wird sich diese Entwicklung weiter fortsetzen: Demnach wird der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe 19% im Jahr 2024 und 27,6% im Jahr 2034 ausmachen (vgl. Statistics Korea 2014: 4). Aus dieser demografischen Entwicklung lässt sich ablesen, dass sich die Altersstrukturen der 1960er Jahren deutlich von den heutigen unterscheiden. In den 1960er und 1970er Jahren, in denen südkoreanische ArbeitsmigrantInnen in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind, hatte man eine deutlich niedrigere Lebenserwartung als heute und der Anteil älterer Menschen war geringer. Außerdem war die Wahrscheinlichkeit größer, dass man mehrere Geschwister hatte.

## **5.2.2 Sozialpolitische Maßnahmen bezüglich der Pflege älterer Menschen vor Einführung der Pflegeversicherung**

Bis zur Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 2008 waren ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen meistens für diejenigen zuständig, die keine Familie bzw. keine Kinder hatten oder die aus anderen Gründen nicht mit familiärer Pflege rechnen konnten und gleichzeitig einkommensschwach waren (vgl. Seok, J.-E. 1999: 39). Es gab aber auch gewinnorientierte private Pflegeeinrichtungen, die nur für finanziell gut situierte Menschen erschwinglich waren. Dies bedeutet, dass auf der einen Seite einkommensschwache und alleinstehende, auf der anderen Seite finanziell wohlhabende alte Menschen durch Pflegeeinrichtungen gepflegt wurden. Andere pflegebedürftige ältere Menschen und deren Familien hatten kaum Zugang zu Pflegeeinrichtungen.

Diese selektive Gewährleistung von Leistungen der Pflege durch sozialpolitische Maßnahmen spiegelt sich im Bericht des „Korea Institute for Health and Social Affairs“ über die „Lebenslage älterer Menschen und Bedarfe an soziale Leistungen 2004“<sup>67</sup> wider, welcher einen Überblick über *häusliche Pflege* im Jahr 2004 liefert. Wie in der folgenden Tabelle 4 dargestellt

---

<sup>67</sup> 3.278 ältere Menschen ab 65 Jahren beteiligten sich an der Befragung (vgl. KIHASA 2005: 73). 36,3% der Teilnehmer waren pflegebedürftig (vgl. ebd.: 455).

wurden 2004 über 90% der zuhause lebenden, gebrechlichen älteren Menschen vollständig durch eine Ehepartnerin bzw. einen Ehepartner oder Kinder gepflegt. Der Anteil pflegebedürftiger älterer Menschen, die dort von Pflegekräften gepflegt wurden, betrug lediglich 2,4%. Der Bericht zeigt wiederum, dass ambulante Pflegeleistungen entweder von einkommensschwachen alleinstehenden Menschen, für die der Staat die Kosten übernahm, oder von finanziell gut gestellten Menschen, welche Pflegeleistungen aus eigener Tasche finanzieren konnten, in Anspruch genommen wurden (vgl. KIHASA 2005: 463).

Tabelle 4: Pflegende Personen in häuslicher Umgebung im Jahr 2004

| Pflegende Person                      | Anteil |
|---------------------------------------|--------|
| Ehepartner                            | 29,7   |
| Der älteste Sohn und Schwiegertochter | 31,8   |
| Sonstiger Sohn und Schwiegertochter   | 13,8   |
| Tochter und Schwiegersohn             | 15,3   |
| Enkelkinder und Ehepartner            | 3,3    |
| Verwandte                             | 2,3    |
| Bekannte oder Nachbarn                | 1,4    |
| Pflegekräfte                          | 2,4    |
| Insgesamt                             | 100,0  |

Quelle: Korea Institute for Health and Social Affairs 2005: 465, übersetzt und modifiziert von der Autorin.<sup>68</sup>

Vor der Einführung der Pflegeversicherung waren stationäre Pflegeeinrichtungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit in allgemeine oder spezialisierte Pflegeeinrichtungen unterteilt. In den allgemeinen Pflegeeinrichtungen wurden ältere Menschen mit relativ niedriger Pflegebedürftigkeit etwa in Folge einer Alterskrankheit versorgt. Hingegen waren spezialisierte

---

<sup>68</sup> In der Originaltabelle sind neben der Beziehung der pflegzuständigen Personen zu den pflegebedürftigen Menschen auch Faktoren wie Geschlecht, Wohnort sowie Alter der pflegzuständigen Person vorhanden (vgl. KIHASA 2005: 465).

Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen mit intensiver Pflegebedürftigkeit durch eine Alterskrankheit wie z.B. Demenz oder Schlaganfall zuständig (vgl. Sunwoo, D. 2004: 24; Ministry of Health and Welfare 2007: 5). Die beiden Arten von Pflegeeinrichtungen unterschieden sich nach dem Umfang der Kostenbeteiligung durch die BewohnerInnen; kostenlose Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen mit geringem sowie mit vollem Unkostenbeitrag (vgl. Ministry of Health and Welfare 2004: 5; Nam, H.-J. 2005: 138 f.; Ministry of Health and Welfare 2007: 4; Kwon, D.-C. 2008: 200 f.). Zur Pflege in einer kostenlosen Pflegeeinrichtung waren diejenigen berechtigt, welche Sozialhilfe bezogen oder als einkommensschwach anerkannt waren (vgl. Ministry of Health and Welfare 2004: 5; Ministry of Health and Welfare 2007: 4). Solche Pflegeeinrichtungen wurden durch öffentliche Mittel finanziert (vgl. Kwon, D.-C. 2008: 204). In ein Pflegeheim mit geringem Unkostenbeitrag konnten einkommensschwache Menschen einziehen (vgl. Ministry of Health and Welfare 2004: 5; Ministry of Health and Welfare 2007: 4). Die BewohnerInnen mussten zusätzlich zu Zuschüssen aus Steuermitteln einen geringen Anteil der Kosten selbst tragen (vgl. Kwon, D.-C. 2008: 204). In Pflegeheimen mit vollem Unkostenbeitrag finanzierten die BewohnerInnen ihren Aufenthalt aus eigener Tasche.

Die folgende Tabelle 5 zeigt die Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen im Jahr 2003. Demnach gab es insgesamt 232 Einrichtungen mit 16.852 Plätzen. Etwa 78% der stationären Einrichtungen waren unentgeltliche Pflegeeinrichtungen für SozialhilfeempfängerInnen oder einkommensschwache Menschen. Der Anteil der spezialisierten Pflegeeinrichtungen für Menschen mit intensiver Pflegebedürftigkeit betrug etwa 35%. Daraus lässt sich ableiten, dass stationäre Pflegeeinrichtungen im Jahr 2003 meist von älteren Menschen genutzt wurden, die nicht schwerstpflegebedürftig waren und aus einkommensschwachen Schichten stammten. Stationäre Pflegeeinrichtungen für pflegebedürftige ältere Menschen aus der Mittelschicht waren kaum vorhanden. Spezialisierte Pflegeeinrichtungen mit geringem Unkostenbeitrag, die theoretisch für einkommensschwache Menschen mit intensiver Pflegebedürftigkeit erschwinglich sein könnten, hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. Folglich hatten ältere Menschen, welche intensive Pflege benötigten und keinen Zugang zu einer kostenlosen Pflegeeinrichtung hatten, nur die Wahl, in eine stationäre Pflegeeinrichtung mit vollem Unkostenbeitrag einzuziehen und alle anfallenden Kosten selbst zu tragen, wenn sie mit familiärer Pflege nicht rechnen konnten. Dies war für viele ältere SüdkoreanerInnen finanziell belastend (vgl. Sunwoo, D. 2004: 24 f.). Schließlich gingen aufgrund der mangelnden Infrastruktur an Pflegeeinrichtungen viele pflegebedürftige ältere Menschen ins Krankenhaus, was die Krankenkassen belastete. So

stiegen die Behandlungskosten für ältere Menschen immer weiter an.<sup>69</sup> Vor diesem Hintergrund kam es zur Einführung der Pflegeversicherung und Pflegekosten für pflegebedürftige ältere Menschen wurden von der Krankenkasse getrennt berechnet (vgl. Kim, C. W. 2005: 34; KLERA 2009: 20).

Tabelle 5: Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen für Senioren (Ende Dezember 2003)

|                        | Allgemeine Pflegeeinrichtung |               | Spezialisierte Pflegeeinrichtung |               | Insgesamt     |               |
|------------------------|------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|---------------|---------------|
|                        | Einrichtungen                | BewohnerInnen | Einrichtungen                    | BewohnerInnen | Einrichtungen | BewohnerInnen |
| Kostenlos              | 113                          | 8,572         | 68                               | 5,641         | 181           | 14,213        |
| Geringer Kostenbeitrag | 19                           | 1,085         | -                                | -             | 19            | 1,085         |
| Vollkosten             | 19                           | 683           | 13                               | 871           | 32            | 1,554         |
| Insgesamt              | 151                          | 10,340        | 81                               | 6,512         | 232           | 16,852        |

Quelle: Ministry of Health and Welfare, zitiert nach Sunwoo, D. 2004: 25, übersetzt von der Autorin.

### 5.2.3 Gesellschaftliche Veränderungen

Obwohl die südkoreanische Gesellschaft seit den 1960er Jahren demografisch gesehen immer älter wird, ist der Staat bis zur Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 2008 davon ausgegangen, dass die Familie die Pflege älterer Familienmitglieder übernimmt. Jedoch unterlagen

---

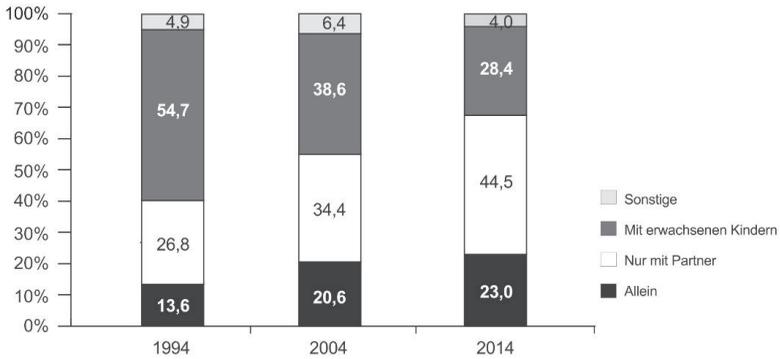
<sup>69</sup> Der Anteil der Krankenbehandlungskosten für ältere Menschen an den Gesamtkosten stieg von 17,8% im Jahr 2001 auf 25,9% im Jahr 2006 (vgl. KLERA 2009: 20).

Familienleben und -struktur sowie die traditionelle soziale Norm der „Kindespietät“ (s.o.) einem Wandel, der sich auch in den Pflegearrangements widerspiegelt.

#### **5.2.3.1 Familie im Wandel**

Wie bereits ausgeführt war es in der traditionellen koreanischen Gesellschaft gebräuchlich, dass (ältere) Eltern mit dem ältesten Sohn und dessen Familie zusammen im gleichen Haushalt wohnten und im Pflegefall vor allem von der Schwiegertochter gepflegt und versorgt wurden. Laut H. Choi, der sich mit den Veränderungen der Familienstruktur in Südkorea befasst hat, war einerseits die traditionelle Wohnform alter Menschen mit mehreren Generationen unter einem Dach bis zum Anfang der 1980er Jahre erhalten geblieben. Andererseits haben in der damaligen Zeit Veränderungen in der Versorgung und Pflege älterer Eltern stattgefunden. So galt die Versorgung und Pflege älterer Eltern nicht mehr als alleinige Verpflichtung des ältesten Sohnes und seiner Ehefrau, sondern auch als Aufgabe weiterer Söhne und gegebenenfalls auch der Töchter. Laut einer 2003 Haushalte umfassenden Studie im Jahr 1975 wohnten 54,2% der älteren Menschen bei ihrem ältesten Sohn und seiner Familie, 10,8% bei sonstigen Söhnen und deren Familie, 2,2% zusammen mit einem Enkelkind und dessen Familie und 1,8% bei einer verheirateten Tochter. 18,4% der älteren Menschen wohnte mit unverheirateten Kindern zusammen. Somit lebten 87,4% der älteren Menschen mit den eigenen Kindern zusammen im gleichen Haushalt. Demgegenüber wohnten nur 6,1% mit einem Ehepartner oder einer Ehepartnerin zusammen, 5,8% allein und 0,7% bei weiteren Verwandten (vgl. Choi, H. 1983: 125 f.).

Abbildung 5: Veränderung der Familienform (1994-2014)



Quelle: Ministry of health and welfare 2015b: 520.

Die Industrialisierung und Urbanisierung der südkoreanischen Gesellschaft übten einen großen Einfluss auf das Familienleben und die Familienstruktur aus. Im Zuge dieser Entwicklung wohnten und wohnen ältere Eltern zunehmend nicht mehr mit dem ältesten Sohn und seiner Familie bzw. mit den erwachsenen Kindern zusammen. Die traditionelle, große Haushaltsfamilie mit drei Generationen, welche sich um ältere Eltern kümmerte, wurde also immer seltener. Stattdessen hat die Kernfamilie an Bedeutung gewonnen. Die obige Abbildung 5 veranschaulicht die *Veränderung der Familienform*, in der ältere Menschen in Südkorea leben. Demnach nahm der Anteil älterer SüdkoreanerInnen, welche mit erwachsenen Kindern zusammenwohnten, von 54,7% im Jahr 1994 auf 28,4% im Jahr 2014 ab. Währenddessen nahm der Anteil an Haushalten, in denen nur ältere Menschen lebten, von 40,4% auf 67,5% zu. Das heißt, dass im Jahr 2014 zwei Drittel der Bevölkerung der über 65-Jährigen entweder allein oder nur mit einer Ehepartnerin bzw. einem Ehepartner zusammenwohnte. Die traditionelle Wohnform hat also stark an Bedeutung verloren (vgl. Chung, K. 2012: 11; Ministry of health and welfare 2015b: 519).

Außerdem zeigen südkoreanische Studien, dass die *Gründe* für die Wahl bestimmter Wohnformen bei älteren Menschen vielfältig sind und sich im Lauf der Zeit verändert haben. Eine Studie mit 600 Haushalten in Seoul gibt an, dass im Jahr 1998 68,2% der älteren Menschen mit erwachsenen Kindern zusammenwohnten. 30,9% davon gaben an, dass das Zusammenleben

mit ihren erwachsenen Kindern für sie selbstverständlich sei, was der häufigste Grund war. Als weiteren Grund nannten 24% gesundheitliche Probleme. 20,3% gaben an, dass sie mit den erwachsenen Kindern zusammenwohnten, weil ihre Kinder sich dies gewünscht hatten. Des Weiteren wurden zum Beispiel der Tod der Lebenspartnerin bzw. des Lebenspartners (8,1%), das Fehlen einer eigenen Wohnung (7,3%), finanzielle Schwierigkeiten (3,3%) oder die Beaufsichtigung der Enkelkinder (2,4%) als Grund des Zusammenwohnens angegeben. Daraus lässt sich ableiten, dass mehr als die Hälfte der älteren Menschen im Jahr 1998 aus traditionellen Gründen mit ihren erwachsenen Kindern zusammenwohnte, wobei dies als Selbstverständlichkeit (30,9%) oder als Wunsch der Kinder (20,3%) dargestellt wurde (vgl. Park, K.-S. 2005b: 98 f.). Laut eines Berichts des „Ministry of health and welfare“ über die Lebenslage älterer Menschen im Jahr 2014 spielten zu diesem Zeitpunkt nunmehr weniger die traditionelle Norm als pragmatische Gründe eine bedeutende Rolle für das Zusammenwohnen mit den erwachsenen Kindern. So gaben 24,2% der älteren Menschen eigene finanzielle Schwierigkeiten als Grund an. Danach folgen weitere Gründe wie die Unterstützung der Kinder (21,8%) zum Beispiel bei der Aufsicht der Enkelkinder oder bei der Hausarbeit, finanzielle Schwierigkeiten der Kinder (16,0%) oder eigene gesundheitliche Probleme (15,4%). Nur 15,6% der älteren Menschen gaben an, dass das Zusammenwohnen mit erwachsenen Kindern für sie selbstverständlich sei (vgl. Ministry of health and welfare 2015b: 116-118).

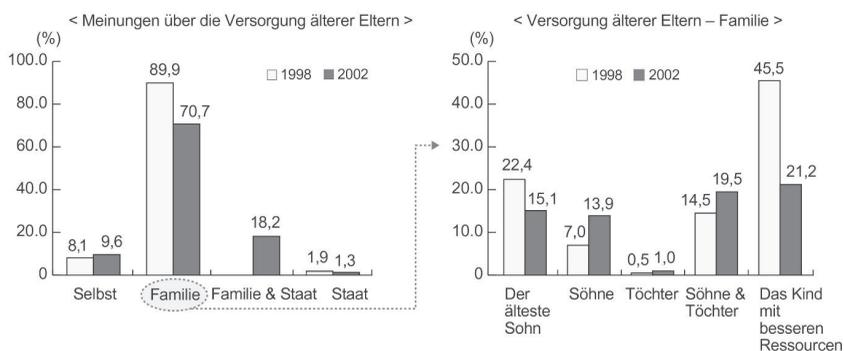
### **5.2.3.2 „Kindespietät“ im Wandel**

In der traditionellen koreanischen Gesellschaft war die Kindespietät als verbindliche Verpflichtung tief im sozialen Leben verwurzelt. Der Staat zeichnete pietätvolle Kinder sogar mit Preisen aus. In der heutigen südkoreanischen Gesellschaft ist diese Verpflichtung (zumindest rudimentär) immer noch vorhanden. So werden beispielsweise Menschen, die in besonderer Weise Kindespietät gegenüber den Eltern oder den Großeltern gezeigt haben, von unterschiedlichen Stiftungen wie zum Beispiel der „Cachon Cultural Foundation“, der „Samsung Foundation“ oder der „Sungkyunkwan Foundation“ Preise verliehen. D.-H. Kim und E.-M. Kim haben in einer Studie Inhalte solcher Preisverleihungen zwischen 2010 und 2012 untersucht. Demnach haben die meisten der einbezogenen neun Preisempfänger aufgrund langzeitiger Pflege der Schwiegergroßeltern, Schwiegereltern oder eigener Eltern den Preis erhalten. Zum Beispiel hat eine Gewinnerin mit ihrem Ehemann 19 Jahre lang die bettlägerige Schwiegermutter und den kranken Schwiegervater gepflegt (vgl. Kim, D.-H./Kim, E.-M. 2013: 243-245). Die Studie

stellte fest, dass es sich bei den Preisempfängern meistens um Schwiegertöchter handelte, welche ihren Schwiegervater bzw. ihre Schwiegermutter pflegten (vgl. ebd.: 263).

Eine Reihe südkoreanischer Studien untersuchte darüber hinaus unterschiedliche *Auffassungen von Kindespietät* in der Bevölkerung. Das statistische Amt von Südkorea beschäftigte sich zum Beispiel mit der Entwicklung von Meinungen bezüglich der Versorgung älterer Eltern in den Jahren 1998 und 2002. In dieser Zeit haben öffentliche Diskussionen über die Schwierigkeiten der familiären Pflege und die potenzielle Einführung von sozialpolitischen Maßnahmen stattgefunden. Wie die folgende Abbildung 6 illustriert, herrschte 1998 bei fast 90% der Befragten die Ansicht vor, dass die Familie für die Versorgung älterer Eltern verantwortlich sei. Die Meinung, dass die Versorgung älterer Eltern zu den staatlichen Aufgaben gehört, war dagegen kaum vorhanden. Vier Jahre später, im Jahr 2002, überwog immer noch die Meinung, dass die Familie für die Versorgung älterer Eltern verantwortlich sei. Jedoch war dieser Anteil im Vergleich zu 1998 um etwa 20% gesunken. Gleichzeitig waren knapp 20% der Interviewten der Meinung, dass der Staat dafür teilweise bzw. ganz verantwortlich sei. Das Diagramm zeigt außerdem Veränderungen bezüglich der Auffassung darüber, wer die Versorgung älterer Eltern in der Familie übernehmen sollte. Während im Jahr 1998 der älteste Sohn oder ein Kind mit besseren Mitteln und Wohnmöglichkeiten genannt wurde, wurden 2002 alle Söhne sowie auch Töchter als verantwortlich für die Versorgung der Eltern angesehen. Dies verweist auf eine Veränderung der Rollenbestimmung in der traditionellen koreanischen Gesellschaft.

Abbildung 6: Meinungen zur Versorgung betagter Eltern



Quelle: Statistics Korea 2003: 11.

Ein Forschungsbericht des „Korea Women´s Development Institute“ aus dem Jahr 2012<sup>70</sup> zeigt, dass die Auffassungen darüber, wer in der Familie die Versorgung und Pflege älterer Eltern übernehmen soll, je nach Generation unterschiedlich sind. Demnach hielt die ältere Bevölkerungsgruppe an traditionellen, patriarchalischen Rollenbestimmung fest. So waren Menschen über 50 Jahren eher der Meinung, dass der älteste Sohn und seine Frau bzw. ein anderer Sohn und dessen Frau für die Pflege betagter Eltern verantwortlich sind. Dagegen war die Gruppe der 30 bis 40-Jährigen häufiger der Ansicht, dass alle Kinder gemeinsam für die Pflege der Eltern verantwortlich sind (vgl. Kim, H.-Y./Kim, S.-D./Park, S.-A. 2012: 99 f.). Eine qualitative Studie von S.-N. Cho<sup>71</sup> aus dem Jahre 2006 legt nahe, dass aus Sicht erwachsener Kinder ältere Eltern immer noch die Erwartung haben, durch den (ältesten) Sohn und dessen Frau gepflegt zu werden, was nicht selten ein familiäres Konfliktpotential bildet. Des Weiteren hoffen auch die Geschwister, dass der älteste Bruder und seine Frau oder mindestens ein Bruder und seine Frau die Pflege älterer Eltern übernehmen. Älteste oder einzige Söhne waren meistens bereit dazu, nahmen diese Rolle jedoch als Belastung wahr (vgl. Cho, S.-N. 2006: 146). Einige Interviewte zogen auch die Versorgung gebrechlicher Eltern in einer stationären Pflegeeinrichtung in Erwägung, wenn alle Geschwister gemeinsam für die Kosten der Unterbringung in einem Heim aufkommen würden. War dies nicht möglich, rechneten sie allerdings damit, dass der älteste Bruder die Pflege der Eltern übernimmt (vgl. ebd.: 149). Die Studie zeigt also, dass *die traditionelle Rollenverteilung* bezüglich der Pflege älterer Eltern innerhalb der südkoreanischen Bevölkerung immer noch eine wichtige Rolle spielt.

Im Jahr 2002 untersuchte D.-y. Song in einer Studie Einstellungen und Erfahrungen zur Pflege unter 283 verheirateten Frauen, die mit einem älteren Familienmitglied im gleichen Haushalt zusammenwohnten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Ehemänner der Frauen alle als Beamte tätig waren, wobei diese Berufsgruppe als stark an traditionellen Werten orientiert gilt (vgl. Song, D.-y. 2004: 217). 86,5% der befragten Frauen wohnten mit den Schwiegereltern zusammen, 13,5% mit den eigenen Eltern. Laut der Studie neigten Frauen, die jünger, hoch gebildet und berufstätig waren, dazu, die Pflege älterer Schwiegereltern und Eltern nicht als

---

<sup>70</sup> Bei diesem Forschungsbericht handelt es sich um die Re-Analyse der „Sozialuntersuchung 2010“ (사회조사 2010, von der Autorin übersetzt) von „Statistics Korea“. An der Befragung beteiligten sich 37.000 Personen ab 15 Jahren in 17.000 südkoreanischen Haushalten (vgl. Kim, H.-Y./Kim, S.-D./Park, S.-A. 2012: 87).

<sup>71</sup> Für diese Studie wurden Gruppendiskussionen mit 43 Personen zwischen 30 und 50 Jahren, eingeteilt in acht Gruppen, durchgeführt (vgl. Cho, S.-N. 2006: 144).

ihre alleinige Aufgabe, sondern als die der ganzen Familie zu betrachten (vgl. ebd.: 227). In der Studie wurden die Interviewten zudem in eine Gruppe mit traditioneller Einstellung und eine mit ‚moderner‘ Einstellung bezüglich der Versorgung eines älteren Familienmitgliedes eingeteilt. Generell befürworteten sowohl Frauen mit traditioneller als auch solche mit ‚moderner‘ Einstellung (falls nötig) die Inanspruchnahme von Hilfe durch ambulante Pflegedienste bei der Pflege ihrer Eltern oder Schwiegereltern. Dagegen waren nur 14,6% der Frauen mit moderner Einstellung und 9,8% der Frauen mit traditioneller Einstellung bereit, dafür stationäre Einrichtungen in Anspruch zu nehmen. Interessanterweise gaben 45,7% der Frauen mit moderner und 34,1% der Frauen mit traditioneller Einstellung für den eigenen Pflegefall an, dass sie lieber in einer stationären Einrichtung versorgt werden möchten. Diesbezüglich argumentiert die Autorin, dass negative Einstellungen und Abneigung im sozialen Umfeld die Frauen zögern ließe, ihre Schwiegereltern bzw. die eigenen Eltern stationär pflegen zu lassen. Gleichzeitig hätten sie die Absicht, ihren Kindern die bereits selbst erfahrenen Belastungen und Einschränkungen durch die Pflege der Angehörigen zu ersparen (vgl. ebd.: 224 f.).

Ein Jahr nach der Einführung der Pflegeversicherung untersuchten H.-K. Kim, C.-M. Park und K. Nakajima (2010) Auffassungen von StudentInnen und deren Eltern zur Pflege alter Menschen.<sup>72</sup> Demnach war die Gruppe der StudentInnen vorwiegend der Meinung, dass die Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen durch die Familie mit Unterstützung ambulanter Pflegeeinrichtungen gewährleistet werden soll. Die Generation der Eltern tendierte dagegen eher dazu, pflegebedürftige ältere Menschen entweder durch die Familie zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu versorgen. Die Autoren führen dies darauf zurück, dass die Elterngeneration bereits Erfahrungen mit der Pflegebedürftigkeit der eigenen Eltern bzw. Schwiegereltern hat und davon ausgeht, dass die Pflege zu Hause trotz Unterstützung durch ambulante Pflegeeinrichtungen begrenzt praktikabel ist, vor allem wenn die Pflegebedürftigkeit schwerwiegend ist (vgl. Kim, H.-K./Park, C.-M./Nakajima, K. 2010: 187 f.). Eine weitere Studie unter StudentInnen<sup>73</sup> zeigt, dass diese die Kindespietät für außerordentlich wichtig hielten. Studentinnen und Studenten hatten jedoch unterschiedliche Auffassungen davon. So legten

---

<sup>72</sup> Hierfür wurden StudentInnen zweier Universitäten und deren Eltern von Juli bis September 2009 befragt. Insgesamt haben 501 Menschen an der Befragung teilgenommen (vgl. Kim, H.-K./Park, C.-M./Nakajima, K. 2010: 177).

<sup>73</sup> Es beteiligten sich 331 Studentinnen und Studenten aus der Stadt Daegu an der Befragung (vgl. Bae, M.-J./Park, S.-J. 2013: 278).

Studentinnen mehr Wert auf emotionale Unterstützung, während die Studenten instrumentelle und finanzielle Unterstützung in den Mittelpunkt der Kindespietät stellten (vgl. Bae, M.-J./Park, S.-J. 2013: 281 f.). Außerdem legten die Studenten zum Teil eine traditionelle Haltung bezüglich der Kindespietät an den Tag. So gingen viele von ihnen davon aus, dass der älteste Sohn nach der Heirat mit seinen Eltern zusammenwohnen und sich um diese kümmern muss. Die Studentinnen strebten dagegen eher nach einer Gleichberechtigung in der Rollenverteilung (vgl. ebd.: 280).

Auf Basis der erwähnten Untersuchungen ist zusammenfassend festzustellen, dass die traditionelle soziale Norm der *Kindespietät* und die *traditionelle Rollenverteilung* bezüglich der Pflege in der südkoreanischen Bevölkerung zur Jahrtausendwende *immer noch vorhanden* war. Gleichzeitig waren jedoch *Veränderungen* im Bereich der *Familienstrukturen* und *Wohnformen im Alter* sowie generations- und geschlechtsspezifische Differenzierungen im Hinblick auf die Kindespietät und Rollenverteilung erkennbar. So orientierten sich ältere Menschen und Männer nach wie vor eher an der traditionellen Rollenverteilung. Im Gegensatz dazu zeigten junge Frauen ein verändertes Rollenverständnis bezüglich der Pflege älterer Familienmitglieder, übten die traditionelle Rolle jedoch weiterhin aus. Dies könnte unter anderem mit der mangelhaften Infrastruktur der formellen Pflege zusammenhängen. Unter jungen Menschen und Frauen kam überdies auch die Annahme professioneller Unterstützung in Betracht, was auf eine Aufgeschlossenheit dieser Bevölkerungsgruppen gegenüber flexiblen Pflegearrangements verweist. Was die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen betrifft, ist allerdings davon auszugehen, dass diese noch stark von der traditionellen sozialen Norm der Kindespietät und die traditionelle Rollenverteilung geprägt war, was sich auch auf ihre Pflegehorizonte auswirken dürfte. Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 2008 veränderte sich die Pflegelandschaft in Südkorea rasant. Diese Entwicklung wird im Folgenden näher betrachtet.

### **5.3 Pflege nach der Einführung der Pflegeversicherung**

Die gesellschaftliche Diskussion über die Notwendigkeit formeller Pflege hat in Südkorea etwa zur Jahrtausendwende eingesetzt. Im Jahr 2001 begann die damalige südkoreanische Regierung mit der Einführung der Pflegeversicherung. Nach intensiven politischen Auseinandersetzungen (über Zielgruppen, Umfang und Form der Leistungen, Leistungserbringer) und der

Durchführung von Pilotprojekten wurde das Pflegeversicherungsgesetz im Jahr 2007 verabschiedet und trat schließlich im Juli 2008 in Kraft (vgl. KLERA 2009: 20; Shin, K.-S.-G./Han, G.-H. 2011: 36).

Nachfolgend wird die südkoreanische Pflegeversicherung kurz dargestellt. Dabei stehen Voraussetzungen für den Erhalt von Leistungen sowie Regelungen zu Pflegestufen, Leistungsformen, Leistungserbringer und statistische Daten über pflegebedürftige Menschen im Fokus. Dies ist insofern von Bedeutung, als die verschiedenen Pflegearrangements in einem Land eng mit den gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen verbunden sind. Des Weiteren könnten letztere einen Einfluss auf den Pflegehorizont südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen haben, vor allem, wenn sie eine Rückkehr in ihr Heimatland in Erwägung ziehen oder viele Kontakte mit der Herkunftsgesellschaft unterhalten. So könnte sich z.B. die Auseinandersetzung mit dem Pflegesystem in Südkorea auf die Haltung zum Pflegesystem in Deutschland auswirken oder bei Überlegungen über eine mögliche Rückkehr eine Rolle spielen.

### **5.3.1 Anspruchsberechtigung zu Pflegeversicherungsleistungen**

Nach dem Pflegeversicherungsgesetz „노인장기요양보험법“ (Act on long-term care insurance for the aged) sind Leistungen der Pflegeversicherung in Südkorea strikt an das Alter der Leistungsempfänger gekoppelt. Laut §§ 1 und 2 dieses Gesetzes sind diejenigen älteren Menschen zu Leistungen der Pflegeversicherung berechtigt, welche aufgrund ihres Alters oder einer Alterserkrankung voraussichtlich mehr als sechs Monate Schwierigkeiten haben werden, selbstständig ihren Alltag zu bewältigen. In § 2 Abs. 1 wird der Begriff „ältere Menschen“ definiert. Dabei handelt es sich um über 65-Jährige oder aber unter 65-Jährige, die an einer Alterserkrankung wie zum Beispiel Demenz oder Parkinson leiden. Ab 65 Jahren besteht also unabhängig vom Grund der Pflegebedürftigkeit ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, während unter 65-Jährige nur dann leistungsberechtigt sind, wenn sie an einer Alterserkrankung leiden.

### **5.3.2 Die Stufen der Pflegebedürftigkeit**

Um Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung geltend zu machen, muss ein pflegebedürftiger Mensch zunächst in eine *Pflegestufe* eingeteilt werden. Bei der Feststellung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit werden gemäß der vom „Ministry of Health and Welfare“ vorgeschriebenen Begutachtungsrichtlinie Einschränkungen und Hilfsbedarfe in folgenden fünf

Bereichen gemessen: körperliche Funktion, kognitive Funktion, Verhaltensveränderung, Behandlungspflege und Rehabilitation bei Bewegungsstörung (vgl. Begutachtungsrichtlinie zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit).

Der Gesetzgeber hat bei der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 2008 drei Pflegestufen vorgesehen. Demnach fielen Personen, die bettlägerig und vollständig auf die Hilfe von anderen angewiesen sind, in die Pflegestufe I. Der Pflegestufe II wurden solche Personen zugeordnet, die allein nicht mehr beweglich sind und bei wesentlichen Alltagsverrichtungen wie zum Beispiel Mahlzeiten und Zähneputzen fremde Hilfe benötigen. Personen, die beispielsweise mit Hilfe eines Rollators in ihrer Wohnung mobil sein können, jedoch im Alltag teilweise auf fremde Hilfe angewiesen sind, wurden in die Pflegestufe III eingeteilt (vgl. KLERA 2009: 28 f.; Hwang, C. S. 2010: 5; Ha, H.-S. 2015: 31). Im Jahr 2014 ersetzte man dieses Pflegesystem durch ein fünfstufiges, wobei die Pflegestufen I und II zunächst unberührt blieben. Die Pflegestufe III zerfiel in eine umgestaltete Stufe III sowie eine Stufe IV, da sich das Spektrum der Pflegebedürftigkeit in der ‚alten‘ Stufe in der Praxis als sehr breit erwiesen hatte und eine differenziertere Leistungsgewährung geboten erschien (vgl. Ha, H.-S. 2015: 31). Zur neuen Pflegestufe V wurden Personen gezählt, die zwar aufgrund ihrer körperlichen Situation nicht in eine der obengenannten vier Pflegestufen eingestuft werden können, deren kognitive Fähigkeiten und Verhaltensweisen jedoch durch Altersdemenz beeinträchtigt sind, so dass die Aufsicht und Unterstützung dritter Personen benötigt wird (vgl. § 7 Verordnung zum Pflegeversicherungsgesetz; Lee, Y. K. 2014: 3). Nach der früheren Regelung war diese Personengruppe von der Pflegeversicherung ausgeschlossen.<sup>74</sup> Durch die Reform der Pflegestufen werden demenzkranken Menschen nunmehr schon im frühen und mittleren Stadium ihrer Erkrankung Leistungen aus der Pflegeversicherung gewährt. Demente Menschen, die durch den Fortschritt ihrer Krankheit körperlich beeinträchtigt sind, sind bereits in eine der anderen Pflegestufen (I bis IV) eingestuft.

### **5.3.3 Die Leistungsformen der Pflegeversicherung**

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden je nach der Form der Leistungserbringung und der Pflegestufe in unterschiedlicher Weise gewährt. Der Gesetzgeber unterscheidet zwischen

---

<sup>74</sup> Laut Lee, Y. K. haben im Jahr 2013 nur etwa 32% der dementen Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten (vgl. Lee, Y. K. 2014: 2).

*drei Leistungsformen der Pflegeversicherung*: Sachleistungen für die häusliche Pflege, für die vollstationäre Pflege sowie Sondergeldleistungen (vgl. § 23 des Pflegeversicherungsgesetzes). In § 3 des Pflegeversicherungsgesetzes ist ein grundsätzlicher Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege festgeschrieben. Abgesehen von Ausnahmefällen sind Sachleistungen für stationäre Pflege nur für pflegebedürftige Menschen mit Pflegestufe I und II vorgesehen. Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in den Stufen von III bis V der Pflegeversicherung wird im häuslichen Bereich gewährleistet. Ein Ausnahmefall liegt z.B. vor, wenn kein Familienangehöriger mit dem Leistungsempfänger zusammen lebt, eine ungenügende Wohnausstattung oder eine für die häusliche Pflege unzumutbare psychische und physische Verfassung des Pflegebedürftigen festgestellt wird (vgl. § 2 der Richtlinie zur Leistungsgewährung der Pflegeversicherung und die Berechnung der Vergütung für die Pflegesachleistungen).

#### **5.3.3.1 Sondergeldleistung**

Wie die Bezeichnung „Sondergeldleistung“ zeigt, geht die Pflegeversicherung grundsätzlich davon aus, dass Sachleistungen zu gewähren sind. Das heißt, dass Geldleistungen nur im Ausnahmefall gewährt werden. Laut §§ 24 und 25 des Pflegeversicherungsgesetzes sind Geldleistungen nur vorgesehen, wenn eine Gewährung von Sachleistungen aufgrund einer fehlenden Pflegeinfrastruktur am Wohnort der Pflegebetroffenen (wie zum Beispiel auf einer abgelegenen Insel oder aufgrund von Naturkatastrophen) schwer zu realisieren ist und daher pflegebedürftige Menschen durch die Familie gepflegt werden. Außerdem werden denjenigen Personen, die in einer nicht primär der Pflege dienenden Einrichtung für ältere Menschen leben, Geldleistungen bewilligt (vgl. §§ 24f des Pflegeversicherungsgesetzes). Die Höhe der Geldleistung beträgt, unabhängig von der Pflegestufe, monatlich 150.000 Won<sup>75</sup> (vgl. National Health Insurance Service 2015: xxxii). Laut H. J. Shin ist eine Geldleistung vom Gesetzgeber wegen möglichen Missbrauchs sowie verstärkter Belastung pflegender Familienmitglieder, die deswegen in die Pflege gezwungen würden, nicht vorgesehen (vgl. Shin, H. J. 2009: 178).

#### **5.3.3.2 Sachleistungen für häusliche Pflege**

Sachleistungen für die häusliche Pflege werden in unterschiedlicher Form gewährt: Pflege durch eine ausgebildete Pflegekraft, eine Dusche mit der benötigten Ausstattung, medizinische

---

<sup>75</sup> Dies sind etwa 115 Euro (Im Folgenden wird jeweils der Währungskurs am 19.01.2018 zugrunde gelegt).

Behandlungspflege, teilstationäre Pflege wie Tages- und Nachtpflege, stationäre Kurzzeitpflege und eine Anschaffung oder Vermietung technischer Hilfsmittel (vgl. § 23 Abs. 1 des Pflegeversicherungsgesetzes). Laut § 13 der „Richtlinie zur Leistungsgewährung der Pflegeversicherung und die Berechnung der Vergütung für die Pflegesachleistungen“ konnten pflegebedürftige Menschen in häuslicher Pflege im Jahr 2018 Leistungen im Rahmen folgender monatlicher Höchstbeträge in Anspruch nehmen.

- Pflegestufe V: Sachleistung bis zu einem Gesamtwert von 930.800 Won (etwa 710 Euro),
- Pflegestufe IV: Sachleistung bis zu einem Gesamtwert von 1.085.900 Won (etwa 829 Euro),
- Pflegestufe III: Sachleistung bis zu einem Gesamtwert von 1.189.400 Won (etwa 908 Euro),
- Pflegestufe II: Sachleistung bis zu einem Gesamtwert von 1.241.100 Won (etwa 947 Euro),
- Pflegestufe I: Sachleistung bis zu einem Gesamtwert von 1.396.200 Won (etwa 1.066 Euro).

### **5.3.3.3 Sachleistungen für stationäre Pflege**

Der Gesetzgeber sieht zwei Formen stationärer Pflegeeinrichtungen vor: Pflegeheime und Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen (vgl. § 23 Abs. 2 des Pflegeversicherungsgesetzes; § 34 Welfare of older Persons Act). Diese werden nach ihrer Größe unterschieden. So gilt eine stationäre Pflegeeinrichtung mit bis zu neun Wohnplätzen als Wohngemeinschaft für pflegebedürftige Menschen, während eine stationäre Pflegeeinrichtung ab 10 Wohnplätzen als Pflegeheim betrachtet wird (vgl. Ha, H.-S. 2015: 5). Wie bereits erwähnt, sind Leistungen der Pflegeversicherung bei der stationären Pflege in der Regel nur für pflegebedürftige Menschen mit Pflegestufe I oder II vorgesehen. Die Höhe der Sachleistung wird nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und der Form der Pflegeeinrichtung bestimmt, wie die folgende Tabelle 6 darstellt. Hingegen wurden Sachleistungen für pflegebedürftige Menschen, die den Pflegestufen III bis V zugeordnet sind und die als Ausnahmefall in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt werden, unabhängig von der Pflegestufe im Jahr 2018 Leistungen in Höhe von täglich 55.780 Won (etwa 42 Euro) bei der Pflege in einem Pflegeheim und 48.720

Won (etwa 37 Euro) bei Pflege in einer Wohngemeinschaft für pflegebedürftige Menschen gewährt (vgl. § 44 der Richtlinie zur Leistungsgewährung der Pflegeversicherung und die Berechnung der Vergütung für die Pflegesachleistungen).

Tabelle 6: Sachleistungsbeträge pro Tag in der stationären Pflege in Südkorea (2018)

| Stationäre Pflegeeinrichtung                   |                | Leistungsbetrag am Tag    |
|--|----------------|---------------------------|
| Pflegeheim                                     | Pflegestufe I  | 65.198 Won (etwa 50 Euro) |
|  | Pflegestufe II | 60.490 Won (etwa 46 Euro) |
| Wohngemeinschaft für pflegebedürftige Menschen | Pflegestufe I  | 56.960 Won (etwa 43 Euro) |
|  | Pflegestufe II | 52.850 Won (etwa 40 Euro) |

Quelle: § 44 der Richtlinie zur Leistungsgewährung der Pflegeversicherung und die Berechnung der Vergütung für die Pflegesachleistungen, übersetzt und in Euro umgerechnet durch die Autorin.

Grundsätzlich sind pflegebedürftige Menschen bei der Inanspruchnahme einer Leistung in häuslicher oder stationärer Pflege zur Selbstbeteiligung verpflichtet. Gemäß § 40 Pflegeversicherungsgesetz müssen Leistungsbezieher 15% der Kosten für eine ambulante Pflege und 20% der Kosten für eine stationäre Pflege selbst aufbringen. Außerdem müssen pflegebedürftige Menschen alle über die im Pflegeversicherungsgesetz vorgesehenen Leistungen hinausgehenden Kosten, zum Beispiel für Friseurbesuche, Verpflegung sowie Mehrkosten, die bei einem Wechsel von einem Mehrbett- in ein Einzel- oder Zweibettzimmer entstehen, selbst tragen (vgl. Lee, D.-S. 2014: 185; Ha, H.-S. 2015: 53 f.). Pflegebedürftige Menschen, die Sozialhilfe beziehen, sind von der Selbstbeteiligung an der Leistung durch die Pflegeversicherung vollständig befreit. Des Weiteren werden Leistungsbezieher, die bereits eine Befreiung von medizinischen Behandlungskosten erhalten haben oder deren Einkommen bzw. Vermögen unter einer bestimmten Grenze liegt, zu 50% von der Selbstbeteiligung befreit (vgl. § 40 des Pflegeversicherungsgesetzes; Hwang, C. S. 2010: 4; Lee, G. J. 2012: 35 f.; Ha, H.-S. 2015: 7; National

Health Insurance Service 2015: xxxii). Einige südkoreanische Studien zeigen, dass vor allem pflegebedürftige Menschen aus einkommensschwachen Schichten (und deren Angehörige) die Selbstbeteiligung als finanzielle Belastung wahrnehmen. In diesem Zusammenhang wird unter anderem die Gefahr gesehen, dass ein Teil der pflegebedürftigen älteren Menschen vernachlässigt wird oder dass pflegebedürftige Menschen aus diesem Grund keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen (vgl. Lee, J. W./Seomun, J. H. 2009: 168; Lee, D.-S. 2014: 185). Laut einer Statistik haben etwa 2,5% der pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2014 keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen, obwohl sie in eine der Pflegestufe eingestuft waren, wobei vermutet wird, dass diese wegen der Selbstbeteiligung darauf verzichtet haben (vgl. Lee, D.-S. 2014: 183 f.).

### **5.3.4 Leistungserbringer**

Das Pflegeversicherungsgesetz teilt Leistungserbringer in ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen ein. Laut § 38 des “Welfare of older Persons Act” sind ambulante Pflegeeinrichtungen jene, die mindestens eine der folgenden Dienstleistungen erbringen: ambulante Pflege, Tages- und Nachtpflege und Kurzzeitpflege sowie Hilfe bei der Nutzung einer Dusche mit entsprechender Ausstattung. Bei den stationären Pflegeeinrichtungen werden gemäß § 34 Pflegeheime und Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen unterschieden. Unter einem Pflegeheim versteht der Gesetzgeber eine Einrichtung, welche die Bereitstellung der Verpflegung, die Pflege selbst und sonstige Dienstleistungen bezüglich Alltagsverrichtungen für ältere pflegebedürftige Menschen zum Zweck hat, die durch eine Alterserkrankung wie zum Beispiel Demenz oder Schlaganfall psychisch bzw. körperlich beeinträchtigt sind und aus diesem Grund auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen sind hingegen Einrichtungen, welche dieselben Leistungen im Rahmen einer „familienähnlichen Wohngestaltung“ erbringen. Wie bereits erwähnt wird eine stationäre Pflegeeinrichtung mit weniger als 10 Plätzen als Wohngemeinschaft für pflegebedürftige Menschen betrachtet, während eine stationäre Pflegeeinrichtung mit mehr als 10 Wohnplätzen als Pflegeheim gilt (vgl. Lee, D.-S. 2014: 190 f.; Ha, H.-S. 2015: 5 & 50).

Staat und Kommunen stehen in der Pflicht, den Aufbau einer regionalen Pflegeinfrastruktur zu unterstützen bzw. diese bereitzustellen (vgl. § 4 Abs. 3 des Pflegeversicherungsgesetzes). Um in möglichst kurzer Zeit Pflegeangebote aufzubauen und die finanzielle Belastung des Staates bezüglich der Investition in die Pflegeinfrastruktur zu minimieren, wurde bei der Einführung

der Pflegeversicherung ein Pflegemarkt geschaffen (vgl. Ha, H.-S. 2015: 43). In diesem Rahmen kann sich ein Leistungsanbieter im Bereich der ambulanten Pflege, der die gesetzlichen Erfordernisse erfüllt, einfach bei der Kommune anmelden, um ein Geschäft in diesem Bereich zu eröffnen (vgl. § 32 Abs. 1 des Pflegeversicherungsgesetzes). Dagegen muss eine stationäre Pflegeeinrichtung von der Kommune zugelassen werden (vgl. § 31 Abs. 1 des Pflegeversicherungsgesetzes). Formelle Pflege wird heute meist durch gewinnorientierte Anbieter in privater Trägerschaft erbracht. Im Jahr der Einführung der Pflegeversicherung 2008 gab es 6.744 ambulante Pflegeeinrichtungen mit 19.835 Plätzen. Bis zum Jahr 2015 zeigte sich ein jährlicher Zuwachs von durchschnittlich 9%. Im Juli 2015 gab es 12.355 ambulante Pflegeeinrichtungen mit 38.044 Plätzen. Davon wurden 119 von öffentlichen Trägern (1,0%), 2.266 durch gemeinnützige private Träger (18,3%) und 9.970 von gewinnorientierten privaten Trägern (80,7%) geführt. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen von 1.700 (68.073 Wohnplätze) auf 4.999 (155.482 Wohnplätze) gestiegen. Im Juli 2015 wurden 105 stationäre Pflegeeinrichtungen von öffentlichen Trägern (2,1%), 1.428 von gemeinnützigen privaten Trägern (28,6%) und 3.446 von gewinnorientierten privaten Trägern (69,3%) geführt (vgl. Ha, H.-S. 2015: 43 f.). Laut dem „Ministry of Health and Welfare“ gab es 2014 insgesamt 4.841 stationäre Pflegeeinrichtungen mit 151.200 Plätzen. Davon waren 2.707 Pflegeheime (132.387 Plätze) und 2.134 Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen (18.813 Plätze) (vgl. Ministry of health and welfare 2015a: 4). Eine Statistik aus dem Jahr 2013 zeigt, dass insgesamt 86,7% der vorhandenen Wohnplätze in stationären Pflegeeinrichtungen belegt waren. Dies galt für 86% der Plätze in Pflegeheimen und 91,6% der Plätze in Wohngemeinschaften (vgl. Ha, H.-S. 2015: 52). Den Daten ist zu entnehmen, dass es auf dem Pflegemarkt vor allem im Bereich der stationären Pflege mittlerweile mehr Angebot als Nachfrage gibt (vgl. Sunwoo, D. 2014: 3; Yoo, J. 2015: 331).

### **5.3.5 Convalescent Hospital (Sanatorium, 요양병원)**

Neben den stationären Pflegeeinrichtungen spielt in Südkorea eine besondere Art Krankenhaus, das sogenannte „Convalescent Hospital“, bei der Pflege älterer Menschen eine große Rolle. Dabei handelt es sich um eine medizinische Einrichtung, die unter den „Medical Service Act“ (의료법) fällt. Laut Angabe des „National Health Insurance Service“ wurden im Jahr 2014 etwa 10% der pflegebedürftigen älteren Menschen hauptsächlich dort versorgt (vgl. National Health Insurance Service 2015: 116). Gemäß § 3-2 des „Medical Service Act“ muss ein

Convalescent Hospital mit mindestens 30 Betten für PatientInnen, die eine langzeitige medizinische Behandlung benötigen, ausgestattet sein (vgl. § 3-2 Medical Service Act). Dort sollen vor allem PatientInnen mit einer Alterskrankheit oder einer chronischen Krankheit sowie solche, die sich in der Erholungsphase nach einer chirurgischen Operation oder einer Verletzung befinden, stationär untergebracht und behandelt werden. Des Weiteren sieht das Gesetz vor, dass auch DemenzpatientInnen in einem solchen Krankenhaus aufgenommen und behandelt werden können. Abgesehen davon ist die Aufnahme von psychisch Kranken ausgeschlossen (vgl. § 36 Vorschrift zum Medical Service Act). Manche Convalescent Hospitals sind auf PatientInnen mit Alterskrankheiten spezialisiert und werden als „Seniors Convalescent Hospital“ (노인요양병원) bezeichnet.

Vor der Einführung der Pflegeversicherung, als kaum Pflegeeinrichtungen für schwerstbedürftige Menschen vorhanden waren, diente das Convalescent Hospital als stationäre Einrichtung für diesen Personenkreis (vgl. Sunwoo, D. 2004: 28). Seit Mitte der 2000er Jahre hat die Zahl der auf ältere PatientInnen spezialisierten Convalescent Hospitals rasant zugenommen – von 202 im Jahr 2005 auf 866 in 2010 und 1.322 in 2014. Die Zahl der älteren PatientInnen stieg von 27.000 im Jahr 2007 auf 122.900 im Jahr 2009 (vgl. National Human Rights Commission of Korea 20 14: 28 f.).

Die rasante Zunahme der Angebote ist auf die geringen Voraussetzungen für den Betrieb einer solchen Einrichtung zurückzuführen. Dies ging mit einer verstärkten Konkurrenz zwischen den Einrichtungen einher. So wurden neben älteren PatientInnen mit einem hohen Bedarf an professioneller medizinischer Behandlung auch solche angeworben, welche einen niedrigeren Bedarf haben, aber trotzdem langfristig behandelt werden müssen. Es sind also zum Teil pflegebedürftige Menschen, für die eigentlich eine Pflegeeinrichtung zuständig gewesen wäre, dort aufgenommen und gepflegt worden (vgl. Kim, J. S. et al. 2013: 6; PSPD 2014: 12 f.). Zudem trugen die Regelungen der Pflegeversicherung bezüglich des Aufenthalts in stationären Pflegeeinrichtungen dazu bei, dass immer mehr pflegebedürftige Menschen in Seniors Convalescent Hospitals untergebracht wurden. Wie bereits dargestellt finanziert die südkoreanische Pflegeversicherung die Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung in der Regel nur für Pflegebedürftige der Stufen I und II. Abgesehen von Ausnahmefällen sind ansonsten Sachleistungen der ambulanten Pflege vorgesehen. Meist reicht jedoch die Sachleistung für die Pflege im häuslichen Umfeld allein nicht aus, weil selbst die höchste Einstufung in diesem Rahmen nur vier Stunden ambulanter Pflege am Tag ermöglicht. Wenn keine Familienangehörigen in

der Lage sind, die Pflege zu übernehmen, stellt das Seniors Convalescent Hospital auch für diejenigen eine Alternative dar, die eigentlich keine medizinische Behandlung benötigen (vgl. PSPD 2014: 13 f.). Dabei spielt zum Teil auch das in der Bevölkerung verbreitete Misstrauen gegenüber der Qualität stationärer Pflegeeinrichtungen eine Rolle. So wählen manche pflegebedürftige ältere Menschen und deren Angehörige die Versorgung in einem Seniors Convalescent Hospital in der Hoffnung, dort durch medizinische Fachkräfte besser gepflegt zu werden als in einem Pflegeheim (vgl. Kim, J. S. et al. 2013: 9; PSPD 2014: 15 f.). Allerdings stammen diejenigen, die sich für eine solche medizinische Einrichtung entscheiden, in der Regel aus finanziell bessergestellten Bevölkerungsschichten. Die medizinischen Leistungen der Seniors Convalescent Hospitals werden durch die Krankenversicherung vergütet. Hierbei haben PatientInnen den Anteil der Selbstbeteiligung vergüteter Leistungen durch die Krankenversicherung und Kosten der sonstigen Leistungen, welche von der Krankenversicherung nicht bezahlt werden, selbst zu tragen. Dazu gehören unter anderem die Pflegekosten. Das heißt, dass die Pflege in einer medizinischen Einrichtung in Südkorea keine durch die Krankenversicherung vergütete Leistung darstellt, sondern von den älteren PatientInnen und deren Angehörigen getragen wird (vgl. Jeong, H. Y./Lee, J. J./Yi, S.-W. 2003: 74; PSPD 2014: 10; National Human Rights Commission of Korea 2014: 33). Ein Zeitungsartikel vom 19.09.2014 berichtet von einem Fall, in dem ein Patient von einem Seniors Convalescent Hospital in ein Pflegeheim umgezogen ist, weil er keine finanziellen Möglichkeiten mehr hatte, die anfallenden Kosten selbst zu tragen, obwohl er die medizinische Behandlung benötigte (vgl. Sin, S.-S./Chang, J.-Y./Jeong, J.-M. 2014: 8).

Laut einem internen Bericht des „National Health Insurance Service“ befanden sich 2013 47,2% der PatientInnen nicht zum Zweck einer medizinischen Behandlung, sondern zur Pflege in einer solchen Einrichtung (vgl. Kim, J. S. et al. 2013: 35; PSPD 2014: 7). Demgegenüber benötigten Studien zufolge 30% der PflegeheimbewohnerInnen eine medizinische Behandlung und sollten daher in Seniors Convalescent Hospitals versorgt werden. Dies gibt Anlass zu der Befürchtung, dass ein Teil der Menschen in beiden Einrichtungen keine angemessenen Leistungen erhält, da pflegebedürftige Menschen in einem Seniors Convalescent Hospital und medizinische Behandlung benötigende Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht werden (vgl. Kim, J. S. et al. 2013: 6). Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass in Teilen der Bevölkerung Verwirrung über die Funktionen von stationären Pflegeeinrichtungen und den Seniors Convalescent Hospitals herrscht (vgl. National Human Rights Commission of Korea 2014: 31).

### 5.3.6 Leistungsempfänger

Es ist festzustellen, dass die Anzahl pflegebedürftiger Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes in Südkorea von Jahr zu Jahr angestiegen ist. Im ersten Jahr der Pflegeversicherung (2008) waren 214.480 pflegebedürftige Menschen in eine Pflegestufe eingestuft. Diese Zahl nahm bis Ende 2013 auf 378.493 zu, wobei der Anteil an den über 65-Jährigen 6,1% ausmachte – eine Steigerung von 1,8% (vgl. Sunwoo, D. 2014: 1). Laut Angaben des „National Health Insurance Service“ hat sich die Zahl pflegebedürftiger Menschen im Jahr 2014 nochmals um 12,2% erhöht. Sie belief sich auf 424.572 und machte 6,6% an den über 65-Jährigen aus (vgl. National Health Insurance Service 2015: xlii).

Die folgende Tabelle 7 zeigt die Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger in den verschiedenen Pflegestufen zwischen 2008 und 2013. Demnach wurden im Vergleich zu 2008 im Jahr 2013 weniger Menschen in die Pflegestufe I eingestuft. Gleichzeitig ist deutlich erkennbar, dass die Zahl der Einstufungen in die Pflegestufe III im gleichen Zeitraum rasant zugenommen hat. Diese Entwicklung setzte sich im Jahr 2014 fort, wobei dies vor allem auf die Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen im Pflegeversicherungsgesetz zurückgeführt wird. 2013 waren 37.283 pflegebedürftige Menschen in Pflegestufe I, 71.824 in Stufe II und 269.386 in Stufe III eingeordnet. Im Jahr 2014 waren hingegen 37.655 in Pflegestufe I, 72.100 in die zweite, 170.329 in die dritte Stufe, 134.032 in die Pflegestufe IV und 10.456 in die fünfte Stufe eingestuft (vgl. National Health Insurance Service 2015: xlv). Es ist deutlich zu erkennen, dass die Zahl pflegebedürftiger Menschen in der Pflegestufe I und II nur minimal zugenommen hat. Gleichzeitig ist die Anzahl pflegebedürftiger Menschen mit niedrigerer Pflegebedürftigkeit, also der Pflegestufen III und IV, deutlich angestiegen. Außerdem wurden 10.456 an Demenz Erkrankte erstmals als pflegebedürftig anerkannt, die vor der Reform der Begriffe „Pflegebedürftigkeit“ und „Pflegestufen“ gar nicht in das Spektrum der Leistungsempfänger einbezogen wurden.

Tabelle 7: Entwicklung der Leistungsempfänger (in Personen)

|                 | 2008    | 2009    | 2010    | 2011    | 2012    | 2013    |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Pflegestufe I   | 57.396  | 43.349  | 31.352  | 41.326  | 38.262  | 37.283  |
| Pflegestufe II  | 58.387  | 65.570  | 63.696  | 72.640  | 70.619  | 71.824  |
| Pflegestufe III | 98.697  | 149.557 | 175.272 | 210.446 | 232.907 | 269.386 |
| Insgesamt       | 214.480 | 258.476 | 270.320 | 324.412 | 341.788 | 378.493 |

Quelle: Sunwoo, D. 2014: 1.

Nach weiteren Angaben des „National Health Insurance Service“ lebten im Jahr 2014 etwa 65% der pflegebedürftigen älteren SüdkoreanerInnen in privaten Haushalten und knapp 24% in einer stationären Pflegeeinrichtung (eingeschlossen sind Einrichtungen zur Kurzzeitpflege). Auffällig ist, dass 9,6% der pflegebedürftigen Senioren, wie im vorangegangenen Abschnitt dargestellt, in einem Convalescent Hospital untergebracht waren. Somit wurden etwa 33,6% der Pflegebedürftigen in Südkorea in einer stationären Einrichtung gepflegt (vgl. National Health Insurance Service 2015: 116). Dies deutet an, dass einerseits ein großer Teil der pflegebedürftigen älteren Menschen in häuslicher Umgebung mit der Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes versorgt wird und andererseits die Pflege gebrechlicher älterer Menschen in vollstationären Einrichtungen in kurzer Zeit rasant zugenommen hat. Dies scheint für ein traditionell stark vom Konfuzianismus geprägtes Land durchaus bemerkenswert – hatte man doch lange Zeit angenommen, dass hier ein eher niedriger Bedarf an vollstationärer Pflege bestehen würde (vgl. Cha, H. B. 2007: 136).

Der überwiegende Teil pflegebedürftiger Menschen in Südkorea ist weiblichen Geschlechts. Im Jahr 2014 handelte es sich zu 72,6% um Frauen (vgl. National Health Insurance Service 2015: 104).<sup>76</sup> Nach einer weiteren Angabe des „National Health Insurance Service“ waren 2014 42.096 der unter 65-jährigen, die an einer Alterskrankheit litten, in eine der Pflegestufen eingestuft. Dies macht knapp 10% der pflegebedürftigen Menschen aus (vgl. ebd.: 90).

---

<sup>76</sup> Bei den über 65-Jährigen lag der Anteil der Frauen 2015 bei 58,2% (vgl. Statistics Korea 2015a: 18).

## ***Zwischenfazit***

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Einführung der Pflegeversicherung sowie der Auf- und Ausbau der Pflegeinfrastruktur in Südkorea Veränderungen der Pflegearrangements mit sich brachten. So werden die meisten pflegebedürftigen Menschen derzeit durch Pflegekräfte sowohl in der häuslichen Umgebung als auch im stationären Bereich versorgt. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass der Gesetzgeber, abgesehen von Ausnahmefällen, im Falle der Pflegebedürftigkeit nur Sachleistungen vorgesehen hat. Folglich ist die familiäre Pflege, die bis zur Einführung der Pflegeversicherung überwog, größtenteils durch formelle Pflege ersetzt worden. So werden 65% der pflegebedürftigen Menschen in häuslicher Umgebung teilweise durch Pflegekräfte versorgt, während etwa 34% der pflegebedürftigen Menschen voll institutionalisierte Versorgung durch Dritte gewährt wird. Die Pflegearrangements in Südkorea gestalten sich nach der Einführung der Pflegeversicherung 2008 also ähnlich wie in Deutschland: Während die informelle Pflege weiterhin von großer Bedeutung ist, gewinnt die formelle Pflege durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen immer mehr an Gewicht. Gleichzeitig gibt es in Teilen der südkoreanischen Bevölkerung negative Ansichten zu stationären Pflegeeinrichtungen, was dazu führen kann, dass medizinische Einrichtungen präferiert werden.

Mit Blick auf südkoreanische ArbeitsmigrantInnen ist von einem komplexen Gefüge kultureller und kognitiver Bezugspunkte auszugehen. Zunächst waren Pflegearrangements in Südkorea in den *1960er und 1970er Jahren*, als südkoreanische ArbeitsmigrantInnen als junge Erwachsene in die Bundesrepublik eingereist sind, von der Norm der „Kindespietät“ geprägt, was die Versorgung und Pflege gebrechlicher Eltern durch die ältesten Söhne und deren Ehegattinnen beinhaltete. Schon damals gab es jedoch erste Anzeichen für Veränderungen der traditionellen Pflegegestaltung: etwa dadurch, dass die Verantwortung stärker auf alle Söhne und deren Ehefrauen verlagert wurde. Davon abgesehen fand die Pflege älterer Menschen jedoch erst zur Jahrtausendwende verstärkt Eingang in öffentliche Debatten. Thematisiert wurden z.B. veränderte Haushaltsformen im Alter sowie Generationen- und Geschlechterkonflikte, wodurch die immer noch übliche traditionelle Familienpflege teilweise zur Disposition gestellt wurde. Die anschließende Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 2008 brachte dann rasante Veränderungen der Pflegelandschaft in Südkorea mit sich. Seitdem stellt die formelle Pflege sowohl in häuslicher Umgebung als auch in stationären Einrichtungen einen festen Bestandteil der Versorgung unterstützungsbedürftiger älterer Menschen dar.

Offen bleibt, inwieweit südkoreanische ArbeitsmigrantInnen den tiefgreifenden Wandel der letzten Jahre im Hinblick auf die Versorgung und Pflege älterer Menschen in ihrem Heimatland mitverfolgt haben. Die Versorgung gebrechlicher älterer Menschen durch die Familie war bis zur Einführung der Pflegeversicherung 2008 nach wie vor gebräuchlich, obwohl die traditionelle Rollenverteilung bezüglich der Pflege in der südkoreanischen Bevölkerung zum Teil umstritten war. Je nach der Orientierung südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen könnte sich dies unterschiedlich auf deren Pflegehorizonte ausgewirkt haben. Diejenigen, welche sich (stärker) an den traditionellen südkoreanischen Wertvorstellungen orientieren und die Veränderungen der Pflegearrangements in den letzten Jahren in Südkorea nicht miterlebt haben, stellen sich vermutlich stärker auf die familiäre Pflege ein, während die formelle Pflege in Deutschland als fremd empfunden werden könnte. Andere, welche einen kontinuierlichen Kontakt zu ihren Familien, Verwandten und Freunden in Südkorea hielten oder Nachrichten und Medienberichte aus Südkorea mitverfolgt haben, sind dagegen möglicherweise durchaus über den Wandel der Pflegegestaltung in Südkorea informiert. In diesem Fall könnten sie die formelle Pflege nicht unbedingt als aufnahmekulturspezifisch, sondern vielmehr als allgemeine Tendenz der Veränderung von Lebensformen in den industriell geprägten Ländern betrachten. Außerdem ist denkbar, dass die nach der Einführung der Pflegeversicherung 2008 aufgebaute Pflegeinfrastruktur eine Option für diejenigen südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen darstellt, die planen, ihren Lebensabend im Heimatland zu verbringen, obwohl ihre Nachkommen möglicherweise weiterhin in Deutschland leben. Die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen sind allerdings nicht nur mit dem Pflegemuster in ihrem Heimatland, sondern auch dem der Aufnahmegesellschaft Deutschland konfrontiert, was sich ebenfalls auf ihre Pflegehorizonte auswirken dürfte. Im Folgenden wird daher die Pflege in Deutschland näher betrachtet.

## 6 Pflege in Deutschland

In Deutschland steht die Versorgung pflegebedürftiger Menschen immer wieder im Fokus gesellschaftlicher Debatten, auch vor dem Hintergrund der demografischen Alterung<sup>77</sup> und des damit einhergehenden Anpassungsdrucks, der auf die Systeme sozialer Sicherung ausgeübt wird. Die Zahl der Pflegebedürftigen wächst seit vielen Jahren.<sup>78</sup> Im Jahr 2013 wurden (gemäß den Kategorien des Pflegeversicherungsgesetzes) 2,6 Millionen Personen als pflegebedürftig anerkannt, wobei der Anteil derjenigen, die 75 Jahre und älter waren, 69% betrug; ein gutes Drittel davon war hochbetagt (d.h. mindestens 85-jährig) (vgl. Statistisches Bundesamt 2016a: 5). Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen wurden zu diesem Zeitpunkt in häuslichen Pflegesettings versorgt, zur Hälfte alleine von Angehörigen.<sup>79</sup> Etwa ein Viertel der in Privathaushalten versorgten Menschen wurde teilweise oder vollständig von ambulanten Pflegediensten unterstützt (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a: 5). Für die Versorgungskonstellation in Deutschland ist also ein Pflegemix aus familiärer und professioneller Unterstützung charakteristisch (vgl. Zeman 2005: 247 f.; vgl. BMFSFJ 2005: 313 f.; vgl. BMFSFJ 2010: 358 f.).

Dieses Kapitel dient dazu, die verschiedenen vorherrschenden Pflegearrangements näher zu erläutern. Im Vordergrund stehen dabei zum einen die soziokulturellen Normen (6.1) und zum anderen die institutionellen bzw. gesetzlichen Rahmenbedingungen (6.2), welche die Pflegebeziehungen in Deutschland prägen. Betrachtet werden diese Arrangements zunächst mit Blick auf das häusliche Umfeld, wobei beschrieben wird, wer die Pflege alter Menschen übernimmt und aus welchem Grund dies geschieht (6.1.1). Es folgt ein Überblick über die Rolle formeller Unterstützungsleistungen bei der Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen. Neben den Pflegeinfrastrukturen im stationären (6.1.2) und ambulanten Bereich (6.1.3) werden der Wandel des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, welcher den Kreis der anspruchsberechtigten Personen

---

<sup>77</sup> Laut Statistischem Bundesamt hatte Deutschland im Jahr 2013 80,8 Millionen Einwohner. 21% der Bevölkerung waren 65-jährig und älter. Der Anteil der Hochbetagten betrug 5,4% (4,4 Millionen Personen). Prognosen deuten einen Anstieg dieser Gruppe auf fast 10 Millionen im Jahr 2050 an. Die Anzahl der Hochbetagten wird dann mehr als doppelt so hoch sein wie heute, und damit könnte möglicherweise das Risiko einer Pflegebedürftigkeit entsprechend ansteigen (vgl. Statistisches Bundesamt 2015b: 6).

<sup>78</sup> Allein zwischen 2011 und 2013 hat sie um 5,0% (beziehungsweise 125.000 Personen) zugenommen (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a: 7).

<sup>79</sup> 71% bzw. 1,86 Millionen Personen lebten zu Hause, 29% (764.000) in einer stationären Einrichtung (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a: 5).

bestimmt (6.2.1), und die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (6.2.2) dargestellt. Damit sind wesentliche Merkmale des deutschen Pflegesystems umrissen, die auch im Hinblick auf die Versorgung pflegebedürftiger südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen in Deutschland von Bedeutung sein können.

## **6.1 Pflegearrangements und -infrastruktur in Deutschland**

Die deutsche Gesellschaft ist traditionell vom Christentum geprägt, dessen Wertvorstellungen die Menschen zu Nächstenliebe sowie zur Unterstützung von Armen, Kranken und Schwachen anhalten. Daneben benennen christliche Lehren Erwartungen, die speziell an das Verhalten gegenüber älteren und alten Menschen gestellt werden. Während das Alte Testament (3. Mose, 19, 32) etwa fordert, dass man „vor grauem Haar aufstehen“ und die Alten ehren soll (vgl. Belardi/Fisch 1999: 18), verlangt das vierte Gebot die Ehrfurcht der Kinder gegenüber den Eltern, wobei die Befolgung dieser Norm den Kindern ein langes Leben verheißt (vgl. 2. Mose, 20, 12). Abseits dieser religiösen Grundsätze besaßen Alte bis zur Moderne gesellschaftlich jedoch ausschließlich eine nachrangige Stellung. Indem die Lebensumstände breiter Teile der Bevölkerung im Mittelalter und der frühen Neuzeit von Kriegen und Massenkrankheiten sowie von Hungersnöten geprägt waren (vgl. Borscheid 1987: 24), erreichten die Menschen nur selten das 60. Lebensjahr (vgl. Tölle 1996: 24). Zudem haben sie in der Regel bis zu ihrem Tod gearbeitet. Mit anderen Worten: Es gab keinen Lebensabschnitt, der als Alter im heutigen Sinne<sup>80</sup> bezeichnet wurde. Man wurde als alt betrachtet, wenn man gebrechlich und erwerbsunfähig wurde (vgl. Heinzelmann 2004: 14). In der traditionellen Gesellschaft starben die Menschen sehr selten an Altersschwäche. Weil der Ausbruch einer Krankheit schnell zum Tode führte, zählten zugleich längere Perioden pflegerischer Versorgung kaum zum Alltag dieser Zeit (vgl. Borscheid 1987: 15, 23 & 207; Borscheid 1998: 14 f.).

Bei den wenigen, die ein höheres Alter erreichten, spielten die Standeszugehörigkeit sowie die im Arbeitsleben ausgeübten Berufe eine entscheidende Rolle. Adlige, Beamte, Lehrer sowie Pfarrer, welche einen geringen Teil der Bevölkerung ausmachten, hatten im Mittelalter und der frühen Neuzeit, anders als Bauern, Handwerker oder Tagelöhner, eine höhere Lebenserwartung (vgl. Borscheid 1987: 19 & 39-48). Allgemein war der soziale Stellenwert alter Menschen von

---

<sup>80</sup> Hiermit ist der gesellschaftliche vorgesehene Eintritt in den Ruhestand bzw. in die Rente nach der Ausscheidung aus dem Erwerbsleben gemeint (vgl. Backes/Clemens 2003: 13).

den harten Lebensbedingungen dieser Zeit geprägt. Zwar bekannte man sich zur oben erwähnten Wertschätzung der Greisinnen und Greise im Sinne der christlichen Lehre, jedoch galten die alten Menschen in der Alltagsrealität vielfach als Last (vgl. ebd.: 14) oder als „unnütze Esser“ (ebd.: 24). Diese Verachtung gegenüber den alten Leuten schwächte sich in der Neuzeit ab. Im Rahmen der Aufklärung wurde angestrebt, die Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen zu verändern und mit Hilfe von Staat, Kirche, Schule und Familie eine neue, moralisch höher stehende Gesellschaft und für diese neue Lebensformen zu schaffen. In diesem Kontext setzte sich die Achtung vor dem Alter als gesellschaftliche Norm schrittweise durch (vgl. ebd.: 107-110). Dazu trug auch der Absolutismus bei. In dessen Werteordnung galt der Familienvater als Autorität in der Familie, analog zur Vorstellung vom absolutistischen Herrscher. 1735 wurde in Kurhannover sogar eine staatliche Verordnung erlassen, welche Kinder mit Zuchthaus und Karrenschieben bestrafte, wenn sie gegenüber ihren Eltern widerspenstig waren (vgl. ebd.: 113). Mit der expliziten Berufung auf das vierte Gebot „Ehre deine Eltern“ erlangten ältere Menschen in der Neuzeit schließlich eine spezifische soziale Autorität (vgl. ebd.: 220). Sie galten als Quelle von Weisheit und Erfahrung. Die Achtung des Alters basierte also nicht nur auf der christlichen Lehre, sondern auch auf den durch die Aufklärung in Gang gesetzten sozialen Bewegungen.

Die sich im späten 20. Jahrhundert etablierenden Formen der pflegerischen Versorgung sind auch vor dem Hintergrund dieser traditionellen Altersbilder zu verstehen. Nachfolgend werden diese Formen und ihre jüngere Entwicklung genauer betrachtet, wobei sich der Blick auf familiäre Kontexte sowie formelle Hilfeeinrichtungen im stationären und ambulanten Bereich richtet.

### **6.1.1 Die familiäre Gestaltung der Altersversorgung und Pflege**

Familienangehörige zählen nach wie vor zu den wichtigsten Akteuren, wenn es darum geht, die Pflege der älteren, pflegebedürftigen Familienmitglieder sicherzustellen. Absolut betrachtet, übernehmen immer mehr diese Aufgabe in Alleinregie. So wurden etwa im Jahr 2013 1.246.000 Pflegebedürftige ausschließlich von der Familie versorgt (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a: 9), während dies 2007 bei etwa 1.030.000 Pflegebedürftigen der Fall war (vgl. Statistisches Bundesamt 2008: 13). Rechnet man zusätzlich pflegende Angehörige, welche hilfsbedürftige Personen gemeinsam mit Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes versorgen,

hinzu,<sup>81</sup> wird deutlich, dass ein Großteil der Versorgung auf den Schultern von Privatpersonen ruht. Im Folgenden wird kurz umrissen, wie sich familiäre Pflegearrangements in Deutschland historisch entwickelt haben.

### **6.1.1.1 Die familiäre Pflege in der traditionellen Gesellschaft**

In der agrarischen Gesellschaft war die Familie gleichzeitig eine Produktionsgemeinschaft (vgl. Tölle 1996: 26; Baumgartl 1997: 36). Das, was sich vereinfacht als „adelig-bäuerliche“ bzw. „früh-bürgerliche“ Ordnung bezeichnen lässt, basierte auf der Lebensform des „Ganzen Hauses“; die Gemeinschaft umfasste nicht nur Blutsverwandte, sondern auch andere Haushaltsmitglieder. Die Altersversorgung war weitgehend an diese Lebensform gebunden. Der Hausherr konnte mit Hilfe seiner Erbzuteilung Macht über seine Kinder ausüben und so einen gewissen Handlungsspielraum für sein Leben im Alter sichern. Demgegenüber waren Leibeigene, Knechte oder Gesellen im Falle von (auch altersbedingter) Arbeitsunfähigkeit auf das Wohlwollen des „Hauses“ angewiesen (vgl. Borscheid 1987: 39 f. & 48; Baumgartl 1997: 36 f.).

Die einschlägige Fachliteratur geht davon aus, dass in der traditionellen Gesellschaft die aus zwei Generationen bestehende Familie üblich war. Gemeinschaften von drei Generationen, mit Großeltern, Eltern und Kindern, stellten eher eine Ausnahme dar, zum Beispiel bei adeligen Familien oder wohlhabenden Bauern (vgl. Borscheid 1987: 52; Belardi/Fisch 1999: 19). Dies lag vor allem an der Kombination aus geringerer Lebenserwartung und hohem Heiratsalter (vgl. Borscheid 1987: 209; Baumgartl 1997: 36).<sup>82</sup> Vielfach lebten Eltern und verheiratete Kinder in wirtschaftlich und zum Teil räumlich getrennten Haushalten (vgl. Gestrich/Krause/Mitterauer 2003: 632 f.). Ursächlich dafür waren einerseits ein knapper Ertrag der Ernte oder der Unterhalt eines Heimgewerbes für eine (andere) Drei-Generationenfamilie (vgl. Borscheid 1987: 52; Baumgartl 1997: 36). Andererseits liegt die Vermutung nahe, dass die ältere Generation in der traditionellen Gesellschaft anstrebte, möglichst lange selbständig im eigenen Haushalt zu leben (vgl. Gestrich/Krause/Mitterauer 2003: 633).

---

<sup>81</sup> Im Jahr 2013 wurden 616.000 Pflegebedürftige durch ambulante Pflegedienste versorgt. Für die ausführliche Beschreibung siehe 6.1.3.

<sup>82</sup> Das Heiratsalter lag bei den Frauen bei durchschnittlich 25 Jahren, bei den Männern bei knapp 30 Jahren (vgl. Borscheid 1987: 209).

Obwohl die alten Menschen in früheren Zeiten häufig im eigenen Haushalt wohnten, wurden die Altersversorgung und die Pflege dieser Menschen mehr oder weniger von den Kindern erbracht (vgl. Borscheid 1987: 163). Dies gestaltete sich je nach sozialem Stand unterschiedlich, was im Folgenden eingehender dargestellt wird.

### Bäuerliche Bevölkerung

In der agrarisch geprägten Gesellschaft des Mittelalters machten die Bauern den größten Teil der Bevölkerung aus. Für die Altersversorgung dieser Bevölkerungsgruppe waren die Kinder von zentraler Bedeutung. Zwar stellten gebrechliche Eltern eine Last für die Kinder dar, dennoch erbrachten diese deren Betreuung. Während der größte Teil der alten Bauern kaum etwas besaß und auf die Zuwendung des Nachwuchses angewiesen war, verfügten einige im Alter auf Grund ihres Besitzes über gewisse Handlungsspielräume gegenüber ihren Kindern (vgl. Borscheid 1987: 191 & 212). Diese gestalteten sich je nach der Arbeitsfähigkeit des Vaters, seiner Bereitschaft zur Hofübergabe, der Größe und Tragfähigkeit des Hofes und den Familienverhältnissen unterschiedlich (vgl. ebd.: 48). In der Regel übernahmen die Kinder den Hof erst nach dem Tod des Vaters (vgl. ebd.: 53). Zum Teil mussten sie aufgrund der begrenzten Tragfähigkeit des Gehöfts mit ihrer Heirat bis zu dessen Ableben warten (vgl. ebd.: 209). Falls der Hof für drei Generationen<sup>83</sup> genug abwarf und der Vater bereit war, ihn frühzeitig zu übergeben, wurde ein Vertrag<sup>84</sup>, das „Ausgedinge“<sup>85</sup>, abgeschlossen (vgl. Gestrich/Krause/Mitterauer 2003: 634). Es handelt sich dabei um eine Vereinbarung über das Recht der Eltern und die Verpflichtungen des Nachfolgers im Hinblick auf die (lebenslange) Versorgung der Eltern. Die Pflichten wurden zum Teil detailliert festgelegt: Es gab Regelungen zum Wohnrecht, zu Lebensmittel- und Holzlieferungen, zum Anspruch auf einen bestimmten Sitzplatz im Haus, und – nicht zuletzt – zur Pflege im Krankheitsfall. Auch Ehrfurcht und Liebe seitens der Kinder wurden erwähnt. Im Zuge dieser Vereinbarung übertrug der Vater Haus, Felder und seine Hausherrenstellung an einen Nachfolger (vgl. Borscheid 1987: 48 & 208; Tölle 1996: 27; Belardi/Fisch 1999: 19).

---

<sup>83</sup> Wie bereits erwähnt, war die drei Generationenfamilie bis zur Mitte des 17. Jahrhunderts selten, weil der Ertrag eines Hofes eine Drei-Generationsfamilie meist nicht ernähren konnte (vgl. Borscheid 1987: 52). Daher kam es eher bei den wohlhabenden Bauern zur frühzeitigen Übergabe des Hofes.

<sup>84</sup> Dieses vertraglich geregelte Übergabesystem existierte bereits während der frühen Neuzeit (vgl. Borscheid 1987: 48).

<sup>85</sup> Es wurde auch als „Antenteil“, „Auszug“ oder „Leibgedinge“ bezeichnet (vgl. Belardi/Fisch 1999: 19).

Die Eltern zogen – je nach Größe des Hofes und der Art der Siedlung – in ein kleines Häuschen, das auf dem Hof für die Eltern errichtet bzw. dafür vorgesehen worden war, oder in bestimmte Räume des Hofes (vgl. Borscheid 1987: 48). So wohnten die älteren Bauern in der Nähe ihrer Nachfolger und wurden im Pflegefall versorgt.

Allerdings gab es Unterschiede in diesem Übergabesystem. So bestand zum einen das Anerbenrecht, bei dem ein Kind, meistens der älteste oder der jüngste Sohn, den ganzen Hof vollständig übernahm und in der Folge zur Versorgung der Eltern verpflichtet war (vgl. Belardi/Fisch 1999: 19; Gestrich/Krause/Mitterauer 2003: 633). Zum anderen gab es die sogenannte Realteilung, bei der alle Kinder, unabhängig von Geschlecht und Alter, an der Erbschaft beteiligt wurden. Zum Teil übernahm dasjenige Kind, welches finanziell zur Abfindung der Geschwister und Auszahlung der Eltern am ehesten in der Lage war, als Haupterbe den Hof (vgl. Borscheid 1987: 52; Gestrich/Krause/Mitterauer 2003: 633). Die Lasten bei der Versorgung der Eltern wurden dabei mit dem Erbe verrechnet. War dies nicht der Fall, wurden die Eltern im Wechsel von allen Kindern versorgt, oder sie zogen getrennt zu verschiedenen Kindern (vgl. Gestrich/Krause/Mitterauer 2003: 633 f.). Außerdem war es in Realteilungsgebieten gebräuchlich, „eine Tochter zur Versorgung der alten Eltern ans Haus zu binden. Meist geschah dies durch Locken mit einem größeren Erbteil und durch Appelle an das Verantwortungsbewusstsein der Kinder“ (Borscheid 1987: 207). Mit dem Aufschwung der Landwirtschaft<sup>86</sup> ab der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts konnten sowohl in den Anerbengebieten als auch in den Realteilungsgebieten immer mehr alte Bauern ihre Höfe durch Übergabeverträge an die Kinder weitergeben (vgl. ebd.: 209 f.). Auf diese Weise wurden sie von ihren Kindern versorgt und gepflegt, wenngleich die Modalitäten je nach Erbrecht, Tragfähigkeit des Hofes sowie der Bereitschaft der Eltern zur Übergabe des Hofes unterschiedlich waren.

### Städtische Bevölkerung

Die urbane Bevölkerung, also die städtische Oberschicht, die Handwerker sowie die vom Land vertriebene Unterschicht, hatte im Mittelalter eine eigene Strategie zur Absicherung ihres Lebensabends entwickelt – wobei sie, ebenso wie die Bauern, meist von ihren Kindern unterstützt

---

<sup>86</sup> Mit der Einführung neuer Feldfrüchte wie Kartoffeln oder Kohl wurde die Produktivität der Äcker gesteigert. Parallel dazu stiegen aufgrund des Bevölkerungswachstums und der Erhöhung der Finanzkraft in der Bevölkerung die Preise für Getreide, wodurch sich die Einnahmen der Bauern zum Teil verbesserten (vgl. Borscheid 1987: 210).

wurden. Die Handwerker stellten in dieser Epoche die zweitgrößte Bevölkerungsgruppe dar (vgl. Borscheid 1987: 213). Mit Ausnahme jener Menschen, deren Berufsausübung von Immobilien (z.B. Back- oder Badestuben) abhing, zu deren Unterhalt wiederum die Mitarbeit der Kinder benötigt wurde, hatten Handwerker aufgrund der beengten städtischen Lebensverhältnisse und der begrenzten wirtschaftlichen Ergiebigkeit ihrer Gewerbe sehr selten die Möglichkeit, mit erwachsenen Kindern zusammenzuwohnen. Der Nachwuchs von Handwerkern, z.B. Schneidern, Schustern oder Spinnern, übernahm in der Regel die Berufe der Eltern. Jedoch wurden diese außerhalb der elterlichen Haushalte ausgeübt. Transportmöglichkeiten für Handwerksgeräte sowie der Umstand, dass nur kleinere Räumlichkeiten zur Berufsausübung benötigt wurden, begünstigten sie im Vergleich zu Angehörigen anderer Berufszweige (vgl. Borscheid 1987: 60 & 218; Tölle 1996: 43). Im Hinblick auf die Wohnverhältnisse galt es als verbreitete Präferenz sowohl der Eltern als auch der erwachsenen Kinder, einen eigenen Haushalt zu führen, um so eine gewisse Distanz zu schaffen. Jedoch blieben Eltern und Kinder meist in Sicht- und Rufkontakt, damit im gegebenen Fall Hilfe und Unterstützung zur Verfügung standen (vgl. Tölle 1996: 44; Borscheid 1998: 23).

Die Produktionsverhältnisse im Handwerk waren in spezifischer Weise mit der Altersversorgung der entsprechenden Berufsgruppe verbunden. In der Regel haben die Handwerker bis zum Tod gearbeitet, was durch die, im Vergleich zur Arbeit in der Landwirtschaft, körperlich weniger fordernden Tätigkeiten in ihrem Arbeitsfeld möglich war. Wenn sie altersbedingt ihre Arbeitskraft einbüßten und keine Kundschaft mehr bedienen konnten, waren sie entweder auf Tätigkeiten der Ehefrau (wie Nähen, Spinnen oder Waschen) angewiesen, oder sie arbeiteten noch als Tagelöhner, zum Beispiel als Nachtwächter oder Botengänger. Falls sie selbst derartige Arbeiten nicht mehr erledigen konnten, dann konnten sie auf ihre Familie oder aber auf das in den Zünften organisierte Kollektiv setzen, wobei dies wegen der verhältnismäßig niedrigen Lebenserwartung nicht üblich war (vgl. Borscheid 1987: 61 & 218). In den Städten kam es auch zu Übergabeverträgen zwischen der alten und der jüngeren Generation. Bemerkenswert ist, dass Leibgedinge-Verträge kaum zwischen älteren Handwerkerehepaaren und ihrem Nachwuchs, sondern häufig zwischen den älteren Witwern oder Witwen und deren Kindern abgeschlossen wurden. Es liegt die Vermutung nahe, dass hier überwiegend die Kinder die Hinterbliebenen versorgt und gepflegt haben. Folgendes Zitat aus einem Übergabevertrag aus dem Jahr 1810 zwischen einem alten verwitweten Handwerker und seinen zwei Kindern zeigt, dass dort unter anderem die Pflege des alten Vaters geregelt wurde und dabei die Kinder ihren gebrechlichen Vater im Wechsel versorgen sollten (vgl. ebd.: 219):

*„Um das übergebene Vermögen nehmen die beiden Kinder [...] die Verbindlichkeit auf sich, den Vater je von halb Jahr zu halb Jahr abwechselungsweise nicht nur mit guter Kost zu besorgen, sondern denselben nach Bedürfniß seines Leibs in gesunden und kranken Tagen mit kindlicher Sorgfalt zu verpflegen“ (ebd.).*

Folgt man der Darstellung von Gestrich, Krause und Mitterauer, war es abgesehen von einem die Alterssicherung regelnden Generationenvertrag in den städtischen Gebieten der Neuzeit verbreitet, dass in Familien aller sozialen Schichten ein Kind, in der Regel die jüngste Tochter, dazu auserkoren wurde, ledig zu bleiben und die Eltern im Alter zu versorgen (vgl. Gestrich/Krause/Mitterauer 2003: 635). Es scheint, dass auch ein Großteil der Töchter in adeligen Familien auf eine Eheschließung verzichten musste,<sup>87</sup> um das familiäre Vermögen zu schützen bzw. eine Bereitstellung von Aussteuer und Erbteilungen zu verhindern. Letzteres war bedeutsam, hing doch das Sozialprestige der Adelligen von der Größe ihres Besitzes ab. So lebten unverheiratete Töchter bis ins hohe Alter in einem Damenstift. Falls die Mutter starb oder der Vater pflegebedürftig wurde, wurden sie zum Teil als Gouvernante oder Haushälterin in der Stammfamilie eingestellt. Oder sie wohnten, wie auch unverheiratete Brüder oder Geschwister des Vaters, in einem Nebenhaus, einer Amtswohnung oder einem Witwensitz. Gegebenenfalls mussten sie dann die Pflege der Eltern übernehmen (vgl. Borscheid 1987: 168 f.).

Auch alte Menschen aus der Unterschicht, welche in der Regel besitzlos waren, konnten mit Unterstützungen ihrer Kinder rechnen. Hier griffen ebenfalls die Lehren des Christentums. Die Kinder erklärten sich teilweise bereit, sogar einen Teil ihrer Löhne den Eltern zur Verfügung zu stellen. Es war jedoch selten, dass ältere Menschen in den unteren Schichten mit ihren verheirateten Kindern im gleichen Haushalt lebten, allerhöchstens, wenn ihre EhepartnerInnen verstorben und sie verwitwet und alleinstehend waren (vgl. ebd.: 234-236).

#### **6.1.1.2 Die familiäre Pflege der Gegenwart**

Konzentriert man sich auf wesentliche Veränderungen der Familienstrukturen in Deutschland, kann einerseits von einer Vertikalisierung („Bohnenstangenfamilie“) gesprochen werden. Während in vormodernen Zeiten eine große „horizontale“ Familienbreite maßgeblich war, das heißt, dass es mehr Geschwister sowie Cousins und Cousinen ab, zeichnen sich Familien gegenwärtig

---

<sup>87</sup> Das galt nicht nur für die Töchter, sondern auch für die neben dem erbenden Sohn nachgeborenen Söhne (vgl. Borscheid 1987: 168).

durch keine oder wenige Geschwister, bedingt durch die niedrigen Geburtenraten, aus. Andererseits haben sich Veränderungen bei der gemeinsam verbrachten Lebenszeit eingestellt. So leben gegenwärtig teilweise mehrere Generationen einer Familie, manchmal sogar vier oder fünf, gleichzeitig. Dadurch zeichnen sich heutige Familien insgesamt vermehrt durch eine schmale „vertikalisierte“ Struktur aus (vgl. BMFSFJ 2001: 211 f.; Backes/Clemens 2003: 68 & 226). Obwohl sich die gleichzeitige Lebenszeit mehrerer Generationen stark verlängert hat, zeigt die Statistik, dass der überwiegende Teil alter Menschen in Deutschland kontinuierlich allein oder in einem Ein-Generationenhaushalt lebt (vgl. Kohli et al. 2005: 176 f.). So betrug der Anteil an Mehrgenerationenhaushalten, in denen 65-jährige und Ältere mit Angehörigen unterschiedlicher Generationen zusammenlebten, (gemessen an allen Privathaushalten) im Jahr 2009 nur knapp 6% (1991: 7%) (vgl. Statistisches Bundesamt 2011: 17).

Dies macht deutlich, dass das Zusammenleben der alten und jungen Generation in einem Haushalt in Deutschland nicht (mehr) gängig ist. Die einschlägige Literatur geht davon aus, dass alte Menschen und deren erwachsene Kinder nach wie vor eine „Intimität auf Abstand“ bzw. die „Nähe auf Distanz“ bevorzugen. Das heißt, dass sie räumlich voneinander getrennt in einem eigenen Haushalt wohnen, die persönliche Beziehung zwischen den beiden Generationen jedoch oft weiterhin eng und intensiv bleibt, Eltern und Kinder also miteinander regelmäßig Kontakt haben (vgl. BMFSFJ 2001: 216; Backes/Clemens 2003: 74; Kohli et al. 2005: 177).

Wenn man die Lebensformen der Menschen ab 65 näher betrachtet, zeigen sich jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes lebten im Jahr 2014 62% dieser Altersgruppe in einer Partnerschaft und ein Drittel allein,<sup>88</sup> wobei alte Frauen häufiger allein als ihre männlichen Pendanten lebten. So wohnten 19% der Männer ab 65 in einem Einpersonenhaushalt, während dies bei 45% der alten Frauen der Fall war. Im Vergleich dazu lebten 78% der alten Männer mit einer Ehe- oder Lebenspartnerin unter einem Dach; der entsprechende Anteil bei den Frauen betrug 49%. Diese geschlechtliche Differenzierung wird mit zunehmendem Alter markanter. Zwar nimmt der Anteil der Alleinstehenden auch bei den Männern mit dem Alter zu. Jedoch lebten im o.g. Bezugsjahr immer noch 61% der mindestens 85 Jahre alten Männer in einer Partnerschaft. Hingegen wohnten nur 14% der

---

<sup>88</sup> Diese Angaben erfassen nur diejenigen Menschen, die in Privathaushalten wohnen. Menschen in stationären Einrichtungen, wie Alten- oder Pflegeheime, sind nicht berücksichtigt. 4% der alleinstehenden älteren Menschen haben im Jahr 2014 mit anderen Verwandten oder familienfremden Menschen zusammengewohnt (vgl. Statistisches Bundesamt 2015c: 5).

gleichaltrigen Frauen mit einem Partner zusammen. Umgekehrt hatten knapp drei Viertel der Frauen in diesem Alter einen Einpersonenhaushalt, während 34% der gleichaltrigen Männer allein lebten (vgl. Statistisches Bundesamt 2015c: 5-8). Es ist anzunehmen, dass dieses Phänomen mit dem höheren Verwitwungsrisiko der Frauen zusammenhängt, welches sowohl auf die durchschnittlich höhere Lebenserwartung von Frauen als auch ihr durchschnittlich niedrigeres Alter in Ehen bzw. Partnerschaften zurückzuführen ist (vgl. BMFSFJ 2001: 213 f.; Statistisches Bundesamt 2011: 17; Statistisches Bundesamt 2015c: 5-8).

Durch die gestiegene Lebenserwartung vollzieht sich die private Unterstützung pflegebedürftiger älterer Angehöriger quasi in einem Familienzyklus (vgl. BMFSFJ 2002: 194). Obwohl die Mehrheit der alten Menschen in einem Einpersonen- oder Ein-Generationenhaushalt lebt und die Mobilität der Kindergeneration zunimmt, ist die Familie „de facto größter Pflegedienst in Deutschland“ (Schneekloth/Wahl 2008: 63, zitiert nach Klott 2010: 19). Betrachtet man die Merkmale der pflegenden Angehörigen genauer, ist festzustellen, dass verheiratete Pflegebedürftige v.a. von ihren EhepartnerInnen und verwitwete betagte Pflegebedürftige durch die Tochter, Schwiegertochter oder den Sohn versorgt werden (vgl. Schneekloth 2006: 77). Charakteristisch bei der Partnerpflege ist, dass hauptsächlich die Frauen ihre Ehemänner unterstützen. Die Mehrheit der älteren Männer wohnt, wie bereits erwähnt, mit einer Partnerin zusammen, welche potentiell eine pflegende Angehörige darstellt. Hingegen leben alte Frauen aufgrund der o.g. Umstände häufiger allein und werden im Falle der Pflegebedürftigkeit eher von den Töchtern bzw. Schwiegertöchtern versorgt. Gleichzeitig werden unabhängig vom Geschlecht gebrechliche Menschen mit zunehmendem Alter immer häufiger von ihren Kindern gepflegt, weil die Erbringung der Pflege durch die dann meist selbst hochbetagten EhepartnerInnen schwieriger wird. Vielfach beginnt familiäre Unterstützung also als Partnerpflege, bevor sich die entsprechende Aufgabe sukzessive auf die Töchter bzw. Schwiegertöchter verlagert (vgl. BMFSFJ 2002: 196; Zeman 2005: 249; Klott 2010: 21 f.).<sup>89</sup> Obwohl der Anteil der männlichen Pflegenden tendenziell zunimmt,<sup>90</sup> ist die Hauptpflegeperson im Privathaushalt weiterhin weiblich. Mehrere Studien zeigen, dass auch in der jüngeren Vergangenheit etwa 80% bzw.

---

<sup>89</sup> Im Jahr 2002 waren 26% der Pflegenden Töchter und 6% Schwiegertöchter einer pflegebedürftigen Person (vgl. Schneekloth 2006: 79).

<sup>90</sup> Laut Ulrich Schneekloth ist der Anteil der männlichen Pflegenden von 17% (1991) auf 27% (2002) gestiegen. Hierbei handelt es sich zum großen Teil um die pflegenden Ehepartner. Jedoch nimmt der Anteil der pflegenden Söhne zu. So betrug deren Anteil an pflegenden Angehörigen im Jahr 2002 10% gegenüber 3% im Jahr 1991 (vgl. Schneekloth 2006: 79 & 233; auch Klott 2010: 22 f.).

75% der Hauptpflegepersonen Frauen waren (vgl. BMFSFJ 2002: 195; Schneekloth 2006: 79; Salomon 2009: 9; Klott 2010: 23; Rohr/Lang 2011: 299). Als ein weiteres Merkmal familiärer Pflege ist das zunehmende Alter pflegender Angehöriger zu nennen. Dies gilt nicht nur für die EhepartnerInnen, sondern auch für die Kinder. So versorgen in Deutschland hauptsächlich die „jungen“ Alten zwischen 55 und Ende 70 die hochbetagten Pflegebedürftigen in deren häuslicher Umgebung (vgl. Schneekloth 2006: 77).

Die Bereitschaft zur Übernahme der Pflege von Familienmitgliedern ist in Deutschland hoch. EhepartnerInnen sehen diese Aufgabe als selbstverständlich an; betrachtet man die geschlechtsspezifische Motivation, besteht bei beiden Teilen dieselbe Bereitschaft zur Übernahme der Pflege des Partners oder der Partnerin (vgl. BMFSFJ 2002: 194; Backes/Clemens 2003: 301 f.; Salomon 2009: 10). Töchter und Söhne sind grundsätzlich willens, die Pflege der Eltern zu übernehmen, wobei die tatsächliche Beteiligung der Söhne geringer ausfällt (vgl. BMFSFJ 2002: 194). Insgesamt steht bei der Übernahme der Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen das Gefühl der Familiensolidarität, der Zuneigung und der Verpflichtung im Mittelpunkt. Es liegt die Vermutung nahe, dass hinter der familiären Solidarleistung gesellschaftliche Normen sowie ein zugeschriebenes Rollenverhalten vor allem bei den Töchtern stehen. Es geht um Reziprozität sowie um Pflichtgefühle, die in der Tradition religiöser Moralvorstellungen verankert scheinen. Vielfach besteht das Ansinnen, den Eintritt (bzw. das ‚Abschieben‘) der Angehörigen in ein Pflegeheim zu verhindern. Die Unterbringung in einer solchen Einrichtung ist mit einem eher negativen Image verbunden; sie geht auf Seiten der PartnerInnen und Kinder nicht selten mit einem Verlust an Selbstachtung und der Wertschätzung seitens des sozialen Umfeldes einher (vgl. ebd.: 195).

Die bisherige Darstellung zeigt, dass es eine gewisse historische Konstanz gibt, wenn es um Zuständigkeiten in der pflegerischen Versorgung geht. In früheren wie in heutigen Zeiten werden gebrechliche Menschen größtenteils durch die Familie gepflegt. Gleichzeitig gab und gibt es zu jeder Zeit Menschen, welche keine Unterstützung von ihrem sozialen Umfeld erwarten konnten bzw. können. Für diese Leute waren in der traditionellen Gesellschaft einige (wenige) spezielle Einrichtungen vorhanden, die sich allerdings deutlich von den heutigen Alten- und Pflegeheimen unterschieden. Welche Merkmale für die unterschiedlichen stationären Versorgungsstrukturen kennzeichnend sind, wird der nachfolgende Abschnitt zur institutionellen Ent-

wicklung des Pflegesystems in Deutschland verdeutlichen. Dabei geht es hinsichtlich der heutigen Angebotslandschaft vor allem um Pflegeheime, in denen gegenwärtig etwa 30% der als pflegebedürftig registrierten Personen versorgt bzw. betreut werden.

### **6.1.2 Stationäre Pflege**

Der Ursprung einer institutionellen Versorgung und Pflege gebrechlicher alter Menschen kann bis ins Mittelalter zurückverfolgt werden; zentral war hier die Armenfürsorge, welche auf Normen der Nächstenliebe in der *christlichen Lehre* basierte. Wohlhabende Bürger versuchten, dahingehende religiöse Pflichten durch Almosen zu erfüllen, wodurch ihnen ein Platz „im Himmel“ als gesichert galt. Obwohl diese Spenden nicht in erster Linie als Hilfe für Notleidende gedacht, sondern eigennützig waren, sicherten sie den Armen einen festen Platz im gesellschaftlichen Sozialgefüge (vgl. Schilling 1997: 18 f.; Werner 2014: 22). Neben der persönlichen Unterstützung gab es bereits im Mittelalter Anstalten für Notleidende, die von religiösen Institutionen geführt wurden und insofern auf konfessionellen Werten gründeten. Daraus entstanden in der Folgezeit allmählich altersspezifische stationäre Versorgungseinrichtungen. Nach dem Zweiten Weltkrieg entfernten sich die Heime für alte Menschen von ihren Wurzeln in der Armenhilfe; man begann, Pflege mit professionellen Konzepten zu gestalten. Diese Entwicklungsdynamik wird im Folgenden eingehend rekonstruiert.

#### **6.1.2.1 Bedürftige alte Menschen als Klientel des Armenwesens**

Als organisierte Hilfsinstitution für bedürftige Menschen versorgten die klösterlichen bzw. kirchlichen Hospitäler des Mittelalters die Armen, Kranken, Alten, die Irren und die Waisen – also all jene, die keine Versorgung durch ihre Familien erwarten konnten. Bei diesen Institutionen ging es in erster Linie um die Versorgung oder Verwahrung mittel- bzw. hilfloser Menschen, unabhängig von den Ursachen ihrer Notlagen. So wurden Menschen, welche aufgrund ihres Alters oder durch Krankheit in Armut geraten waren, dort aufgenommen, versorgt und beim Sterben begleitet (vgl. Schilling 1997: 20; Belardi/Fisch 1999: 23 f.; Werner 2014: 22). Im ausgehenden Mittelalter begannen die *Kommunen*, die Fürsorge für in Notlagen geratene Menschen als ihre Aufgabe zu betrachten. Allmählich wurden also neben den konfessionellen Hilfsinstitutionen auch städtische Einrichtungen gegründet (vgl. Belardi/Fisch 1999: 20; Werner 2014: 22). Parallel dazu entstand ein spezifisches Versorgungssystem für die begüterteren Schichten des Bürgertums: Mit der Entwicklung des Pfründenwesens konnten Wohlhabende durch Zuwendung an Spitäler oder Stifte sicherstellen, dass sie im Alter dort untergebracht und

versorgt wurden. Die Wohnrichtungen waren je nach Zuwendung unterschiedlich gestaltet. Zum Beispiel stand einem Teil dieser Menschen eine eigene Wohnung mit Hauspersonal zur Verfügung. Diese Form der Altersversorgung gilt gemeinhin, zusammen mit den Hospitälern, als Wurzel der stationären Versorgung gebrechlicher Menschen (vgl. Baumgartl 1997: 40; Belardi/Fisch 1999: 25 f.; Heinzelmann 2004: 15; Werner 2014: 22 f.).

Mit dem Beginn der Neuzeit veränderte sich die gesellschaftliche Sicht auf die Armut, auch im Hinblick auf Einstellungen zum Betteln. Dies hatte wiederum Veränderungen des Fürsorgesystems für Mittellose zur Folge. Im ausgehenden Mittelalter wurde die bis dahin gesellschaftlich akzeptierte, aber unaufhörlich zunehmende Bettelei immer mehr als Plage betrachtet (vgl. Schilling 1997: 21; Werner 2014: 23). Zum Umdenken trug auch die Reformationsbewegung bei. Martin Luther (1483-1546) ging davon aus, dass man nicht durch Wohltätigkeiten, sondern nur durch den Glauben und die Gnade Gottes ‚gerettet‘ werden konnte (vgl. Schilling 1997: 22 f.). In dem Maße, wie sich diese Moralvorstellung durchsetzte, ging die traditionelle religiöse Bedeutung des Bettelns und der Armut verloren. Dies führte zu einer Ausdifferenzierung verschiedener Kategorien der Armen. Man begann beispielsweise zwischen Arbeitsfähigen, aber Arbeitsunwilligen, und tatsächlich Arbeitsunfähigen zu unterscheiden. Erstere wurden in Anstalten zu produktiven Tätigkeiten gezwungen, wobei dies auf dem Leitsatz „Erziehung zur Arbeit“ basierte. Gebrechliche alte Menschen hingegen wurden als erwerbsunfähig begriffen und zur Klientel der Armenfürsorge gezählt. Mit Ausnahme von Schwerkranken und Sterbenden waren sie allerdings dazu angehalten, sich an Hausarbeiten wie Wäschewaschen, Zimmerreinigung oder Nahrungsbeschaffung zu beteiligen. Die Hausordnungen zur Aufrechterhaltung von ‚Zucht und Ordnung‘ wurden zunehmend strenger (vgl. Baumgartl 1997: 40 f.; Werner 2014: 24). Davon waren auch die Einrichtungen für die wohlhabenden Bürger betroffen, wodurch ihre Attraktivität als Lebensort im Alter für diese soziale Gruppe abnahm. Insgesamt waren die sozialen Einrichtungen der Neuzeit von einem erzieherischen Regime geprägt (vgl. Belardi/Fisch 1999: 29 f.; Werner 2014: 24). Die früheren Hospitäler entwickelten sich zu Arbeits-, Zucht- und Armenhäusern, welche von einem Zwangscharakter und einer noch immer heterogenen Bewohnerschaft geprägt waren (vgl. Schilling 1997: 28 f.; Werner 2014: 24). Erst nach und nach bildeten sich altersspezifische und versorgungsorientierte Einrichtungen heraus.

### **6.1.2.2 Entstehung der altersspezifischen Einrichtungen**

Mit Beginn der Industrialisierung erfuhren alte Menschen als *eigenständige Risikogruppe* zunehmend Beachtung und spezielle soziale Einrichtungen für ihre Belange bildeten sich heraus.

Während in den auf Schnelligkeit und körperliche Leistungsfähigkeit ausgerichteten industriellen Produktionsprozessen alte Menschen mithin als untauglich galten, verloren ihr Wissen und ihre Erfahrung – also das, was ihnen in früheren Zeiten Hochachtung verschafft hatte – für das Wirtschaftsgeschehen zunehmend an Relevanz. Auf das Ausscheiden aus der Produktion folgte für alte Industriearbeiter nicht selten ein Leben in Armut, in dessen Folge „Alter“ und „Armut“ nahezu synonym verstanden werden konnten (vgl. Baumgartl 1997: 39; Riedel 2007: 33). Einmal aus der Industrie ausgeschieden, hatten alte Menschen schließlich kaum eine Möglichkeit, eine andere Arbeitsstelle zu finden oder durch Verwandte (die sämtlich in die kapitalistische Produktion eingebunden waren) versorgt zu werden. Im Vergleich zu früheren Zeiten löste sich – im Zuge von Industrialisierung, Verstädterung und Binnenwanderung – jene Familienbindung sukzessive auf, welche traditionell dafür gesorgt hatte, dass alte und kranke Menschen in Gemeinschaften integriert blieben (vgl. Belardi/Fisch 1999: 35; Riedel 2007: 33; Werner 2014: 25). Von der Armenfürsorge wurden sie vielfach als Arbeitsunwillige betrachtet: Erwerbslosigkeit und Armut wurden mit fehlender Arbeitsmoral gleichgesetzt. In den Armenhäusern, welche seinerzeit wie Strafanstalten gestaltet waren und ihre BewohnerInnen kasernierten, wurden sie mit (vorgeblich) „erzieherischen“ Absichten zur Arbeit gezwungen und als billige Arbeitskräfte genutzt (vgl. Tölle 1996: 124 f.; Riedel 2007: 34). Bezogen sie selbst eine Leistung der Armenfürsorge, dann wurden sie nicht nur als arm, sondern auch als „entwürdig“ eingestuft (vgl. Riedel 2007: 33 f.).

Als das Alter allmählich als ein eigenes soziales Risiko unabhängig von Armut bzw. Krankheit wahrgenommen wurde, zeigte sich das Armenfürsorgewesen zur gleichen Zeit durch die Massenarmut in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts (als Folge eines rasanten Bevölkerungswachstums und einer schleppenden Produktivitätsentwicklung in der Industrie) zunehmend belastet. Um die Klientel der Armenfürsorge in dieser Situation zu entlasten, galt es als notwendig, die „strukturelle Klientel“ der Alten aus dieser Gruppe auszugliedern (vgl. Schilling 1997: 31-33; Baumgartl 1997: 41 & 43 f.).

Vor diesem Hintergrund entstand Ende des 19. Jahrhunderts die Rentenversicherung in Deutschland, v.a. als Maßnahme gegen mit dem Altern verknüpfte Risiken. Mit dieser sozialpolitischen Innovation bildete sich das Alter als eigenständige Lebensphase heraus (vgl. Baumgartl 1997: 43; Riedel 2007: 34 f.; Werner 2014: 26). Gleichzeitig schenkte das Armenwesen alten Menschen zunehmend mehr Aufmerksamkeit. Die im Lauf des 19. Jahrhunderts gegrün-

deten sozialen Organisationen – z.B. der „Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit“ (1880), die freien, konfessionellen Wohlfahrtsverbände wie der „Deutsche Caritasverband“ (1897) oder die „Innere Mission“ (1848) – kritisierten die bis dahin typische Art, Ausrichtung und Funktion stationärer Versorgungseinrichtungen. Man begann, alte Menschen differenziert, also auch in Hinsicht auf ihre *gruppenspezifischen* Bedürfnisse im Bereich der sozialen und *pflegerischen Betreuung* zu betrachten (vgl. Werner 2014: 27 f.). Im Übergang zum 20. Jahrhundert entwickelten sich neben den Armenhäusern, die bis dahin durch eine heterogene Bewohnerschaft gekennzeichnet waren, *allmählich spezielle* Heime für alte Menschen heraus. Dadurch wurden alte Menschen aus der übrigen Klientel der Armenhäuser, also Waisen, Kriminelle, Bettler oder Trinker, herausgelöst (vgl. Kondratowitz 1988: 105). Sie sollten nicht mehr der Disziplinierung und Zwangsarbeit unterworfen, sondern je nach ihren Bedürfnissen beherbergt und versorgt werden (vgl. Werner 2014: 28). Die zu dieser Zeit neu aufgebauten, privaten und zum Teil auch öffentlichen Einrichtungen zeichneten sich durch eine vergleichsweise starke Homogenität ihrer Bewohnerschaft aus. Bei der Auswahl einer Versorgungseinrichtung für eine Person spielten nicht nur das Alter, sondern auch Kriterien wie zum Beispiel Geschlecht, Konfessionszugehörigkeit, sozialer Status, Berufsgruppenzugehörigkeit, Familienstand oder die regionale Herkunft eine wichtige Rolle. Private Stifte orientierten sich vor allem an dem Leitbild eines bürgerlich-patriarchalischen Familienlebens. Demnach wurde ein Heim als überschaubare, kleine Familie mit Hausvater und Kindern gestaltet, wobei die BewohnerInnen vom „Heimvater“ geleitet werden sollten. Man nahm an, dass alte Menschen bezüglich ihrer Fähigkeiten und Bedürfnisse zu einer kindlichen Existenzweise zurückkehrten und daher nur eine minimale Versorgung benötigten (vgl. Kondratowitz 1988: 107-110; Werner 2014: 26 f.).

Nach dem ersten Weltkrieg stieg der Bedarf an Alten- und Pflegeheimen weiter an. Die wirtschaftliche Entwicklung führte zur massenhaften Verarmung der Bevölkerung. Davon waren auch alte Menschen aus dem selbständigen Mittelstand betroffen, welche zu diesem Zeitpunkt keine klassische Klientel der sozialen Hilfe darstellten. In dieser Notsituation waren nun auch sie auf die Alten- und Pflegeheime angewiesen, wobei sie zum Teil versuchten, sich von klassischen Empfängern der Fürsorge abzugrenzen. Die staatliche und kommunale Sozialpolitik trug in dieser Zeit zum Ausbau der stationären Versorgungsstruktur bei, auch um dem allgemeinen Mangel an Wohnraum zu begegnen. Gleichzeitig wurden alte Menschen dazu aufgerufen, den jungen, kinderreichen Familien ihre Wohnung zu überlassen und ins Heim zu ziehen (vgl. Kondratowitz 1988: 117 f.; Baumgartl 1997: 47 f.; Belardi/Fisch 1999: 39; Heinzelmann

2004: 20 f.; Riedel 2007: 38 f.). Es ist jedoch zu konstatieren, dass es viele alte Menschen – trotz der ökonomischen Vorteile eines Lebens im Heim – bevorzugten, im gewohnten Lebensumfeld zu bleiben. Dies ist vermutlich ebenso auf die niedrigen Ausstattungsstandards wie auf den noch fortbestehenden Zwangscharakter stationärer Einrichtungen zurückzuführen (vgl. Kondratowitz 1988: 119 f.; Heinzelmann 2004: 21). Zu den verschiedenen Einrichtungsformen zählten das Altersheim, Alterssiedlungshäuser, Armenhäuser und Einrichtungen mit einer Kombination der Bereiche Alterswohnung, Alten- und Pflegeheim. Die Verschiedenheit dieser Wohnformen weist daraufhin, dass sich die Gestalt der stationären Einrichtungen zum Teil an den unterschiedlichen Hilfs- und Pflegebedürfnissen der BewohnerInnen orientierte (vgl. Belardi/Fisch 1999: 39 f.; Riedel 2007: 39).

Insgesamt hinterließ die Sozial- und Gesundheitspolitik in der Weimarer Republik große Spuren in der historischen Entwicklung des Pflegesektors bzw. bezüglich der Erbringung von Pflegeleistungen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Die freie Wohlfahrtspflege<sup>91</sup>, die bis dato einen Großteil der Heime geführt hatte, wurde fest in die öffentliche Daseinsvorsorge integriert. In einem neuen sozialstaatlichen Arrangement übernahmen die freien Wohlfahrtsverbände die Durchführung der Versorgung, während der Staat die Aufgabe ihrer Regulierung übernahm und die rechtlichen bzw. finanziellen Rahmenbedingungen setzte. Auf diese Weise entstand die für Deutschland typische duale Struktur von öffentlicher und freier Wohlfahrtspflege. Mit dem Prinzip der „Subsidiarität“ erhielt die freie Wohlfahrtspflege in Hinblick auf die Erbringung der Versorgung einen Vorrang vor den Kommunen. Am Ende der Weimarer Republik wurden 90% der Wohn- und Pflegeeinrichtungen für alte Menschen durch die freie Wohlfahrtspflege geführt, 80% der Plätze waren in Trägerschaft der zwei konfessionellen Wohlfahrtsverbände, der Inneren Mission und der Caritas (vgl. Werner 2014: 28 f.). Diese historische Erfahrung mag ein Grund für die Etablierung einer an christlichen Moralvorstellung ausgerichteten Organisation des Altenhilfesystems in Deutschland sein.

---

<sup>91</sup> Neben den konfessionellen Wohlfahrtsorganisationen, wie die „Innere Mission“ (das heutige „Diakonische Werk“) (1848) und der „Deutsche Caritasverband“ (1897), waren im 19. und frühen 20. Jahrhundert mehrere Verbände ins Leben gerufen worden: Die „Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden“ (1917), der „Hauptausschuss der Arbeitswohlfahrt“ (1919), das „Deutsche Rote Kreuz“ (1921) sowie die „Vereinigung der freien gemeinnützigen Wohlfahrtseinrichtungen Deutschlands“ (der heutige „Paritätische Wohlfahrtsverband“) (1924). Sie schlossen sich 1924 zu einem Dachverband (der „Deutschen Liga der Freien Wohlfahrtspflege“) zusammen (vgl. Belardi/Fisch 1999: 37; Werner 2014: 27 f.).

Im Dritten Reich stagnierte der Wandel stationärer Versorgungsstrukturen für alte Menschen. Zur gleichen Zeit waren Pflegebedürftige in Heimen der Gefahr ausgesetzt, faschistischen „Euthanasieaktionen“ zum Opfer zu fallen (vgl. Baumgartl 1997: 48; Belardi/Fisch 1999: 42 f.; Riedel 2007: 42 f.). Für Hans-Joachim von Kondratowitz liegt in diesen tragischen Ereignissen ein Teil der Erklärungskraft dafür, dass auch lange nach Ende dieser Epoche viele Menschen Widerstand gegen den Eintritt in ein Alten- und Pflegeheim hegen (vgl. Kondratowitz 1988: 133).

### **6.1.2.3 Alters- und Pflegeheime – von der Verwahranstalt zum Wohnort**

Nach dem Zweiten Weltkrieg schritt die Institutionalisierung der stationären Einrichtungen für alte Menschen weiter fort, wobei sich der Charakter der Heime mehrfach veränderte. Das KDA (Kuratorium Deutsche Altenhilfe) unterscheidet – Bezug nehmend auf das Selbstverständnis und Leitbild der Einrichtungen und der von ihnen angebotenen Pflegeleistung (inkl. ihres architektonischen Konzeptes) – fünf Entwicklungsgenerationen des Altenwohnbaus. Als erste Generation gelten die Einrichtungen nach dem Zweiten Weltkrieg und bis zum Beginn der 1960er Jahre. Die Knappheit der Mittel unmittelbar nach dem Krieg spiegelte sich in der Ausgestaltung der Einrichtungen wider. Es ging v.a. um primäre Versorgungsfunktionen wie die Gewährung von Schlaf- und Essplätzen. Dementsprechend waren die Einrichtungen schlicht ausgestattet und äußerst dicht belegt. Mehrbettzimmer waren üblich, sanitäre Einrichtungen im Zimmer sowie Gemeinschaftsräume dagegen eher selten. Insofern erschien das typische Modell der ersten Heimgeneration als „Verwahranstalt“, in denen die BewohnerInnen als „Heiminsassen“ angesehen wurden. Ein differenziertes Konzept für Alten- und Pflegeheime gab es zu dieser Zeit noch nicht (vgl. Belardi/Fisch 1999: 43; KDA 2013: 20; Werner 2014: 35).

Die stationären Einrichtungen der 1960er bis 1980er Jahre werden als die zweite Generation bezeichnet. Als Reaktion auf die Mängel der ersten Generation orientierten sie sich am Modell des Krankenhauses. Das bedeutet, dass sich die Strukturen des Heims bzw. die einzelnen Pflegebereiche ähnlich wie Stationen in einer Klinik gestalteten und die Bedeutung von Hygiene sowie arbeitserleichternden Sanitärausstattungen betont wurden (vgl. BMFSFJ 2006: 60; KDA 2013: 20; Werner 2014: 36). Die hilfe- bzw. pflegebedürftigen Menschen galten als ‚Patienten‘, in Anlehnung an die seinerzeit dominierende „Defizit-Theorie“ des Alterns, welche letzteres mit Gebrechlichkeit, Rückzug und körperlichen bzw. seelischen Unzulänglichkeiten assoziierte

(vgl. Riedel 2007: 70). Insgesamt wurde das Pflegeheim nicht als ein „Wohnort“ wahrgenommen, was an der krankenhausähnlichen Gestaltung der Einrichtungen sowie der damit verbundenen Entbehrung von Privatsphäre und Wohnlichkeit lag (vgl. KDA 2013: 20).

Ab den 1980er Jahren fanden die Wohnbedürfnisse alter Menschen mehr Aufmerksamkeit. Stationäre Einrichtungen wurden nun verstärkt als Wohnstätte und Lebensraum konzipiert. Individualität, Privatheit und Kommunikation rückten immer mehr in den Vordergrund. Entsprechend nahm der Anteil der Ein- und Zweibettzimmer sowie separater Apartments deutlich zu. Zugleich wurden Sanitärausstattungen seniorengerecht und barrierefrei ausgestaltet (vgl. Heinzelmann 2004: 24; BMFSFJ 2006: 60; Riedel 2007: 71; KDA 2013: 21; Werner 2014: 36). Ein wesentliches Kennzeichen dieser dritten Generation von Heimen besteht darin, dass sie sich in Stadtzentren oder in zentraler Lage eines Stadtteils befanden; dies sollte die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erleichtern (vgl. Werner 2014: 36). Pflegebedürftige einer Einrichtung wurden nun nicht mehr als PatientInnen, sondern als *BewohnerInnen* betrachtet, welche „aktiviert“ werden sollten. Grundlegend war das sog. „Kompetenz-Modell“: Dieses akzentuierte weniger die Defizite, als die verbliebenen Möglichkeiten der alten Menschen (vgl. Riedel 2007: 71; KDA 2013: 21).

Seit Mitte der 1990er Jahre orientiert sich die stationäre Pflege am Leitbild „Familie“, das eine adäquate Versorgungsstruktur und -gestaltung wie folgt versteht: Die Betreuung gebrechlicher alter Menschen wird in kleinen, überschaubaren Hausgemeinschaften organisiert und soll den Verhältnissen einer Großfamilie ähneln. Jede Person besitzt ein eigenes Zimmer bzw. Apartment mit Dusche und WC, während das Gemeinschaftsleben um die Wohnküche herum stattfindet. Die alten Menschen werden je nach Fähigkeit und Bereitschaft an der Haushaltsarbeit – zum Beispiel der Speisenzubereitung, dem Tischdecken oder Aufräumen – beteiligt, wodurch Geborgenheit und alltägliche Normalität für die BewohnerInnen geschaffen werden sollen. Tagsüber ist in jeder Wohngruppe eine Bezugsperson für sie präsent, welche hauswirtschaftliche, grundpflegerische sowie kommunikative Leistungen erbringt; in der Nacht hält sich, je nach Bedarf, eine Pflegefachkraft dort auf (vgl. zu dieser Konzeption Bode 2014: 60 f.; BMFSFJ 2006: 61; KDA 2013: 21). Daneben stehen Angehörigen bzw. Ehrenamtlichen Spielräume zur Verfügung, in denen sie die Lebenswelt der BewohnerInnen mitgestalten können. Diese kurze Beschreibung verdeutlicht, dass der Akzent dieses Leitbildes weniger auf der Pflege als auf dem Wohnen in einer Gemeinschaft liegt (vgl. Bode 2014: 61), was auch als

günstige Voraussetzung für die Begleitung von Menschen mit Demenz betrachtet wird (vgl. KDA 2013: 228).

Als fünfte Heimgeneration gelten die „Quartiershäuser“. Bei diesem Konzept wird das Bedürfnis alter Menschen, weiterhin in ihrem vertrauten Wohnumfeld zu bleiben und trotz Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit ein selbstständiges und -bestimmtes Leben zu führen, gezielt berücksichtigt (vgl. KDA 2010: 30). Hierfür soll die stationäre Pflege so gestaltet werden, dass neben der Möglichkeit, sich einer Gemeinschaft anzuschließen, ausreichend private Rückzugsräume für die BewohnerInnen vorhanden sind. Dem dient z.B. die Einrichtung einer Miniküche oder eines Esstisches im eigenen Zimmer bzw. Apartment, damit BewohnerInnen mit BesucherInnen in einer ‚häuslichen‘ Atmosphäre Tee oder Kaffee kochen und trinken können. So können sie persönliche soziale Kontakte in einem privaten Raum pflegen (vgl. KDA 2010: 33; KDA 2013: 228 f.). Neben der Möglichkeit, sich in die ‚eigenen vier Wände‘ zurückzuziehen, sollte – dem Konzept zufolge – eine stationäre Einrichtung mit ihrem lokalen Umfeld (Wohnviertel, Stadtteil, Dorf oder der Gemeinde) vernetzt sein. Einerseits soll dies den BewohnerInnen ermöglichen, am gemeinschaftlichen bzw. kulturellen Leben der Umgebung teilzuhaben, indem sie zum Beispiel Ladengeschäfte oder Cafés sowie religiöse Veranstaltungen, Stadtteilfeste oder Weihnachtsmärkte besuchen können. Andererseits kann eine stationäre Einrichtung auch selbst als Institution des Gemeinwesens fungieren, indem ein bestimmter Teil des Hauses zum lokalen Treffpunkt und Ort für bürgerschaftliches Engagement gemacht wird (vgl. KDA 2010: 35; KDA 2013: 92 & 229).

Trotz des idealtypischen Charakters dieser Konzepte verweist die Entwicklung des stationären Sektors in Deutschland über die letzten Jahrzehnte auf einen Trend weg von rein fürsorglichen Einrichtungen für alte Menschen nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs hin zu Orten des betreuten Lebens, die sich am Leitbild eines simulierten ‚Familienlebens‘ orientieren. Hier werden die Versorgung und Pflege immer mehr in kleinen Gruppen organisiert, wobei der persönlichen Privatsphäre ein großer Stellenwert beigemessen wird. Gleichzeitig besteht die Tendenz einer Öffnung der Organisationen nach außen. Aber obwohl sich die Lebensbedingungen in den stationären Pflegeeinrichtungen offensichtlich verbessert haben, ist die Resonanz auf diese Heime als Wohnort der letzten Lebensphase in der Bevölkerung weiterhin schlecht (vgl. Bode 2014: 66 f.).

Indes ist die stationäre Versorgung für viele gebrechliche Menschen Realität. Laut Pflegestatistik der Statistischen Bundes- und Landesämter gab es in Deutschland Ende 2013 etwa 13.000

Pflegeheime (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a: 18).<sup>92</sup> Hervorzuheben ist, dass die dort betreuten Menschen durchschnittlich älter und pflegebedürftiger sind als die im eigenen Zuhause versorgten Personen. So war zu diesem Zeitpunkt die Hälfte der PflegeheimbewohnerInnen 85 Jahre alt und älter, während dies bei nur 31% der im eigenen Wohnumfeld betreuten Pflegebedürftigen der Fall war. Des Weiteren waren 21% der HeimbewohnerInnen als Schwerstpflegebedürftige in die Pflegestufe III eingestuft. Hingegen hatten nur 8% der in häuslichen Pflege settings betreuten Menschen diese Pflegestufe (vgl. ebd.: 8). Neben der vollstationären Pflege findet professionelle Pflege auch im ambulanten Bereich statt. Obwohl die ambulante Versorgung im Vergleich zur vollstationären eine kurze Geschichte hat, hat ihre relative Bedeutung immer weiter zugenommen. So stieg die Zahl der Pflegebedürftigen, welche Leistungen der ambulanten Pflegedienste bezogen innerhalb von 10 Jahren von 450.000 im Jahr 2003 (vgl. Statistisches Bundesamt 2005: 8) auf 616.000 Personen an (vgl. Statistisches Bundesamt 2016b: 7). Somit erhielten im Jahr 2013 etwa 24% aller Pflegebedürftigen professionelle Hilfe im eigenen Zuhause. Im Folgenden werden die entsprechenden Sorgearrangements eingehend betrachtet.

### **6.1.3 Ambulante Pflege**

Im Verständnis der deutschen Gesetzgebung ergänzt die ambulante Pflege die seitens der Familie erbrachte Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Personen, wodurch die pflegenden Angehörigen entlastet werden können. Gleichzeitig soll sie dem Pflegebedürftigen ein Leben in vertrauter Umgebung ermöglichen (vgl. BMFSFJ 2015: 77). Nachfolgend wird dargestellt, wie dieser Versorgungsauftrag im Einzelnen organisiert ist.

#### **6.1.3.1 Die Pflege im häuslichen Bereich und die Rolle freier Träger**

Die Wurzeln der ambulanten Pflege in Deutschland gründen auf der Mitte des 19. Jahrhundert entstandenen, *christlich-religiös* geprägten Gemeindekrankenpflege. Auf der Grundlage des Gebotes der Nächstenliebe und entsprechender Motivationen versorgten die evangelischen bzw. katholischen Kirchenkreisen zugeordneten Gemeindeschwestern unentgeltlich bedürftige Personen in deren Privatwohnung, und zwar nicht nur pflegebedürftige Alte, sondern auch Arme,

---

<sup>92</sup> Davon befanden sich mehr als die Hälfte (54% bzw. 7100) in freigemeinnütziger Trägerschaft (z.B. Diakonie oder Caritas). 41% der Einrichtungen wurden hingegen von privaten und 5% von öffentlichen Trägern geführt (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a: 18).

Kranke oder Behinderte (vgl. Paslack 2008: 20). Ab Mitte der 1960er Jahre war die Nachfrage nach Gemeindekrankenpflege größer als das Versorgungsangebot, wodurch ein Pflegenotstand im ambulanten Bereich ausgelöst wurde. Dieser entstand einerseits aus einem Nachwuchsmangel an Schwestern und andererseits aus dem Rückgang familiärer Versorgungskapazitäten. Gleichzeitig nahm mit steigender Lebenserwartung die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen zu.

Vor diesem Hintergrund wurde Anfang der 1970er Jahre von Politik und Wohlfahrtsverbänden das Konzept der „Sozialstation“ ins Leben gerufen (vgl. Smolka 2006: 114). Ziel war eine flächendeckende Versorgung der bedürftigen Bevölkerung. Sozialstationen sollten ihre Klientel in einem fest umrissenen Zuständigkeitsgebiet bedarfsgerecht versorgen (vgl. Paslack 2008: 22). Die beiden kirchlichen Verbände, Diakonie und Caritas, blieben, nach Maßgabe des Subsidiaritätsprinzips, die Hauptträger der Hilfen. Die traditionelle Gemeindekrankenpflege erhielt einen neuen organisatorischen Rahmen, worin sich ihre Zuständigkeit erweiterte, denn ihr Auftrag galt für alle Bevölkerungsgruppen eines gegebenen Einzugsgebiets, unabhängig von der religiösen Gemeindezugehörigkeit der Versorgten (vgl. Eisenbart 2000: 23-25). Bis zum Jahr 1987 waren in Deutschland ca. 1.600 Sozialstationen entstanden. Etwa 82% davon befanden sich in der Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden, überwiegend von Diakonie und Caritas, während 11% von den Kommunen und 7% in Mischträgerschaften geführt wurden (vgl. Paslack 2008: 21-23). Mit Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) im Jahr 1995 erlebte das System der ambulanten Altenhilfe jedoch eine einschneidende Zäsur.

### **6.1.3.2 Ambulante Pflege auf dem Markt**

Die Neugestaltung des Systems durch die GPV in organisatorischer wie finanzieller Hinsicht veränderte die Pflegelandschaft in Deutschland nachhaltig, auch und nicht zuletzt, weil Versorgungsprozesse nunmehr marktförmig organisiert wurden. Die soziale Pflegeversicherung ist im Elften Buch des Sozialgesetzbuches verankert. Laut Definition (in § 71 Abs. 1 SGB XI) gelten ambulante Pflegeeinrichtungen hier als „selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen“ (Berchtold/Huster/Rehborn 2015: 2571). Wesentlich ist, dass im Unterschied zur Epoche der Sozialstationen weitgehende Zulassungsfreiheit besteht: Mit der neuen Finanzierungsbasis wurden die ambulanten Einrichtungen der freien Wohlfahrtsverbände, welche zuvor auf Grund des Subsidiaritätsprinzips eine ‚privile-

gierte' Stellung gegenüber anderen (öffentlichen und v.a. privat-gewerblichen Trägern) genossen, diesen anderen Anbietern gleichgestellt (vgl. Leibold 2005: 16; Smolka 2006: 128). Mit anderen Worten: Die öffentlichen Zuwendungen an Träger (aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege) wurden abgeschafft (vgl. Paslack 2008: 62), sämtliche Anbieter wurden über fallbezogene Entgelte (der Pflegeversicherung) finanziert, und auch gewinnorientierte Pflegedienste hatten, unabhängig von ihrer Trägerschaft, einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Kostenträgern, also den Pflegekassen. Hiermit wurde die Vorrangstellung der freien Wohlfahrtsverbände beendet (vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen 2005: 128; Gerlinger/Röber 2009: 72): Sie und alle anderen Anbieter stehen untereinander in einer Konkurrenz um pflegebedürftige ‚Kunden‘. Es entstand also im Bereich der ambulanten Pflege ein „Wohlfahrtsmarkt“<sup>93</sup> (Leibold 2005: 33) mit verschiedenen Anbietern von Pflegediensten (vgl. Paslack 2008: 61 f.).

Nach der Einführung der Pflegeversicherung setzte im Bereich der ambulanten Anbieter ein Gründungsboom ein. Während im Jahr 1992 5.000 ambulante Dienste existierten (vgl. ebd.: 24), waren vier Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung 1999 bereits 10.820 Einrichtungen registriert (vgl. ebd.: 60). Ende 2013 war die Zahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf 12.700 gestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a: 10). Wenn man die Trägerschaft der ambulanten Einrichtungen betrachtet, ist festzustellen, dass sich diese von den freien Wohlfahrtsverbänden hin zu privaten Anbietern verlagert hat. So lag der Anteil Letzterer vor Einführung der Pflegeversicherung in den 1980er Jahren bei unter 10% (25% im Jahr 1992) (vgl. Paslack 2008: 24). Im Gegensatz dazu lag dieser Wert im Jahr 2007 bei 60%. Hingegen befanden sich zu diesem Zeitpunkt nur noch 38% der ambulanten Pflegedienste in der Hand der freien Wohlfahrtsverbände und 2% in öffentlicher Trägerschaft (vgl. Statistisches Bundesamt 2008: 5). Diese Tendenz setzte sich weiter fort.<sup>94</sup>

---

<sup>93</sup> Obwohl der ambulante Pflegesektor nach der Einführung der Pflegeversicherung von Elementen der Marktwirtschaft durchzogen ist, unterliegt er gleichzeitig starken Regulierungen durch gesetzliche Vorgaben, Verordnungen und Richtlinien. Beispielsweise werden die Preise für ambulante Sachleistungen nicht durch die Leistungsanbieter bestimmt. Stattdessen verhandeln Pflegekassen und Verbände der ambulanten Pflegedienste über die Vergütungen (vgl. Leibold 2005: 28).

<sup>94</sup> Ende 2013 wurden 64% der ambulanten Pflegeeinrichtungen (in Zahlen: 8.100) von privat-gewerblichen Eigentümern getragen, 35% entfielen auf den Bereich freigemeinnütziger und lediglich 1% auf den öffentlicher Träger (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a: 10).

Abschließend ist zu erwähnen, dass jenseits der ambulanten und vollstationären Pflege eine Diversifizierung des Leistungsangebots erkennbar ist. So werden beispielsweise zunehmend Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder betreutes (Alten-)Wohnen angeboten (vgl. Bode 2014: 60-62). Insgesamt brachte die Einführung der Pflegeversicherung entscheidende Veränderungen bei der Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland mit sich. Wesentlich sind dabei auch die Versorgungsansprüche der Betroffenen, der Kreis der leistungsberechtigten Personen sowie die unterschiedlichen Leistungen der Pflegeversicherung, was nachfolgend detailliert dargelegt werden soll.

## 6.2 Aktuelle pflegepolitische Rahmenbedingungen

Mit Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurde Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko bestimmt. Obwohl Familienmitglieder nach wie vor einen Großteil der Pflege bedürftiger Familienangehöriger übernahmen, wurde davon ausgegangen, dass die Möglichkeit der familiären Unterstützung aufgrund der Abnahme der Geschwisterzahl und der Zunahme der Mobilität in der jüngeren Generation (auch wegen der wachsenden Erwerbstätigkeit von Frauen) schrumpfen würde. Zugleich antizipierte man eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung in Folge der Erhöhung der allgemeinen Lebenserwartung. Außerdem waren die Ausgaben der Sozialhilfe in Rahmen der „Hilfe zur Pflege“<sup>95</sup> immer weiter gestiegen, was die Kommunen als deren Träger finanziell stark belastet hatte.<sup>96</sup>

Der Gesetzgeber geht bis heute davon aus, dass die Leistungen der Pflegeversicherung die häusliche Pflege und Pflegebereitschaft der Angehörigen stärken und unterstützen, jedoch nicht

---

<sup>95</sup> Die Sozialhilfe ist das „letzte Netz“ der sozialen Sicherung in Deutschland, welches durch Steuermittel finanziert wird (vgl. Klinger et al. 2005: 21). „Hilfe zur Pflege“ sind Leistungen der Sozialhilfe, welche in den §§ 61 bis 66 des SGB XII geregelt sind. Leistungen erfolgen, wenn Bedürftige nicht pflegeversichert oder die Leistungen der Pflegeversicherung unzureichend sind (vgl. Bieritz-Harder/Conradis/Thie 2015: 618). Die Hilfe zur Pflege folgt dem „Bedarfsdeckungsprinzip“, so dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff in SGB XII im Vergleich zu dem der Pflegeversicherung weiter gefasst ist (vgl. Bieritz-Harder/Conradis/Thie 2015: 604). Vor Einführung der Pflegeversicherung war die Sozialhilfe die wichtigste Finanzierungsquelle insbesondere für die stationäre Pflege. Im Jahr 2013 lebten 71% der EmpfängerInnen der „Hilfe zur Pflege“ in stationären Einrichtungen (vgl. Statistisches Bundesamt 2015d: 9).

<sup>96</sup> Dies war darauf zurückzuführen, dass die hohen Kosten der Pflege vor allem in stationären Einrichtungen kaum durch die Pflegebedürftigen selbst getragen werden konnten (vgl. Leibold 2005: 21; Paslack 2008: 25 f. & 28). Dementsprechend waren etwa 80% der HeimbewohnerInnen in der Bundesrepublik Deutschland vor Einführung der Pflegeversicherung SozialhilfeempfängerInnen (vgl. Paslack 2008: 29).

ersetzen. Damit wird am Vorrang der ambulanten gegenüber der stationären Pflege in § 5 SGB XI festgehalten (vgl. BMFSFJ 2010: 359). Des Weiteren ist die Pflegeversicherung als eine sogenannte „Teilkaskoversicherung“ konzipiert. Das heißt, dass ihre Leistungen nicht sämtliche Versorgungsbedarfe der Pflegebedürftigen abdecken. Stattdessen werden sie sowohl für häusliche als auch für stationäre Pflege in begrenztem Umfang bzw. limitierter Höhe gewährleistet (vgl. Blüher/Stosberg 2005: 179). Private Haushalte oder ggf. auch Angehörige sollen also einen Teil des Versorgungsaufwands im Bedarfsfall selbst tragen bzw. finanzieren.

Allerdings wurden die Leistungen der nunmehr seit über 20 Jahren fest etablierten Pflegeversicherung schrittweise erweitert und verbessert, zuletzt durch die Pflegestärkungsgesetze I & II. Wesentlich sind dabei jene Bestimmungen, mit denen der Personenkreis der LeistungsempfängerInnen festgelegt bzw. das Niveau von Bedürftigkeit definiert wird. Die zuletzt beschlossenen Neuerungen werden nachfolgend mit Blick auf Leistungsberechtigte und ihre Eingruppierung sowie die damit verbundenen Versicherungsleistungen genauer umrissen.

## **6.2.1 Wandel des Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung der Pflegeversicherung erstmals den Begriff der Pflegebedürftigkeit definiert und gleichzeitig Kriterien für die Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung bereitgestellt. Demnach waren Personen pflegebedürftig, „die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße [...] der Pflege bedürfen“ (§ 14 SGB XI<sup>97</sup>, zitiert nach Berchtold/Huster/Rehborn 2015: 2249). Im Mittelpunkt der Bedarfsfeststellung standen die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, die in vier Bereiche, nämlich Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung, unterteilt wurden. Die ersten drei Bereiche, also Körperpflege, Ernährung und Mobilität galten als Grundpflege (vgl. Gerlinger/Röber 2009: 28). Folgende Verrichtungen wurden zu den vier Bereichen gezählt (vgl. Berchtold/Huster/Rehborn 2015: 2249 f.; Nüchtern et al. 2017: 39):

---

<sup>97</sup> In der Fassung vom 26.5.1994 bis zum 31.12.2016.

- im Bereich der Körperpflege: Das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung: Die mundgerechte Zubereitung oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität: Das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung: Das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Heizen der Wohnung.

Der Gesetzgeber teilte die Unterstützungsbedürftigkeit bei den oben genannten, alltäglichen Verrichtungen und dem dazu benötigten Zeitaufwand (nach Häufigkeit der Pflegeeinsätze) in drei Stufen ein. Demnach wurden jene Personen der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) zugeordnet, die bei wenigstens zwei Verrichtungen in den Bereichen der Grundpflege mindestens einmal täglich auf Hilfe angewiesen waren und zusätzlich mehrmals in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung Unterstützung benötigten. Der Zeitaufwand für die notwendige Hilfe musste im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfielen. Zur Pflegestufe II zählten diejenigen Personen (Schwerpflegebedürftige), die mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten einer Hilfe bedurften und bei welchen zusätzlich mehrmals die Woche Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich war. Der durchschnittliche Zeitaufwand musste dabei mindestens drei Stunden täglich betragen. Von diesen sollten wenigstens zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen. In die Stufe III fielen jene Personen (Schwerstpflegebedürftige), die bei der Grundpflege täglich rund um die Uhr, auch nachts, Hilfebedarf hatten und außerdem mehrfach in der Woche Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigten. Der tägliche Pflegeaufwand musste hier durchschnittlich mindestens fünf Stunden betragen, wovon wenigstens vier Stunden für die Grundpflege zur Verfügung stehen sollten (vgl. Berchtold/Huster/Rehborn 2015: 2263 f.). Lange Zeit standen diese Bedarfsbemessungen und die mit ihnen verknüpften Pflegestufen in der Kritik. Der Hauptgrund dafür war, dass nicht jeder Hilfebedarf erfasst wurde. Die vom Gesetzgeber bestimmten, gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen, welche für die Einstufung in die Pflegebedürftigkeit von entscheidender

Bedeutung waren, richteten sich v.a. nach *körperlichen* Einschränkungen. So wurde der Bedarf an Unterstützung geistig oder psychisch Kranker und in anderer Weise Behinderter unterbewertet und diese Menschen erhielten in der Praxis niedrigere Pflegestufen als jene mit körperlichen Einschränkungen (vgl. Grüner 2016: 38; Walhalla Fachredaktion 2016: 77). In den letzten Jahren wurden schrittweise Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt (vgl. Berchtold/Huster/Rehborn 2015: 2258). Mit der Verabschiedung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes im Jahr 2002 erkannte man die Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedürfnisse von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz an, die so eine zusätzliche Betreuungsleistung erhalten konnten. Jedoch galt diese Leistung nur für die Personen, welche bereits in eine Pflegestufe eingestuft waren (vgl. MDK Bayern 2008: 53 f.). Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom Jahr 2008 erweiterte den Personenkreis, der zusätzliche Betreuungsleistungen beanspruchen konnte. Seitdem bestand ein Anspruch auf Betreuungsleistungen für Personen, welche aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in häuslicher Pflege aufwiesen. Damit wurden nicht nur Menschen mit einer der o.g. Pflegestufen, sondern auch jene mit der sogenannten „Pflegestufe 0“ erfasst (vgl. MDK Bayern 2008: 54; Berchtold/Huster/Rehborn 2015: 2447 & 2451). Mit der Einführung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes im Jahr 2013 wurden die Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz weiter verbessert. So erhielten Demenzkranke, die keiner der drei Pflegestufen zugeordnet waren, Anspruch auf Geld- und Sachleistungen für die häusliche Pflege, welche bis dahin für diesen Personenkreis nicht vorgesehen waren. Überdies wurden die Geld- und Sachleistungen in den häuslichen Bereichen für Demenzkranke in der Pflegestufe I oder II „aufgestockt“. Sie erhielten somit höhere Leistungen als Pflegebedürftige, welche zwar der gleichen Pflegestufe zugeordnet, jedoch „nur“ körperlich beeinträchtigt waren. Hingegen blieben die Leistungen für Demenzkranke in der Pflegestufe III unverändert (vgl. BMG 2012: 9 f.; Berchtold/Huster/Rehborn 2015: 2835-2837).

Neben der schrittweisen Verbesserung der Versicherungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz begannen auf politischer Ebene Debatten zu einer *neuen Definition des Begriffes der Pflegebedürftigkeit*. Im Jahr 2006 setzte das Bundesministerium für Gesundheit einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein, welcher 2009 einen ersten Vorschlag unterbreitete. Im Jahr 2012 folgte die Einsetzung eines Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (vgl. Gesetzesentwurf zum PSG II, BT-Drucks. 18/5926: 1 f.; Grüner 2016: 438 f.; Walhalla Fachredaktion 2016:

77). Insgesamt wurde das Ziel ausgegeben, die Versorgungsbedürftigkeit im Pflegefall umfassender und differenzierter zu erfassen, um die Leistungen der Pflegeversicherung zielgenauer auf ermittelte Bedarfe zuzuschneiden – wenn auch weiterhin im Kontext des o.g. Teilkaskoprinzips.

Am 1. Januar 2016 trat – nach Abschluss einer Pilotstudie – das zweite Pflegestärkungsgesetz in Kraft. Dieses Gesetz beinhaltet vor allem ein verändertes Konzept zur Definition von Pflegebedürftigkeit, ein neues Begutachtungsinstrumentarium zur Feststellung der Hilfebedürftigkeit und statt der bisherigen Pflegestufen sogenannte Pflegegrade. Gemäß dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gelten all jene Menschen als pflegebedürftig, „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI; Auferbeck 2017: 20; Schellhorn 2017: 77). Die mittlerweile als unfair begriffene unterschiedliche Behandlung von körperlichen, psychischen und geistigen Einschränkungen soll so beseitigt werden: Nicht mehr die körperlichen Verrichtungen, sondern die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten *an sich* gelten als Maßstab für die Bemessung der Pflegebedürftigkeit (vgl. BMG 2016: 7). Auf diese Weise haben Pflegebedürftige, welche einem gleichen Pflegegrad zugeordnet sind, unabhängig von der Ursache ihrer Beeinträchtigung, Zugang zu gleichen Leistungen. Im § 14 Absatz 2 des Pflegeversicherungsgesetzes sind die für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevanten sechs Bereiche der Einschränkungen von Selbständigkeit und Fähigkeiten festgehalten (vgl. § 14 Abs. 2 SGB XI; Koch 2016: 13; Nüchtern et al. 2017: 39):

- Mobilität,
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Es ist gut zu erkennen, dass die Bereiche „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ sowie „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“, welche bisher nicht durch den Pflegebe-

dürftigkeitsbegriff, sondern in einem gesonderten Verfahren in Bezug auf Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erfasst wurden, nun standardmäßig in die Bedarfsfeststellung einfließen. Demgegenüber sind die gewöhnlichen Alltagsverrichtungen, die sich auf körperliche Einschränkungen beziehen und die für den bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff grundlegend waren, in den Bereichen Mobilität und Selbstversorgung verankert (vgl. Grüner 2016: 41 f. & 442 f.; Walhalla Fachredaktion 2016: 83). Der fünfte Bereich, die Bewältigung von und der selbstständige Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, wird erstmals berücksichtigt. Hier geht es um Formen der krankheitsbezogenen Versorgung, „die direkt auf die Kontrolle von Erkrankungen und Symptomen sowie auf die Durchführung therapeutischer Interventionen bezogen ist“ (Grüner 2016: 443). Die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte beinhaltet Aspekte, die zwar nicht zu den Verrichtungen des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffes gezählt wurden, jedoch zum Teil schon mit Bezug auf den Betreuungsbedarf und die allgemeine Beaufsichtigung berücksichtigt waren. Insgesamt ist herauszustellen, dass der neue Bedürftigkeitsbegriff sowohl auf physische als auch psychische und kognitive Einschränkungen bezogen ist (vgl. Grüner 2016: 42 f. & 443; Walhalla Fachredaktion 2016: 83) – dies ist ein deutlicher Schritt zur Expansion des sozialstaatlich regulierten Versorgungsspektrums im Bereich der Altenhilfe.

Technisch werden die Pflegebedürftigen nunmehr je nach Schweregrad der Beeinträchtigung von Selbständigkeit und Fähigkeiten in diesen sechs Bereichen einem von fünf Pflegegraden zugeordnet. Die Grade 1 bis 3 sind in geringe, erhebliche sowie schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten eingeteilt. Die Bezeichnung „schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ gelten für den vierten und den fünften Pflegegrad, wobei bei letzterem besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung unterstellt werden (vgl. § 15 Abs. 3 SGB XI; Koch 2016: 14). Dem Pflegegrad 1 werden die Menschen zugeordnet, bei denen die Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten zwar noch gering ist, die jedoch eine partielle Unterstützung, zum Beispiel bei der Selbstversorgung oder bei der Haushaltsführung, benötigen (vgl. BMG 2015: 3; Grüner 2016: 474). Hiermit liegt die Zugangsschwelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung deutlich niedriger als bisher (vgl. Walhalla Fachredaktion 2016: 78). Dies zielt darauf ab, dass Menschen bereits zu Beginn der Pflegebedürftigkeit unterstützt werden, damit die verbliebene Selbständigkeit erhalten oder beeinträchtigte Selbständigkeit wiederhergestellt und schwere Pflegebedürftigkeit vermieden wird (vgl. BMG 2016: 15; Grüner 2016: 474). Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bezieht also verstärkt den Aspekt der Prävention ein (vgl. Grüner 2016: 440; Walhalla

Fachredaktion 2016: 78). Außerdem ist der Personenkreis der Leistungsberechtigten offenkundig erweitert (vgl. Grüner 2016: 39). Offen ist allerdings die konkrete Umsetzung dieser neuen Bemessungsgrundlage für sozialstaatlich regulierte Hilfeleistungen an Pflegebedürftige.

## 6.2.2 Heutige Leistungen der Pflegeversicherung

Wenn man als pflegebedürftig anerkannt wird und damit einem der Pflegegrade zugeordnet wird, hat man Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Leistungen der Pflegeversicherung werden abhängig vom Pflegegrad, der pflegenden Person und vom Ort der Versorgung (ambulant oder stationär) unterschiedlich gewährt. Wichtig ist, dass nach § 37 SGB XI Leistungsberechtigte ein *Pflegegeld* in Anspruch nehmen können, wenn die Versorgung durch eine selbst organisierte Pflegeperson in häuslicher Umgebung erfolgen soll. Nach dem Selbstverständnis der Pflegegesetzgebung wird so die (politisch erwünschte) Pflegebereitschaft von Familienmitgliedern, Freunden und/oder Nachbarn gefördert (vgl. Berchtold/Huster/Rehborn 2015: 2380). Bedürftige können die Durchführung körperbezogener Pflegemaßnahmen, pflegerischer Betreuungsmaßnahmen sowie der Haushaltsführung in ihrem privaten Lebensraum auch ambulanten Einrichtungen überlassen (vgl. § 36 Abs. 1 SGB XI). Gemäß § 38 SGB XI ist auch eine Kombination von Geld- und Sachleistungen in der häuslichen Pflege möglich. Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Pflegegrade ab 1. Januar 2017 sind die Inhalte der Leistungen der Pflegeversicherung, vor allem das Pflegegeld und ambulante Sachleistungen, neu definiert. Die bisherigen Leistungen bezogen sich auf die Grundpflege sowie auf die hauswirtschaftliche Unterstützung. Demgegenüber gibt es ab 2017 Sachleistungen für die häusliche Versorgung auf der Grundlage der bereits erwähnten sechs Bereiche, welche in drei Oberbereiche zusammengefasst werden: körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfe bei der Haushaltsführung (vgl. Grüner 2016: 479). Die folgende Tabelle 8 zeigt die Leistungen und ihre Zuordnung zu den fünf Pflegegraden.

Tabelle 8: Die Leistungen in den fünf Pflegegraden (PG) im Überblick

| <b>Hauptleistungsbeträge</b><br>im PSG II in Euro  | <b>PG 1</b> | <b>PG 2</b> | <b>PG 3</b> | <b>PG 4</b> | <b>PG 5</b> |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Geldleistung ambulant  |             | 316         | 545         | 728         | 901         |
| Sachleistung ambulant  |             | 689         | 1.298       | 1.612       | 1.995       |
| Entlastungsbetrag ambulant<br>(zweckgebunden)  | 125         | 125         | 125         | 125         | 125         |
| Leistungsbetrag vollstationär  | 125         | 770         | 1.262       | 1.775       | 2.005       |
| Bundesdurchschnittlicher pfle-<br>gebedingter Eigenanteil<br>(einheitlich für PG 2 bis PG 5) |             | 580         | 580         | 580         | 580         |

Quelle: BMG 2016: 18.

Man sieht, dass Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 im häuslichen Bereich Anspruch auf Geld- bzw. Sachleistungen haben, während diese jenen mit Pflegegrad 1 nicht zugänglich sind. Der Gesetzgeber nennt in § 28a SGB XI die für den Pflegegrad 1 angedachten Leistungen. Danach stehen dieser Gruppe von Pflegebedürftigen beispielsweise eine umfassende Pflegeberatung, zusätzliche Hilfen in ambulant betreuten Wohngruppen, Pflegehilfsmittel sowie Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds zur Verfügung, wie zum Beispiel der Einbau einer pflegegerechten Dusche oder eines Treppenliftes (vgl. Berchtold/Huster/Rehborn 2015: 2407). Außerdem steht ihnen im Falle häuslicher Pflege ein Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich zu als Erleichterung für die pflegenden Angehörigen und weiterer Pflegepersonen sowie zur Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung des Alltags. Diese Leistung ist allerdings zweckgebunden und kann für die Inanspruchnahme einer Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeit- oder ambulanten Pflege eingesetzt werden. Was Hilfen durch ambulante Dienste anbelangt, steht dem Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 der Entlastungsbetrag

für Leistungen wie pflegerische Betreuung, Hilfe bei der Haushaltsführung und bei der körperbezogenen Selbstversorgung zur Verfügung. Hingegen ist die Verwendung des Betrags für Personen mit den Pflegegraden 2 bis 5 als Ersatz für Aufwendungen bezüglich der körperlichen Selbstversorgung nicht gestattet. Begründet wird dies damit, dass ihnen die Versorgung für diesen Bereich bereits durch Geld- bzw. Sachleistungen gewährt wird (vgl. Grüner 2016: 529 f.).

Wenn die Pflege im häuslichen Umfeld nicht möglich ist, steht jenen Pflegebedürftigen, denen die Pflegegrade 2 bis 5 zugeordnet wurden, ein Anspruch auf stationäre Pflege zu. Die Pflegekasse übernimmt die Aufwendungen für pflegebedingte Leistungen, die Betreuung sowie für medizinische Behandlungspflege pauschal bis zum in der Tabelle 8 dargestellten Betrag (für die einzelnen Pflegegrade). Zwar steht auch den Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 ein monatlicher Leistungsbetrag von 125 Euro zu, falls sie sich für die Unterbringung in einer stationären Einrichtung entscheiden. Jedoch definiert der Gesetzgeber dies nicht als stationäre Sachleistung, sondern als Zuschuss (vgl. § 43 SGB XI; Koch 2016: 22). Des Weiteren werden Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab 2017, nach dem vorgesehenen „Prinzip der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile“, den gleichen Eigenanteil zum Pflegesatz beitragen (vgl. Grüner 2016: 504), welcher bisher je nach Pflegestufe gestaffelt war. Dieser soll, unabhängig vom Pflegegrad, bundesweit durchschnittlich bei 580 Euro liegen, wobei der Pflegegrad 1 davon nicht betroffen sein wird. Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung müssen außerdem die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen selbst tragen, wobei diese in jeder Einrichtung unterschiedlich sind (vgl. Koch 2016: 22 f.).

## ***Zwischenfazit***

Betrachtet man das in diesem Kapitel dargestellte Reglement mit Blick auf das Thema dieser Arbeit, wird deutlich, mit welchen Versorgungsmodalitäten ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen in der Aufnahmegesellschaft für den Fall eintretender Pflegebedürftigkeit rechnen können – auch im Unterschied zu dem, was sie derzeit in Südkorea erwarten könnten. Resümierend kann man festhalten, dass die Pflege alter Menschen in der traditionellen und gegenwärtigen deutschen Gesellschaft zum größten Teil durch Angehörige erbracht wurde und wird. Parallel dazu sind Einrichtungen vorhanden und allgemein verfügbar, welche Pflegebedürftige ambulant oder stationär versorgen. Dies erweckt zumindest in der heutigen Zeit zunächst den Eindruck, dass zwischen Deutschland und Südkorea keine großen Unterschiede bestehen,

wenn es um Pflegearrangements geht. Jedoch sollten an dieser Stelle einige Aspekte, die im Hinblick auf Pflegehorizonte älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen bedeutsam sein könnten, diskutiert und in den Kontext des vorangegangenen Kapitels gesetzt werden, das die pflegerische Versorgung in Südkorea behandelte.

Zunächst scheint es, dass die traditionellen Normen bezüglich der Versorgung von alten Menschen in den beiden Gesellschaften einen unterschiedlichen Stellenwert hatten. Die Lehre des Christentums und die Sozialbewegung der absolutistischen Aufklärung haben zwar die Kinder zur Ehrfurcht gegenüber alten Menschen angehalten. Jedoch erscheint im deutschen Kulturkreis diese Familienmoral weniger absolut als in der traditionellen koreanischen Gesellschaft. Dort, in der vom Konfuzianismus geprägten, traditionellen Ordnung, war die Kindespietät ein Kernstück des herrschenden Normenkanons. Die aus dem Konfuzianismus stammenden sozialen Regeln schrieben sogar vor, *wer* für die Sorge um die alten Menschen im Einzelnen zuständig sein sollte. So galt die Pflege der Schwiegereltern als selbstverständliche Aufgabe der Ehefrau des ältesten Sohnes. Demgegenüber betrachtete das Christentum den Menschen als Individuum vor seinem überweltlichen Gott; Christen waren neben dem Gebot der Ehre gegenüber Eltern und alten Menschen auch zur Nächstenliebe angehalten, was in der traditionellen konfuzianistischen Gesellschaft so nicht anzutreffen war. Elmar Rieger ist der Meinung, dass Sozialpolitik im Westen und in Ostasien aufgrund dieser unterschiedlichen Wertsysteme für das soziale Leben unterschiedlich gedacht wird (vgl. Rieger 2004: 145 f.). So entstanden in Westen zunächst religiös organisierte Institutionen, um bedürftigen Menschen zu helfen; des Weiteren ersetzten wohlfahrtsstaatliche Arrangements zum Teil Funktionen der Familie; die Unterstützung und Hilfe seitens der Gesellschaft galt dann sogar als ein individuelles Recht (vgl. ebd.: 153). Demgegenüber gehörte in Ostasien die Bewältigung sozialer Probleme bis heute zu den Kernaufgaben der Familie (vgl. ebd.: 204).

Die Geschichte der pflegerischen Infrastruktur lässt diese Differenz durchaus zu Tage treten: Jenseits der reinen Armenfürsorge bestehen in Deutschland seit dem 19. Jahrhundert spezifische Pflegeeinrichtungen für alte Menschen. In Südkorea waren diese noch in den 1960er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts, als südkoreanische Krankenschwestern und Bergleute in die Bundesrepublik Deutschland kamen, nahezu unbekannt. Dies legt die Vermutung nahe, dass diese die Pflegeeinrichtungen erst hier als quasi-öffentliche Institution kennengelernt haben.

Die Versorgung gebrechlicher alter Menschen wurde überdies in beiden Gesellschaften in jeweils unterschiedlichen familiären Kontexten ausgestaltet. In Deutschland lebten und leben alte Menschen bis zum späteren Alter im eigenen Haushalt getrennt von ihren erwachsenen Kindern. Sie ziehen meist erst nach dem Eintritt der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit zu dem Kind, welches die Versorgung der bedürftigen Eltern übernimmt. Hierbei hat traditionell dasjenige Kind die Pflege übernommen, welches als Erbe eingesetzt war, wobei auch die Töchter erbberechtigt waren. Vermutlich ist der höhere Anteil der Töchter neben dem der Schwiegertöchter unter den pflegenden Angehörigen in Deutschland zum Teil auch darauf zurückzuführen. Dies wiederum verweist auf das unterschiedliche Verständnis von Familie in den beiden Gesellschaften. In der traditionellen koreanischen Gesellschaft gehörten verheiratete Töchter nicht zur Familie der eigenen Eltern, sondern zur Familie des Ehemannes. So haben alte Menschen traditionell in ihrem eigenen Haushalt gemeinsam mit der Familie des ältesten Sohnes gewohnt, und im Pflegefall wurden sie hauptsächlich von ihren Schwiegertöchtern versorgt, was für den größten Teil der alten SüdkoreanerInnen noch immer die Regel ist.

Südkoreanische ArbeitsmigrantInnen sind in der Aufnahmegesellschaft mit einem in ihrer Tradition gewissermaßen unwahrscheinlichen Versorgungsangebot konfrontiert. Die Pflegeversicherung in Deutschland gewährt Leistungen, auf welche sie im Pflegefall Anspruch haben, falls sie versichert sind. Ansonsten gibt es auch noch Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ im Rahmen des SGB XII (Sozialhilfe). Allerdings stellt sich die Frage nach dem Erfahrungshintergrund dieser Bevölkerungsgruppe, d. h. inwiefern diese über die beschriebenen Leistungen informiert sind und Kompetenzen bzw. soziale Ressourcen zur Verfügung haben, bestehende Ansprüche auch zu realisieren. Dies könnte für ihre persönlichen Pflegehorizonte von großer Bedeutung sein.

Zum Abschluss dieses Kapitels bleibt festzuhalten, dass die Pflegehorizonte älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen wahrscheinlich durch eine komplexe Struktur verschiedener Bedingungen beeinflusst werden. Einerseits sind sie den Pflegemustern der Herkunfts- und Aufnahmekultur ausgesetzt, wobei diese zum Teil durch unterschiedliche sozialpolitische Rahmenbedingung geprägt sind. Andererseits ist die Orientierung der Individuen nicht nur determiniert durch diese Pflegemuster aus beiden Kulturen. Hierbei können zum Teil auch andere soziokulturelle Merkmale der südkoreanischen MigrantInnengruppe, wie Bildungsniveau und die Motivation der Auswanderung – darunter ein starkes kulturelles Interesse an westlichen Ländern – eine Rolle spielen. Weiterhin sind auch das unterschiedliche Verständnis sowie der Umgang

mit Gesundheit und Krankheit in Betracht zu ziehen. Letztendlich ist die konkrete Orientierung der Individuen aber nicht vollständig aus diesen genannten Faktoren herzuleiten, diese lassen sich erst empirisch feststellen. Welche Faktoren empirisch überhaupt und auch in welchem Umfang relevant für die (individuelle) Ausgestaltung der Pflegehorizonte sind, ist eine offene Frage, deren Beantwortung in den folgenden Kapiteln angestrebt wird.

## 7 Forschungsdesign und Zugang zum Feld

Das vorliegende Promotionsprojekt geht der Frage nach, welche potenziellen Pflegearrangements für ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen im Falle möglicherweise eintretender Hilfebedürftigkeit in Betracht kommen und welche Aspekte dabei eine Rolle spielen. Die Untersuchungsgruppe bilden in Deutschland lebende SüdkoreanerInnen im mittleren bis gehobenerem Alter (nachfolgend schlicht: ältere MigrantInnen), bei welchen der Pflegefall noch nicht eingetreten ist. Gegenstand der Analyse sind Gedankenexperimente älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen in Hinblick auf eine sich möglicherweise in der Zukunft einstellende Pflegebedürftigkeit sowie potenzielle Pflegearrangements und damit in Zusammenhang stehende Orientierungen, was in dieser Studie als „Pflegehorizonte“ bezeichnet wird. Die ArbeitsmigrantInnen wurden einerseits in die ostasiatische Kultur hinein geboren und sind in dieser aufgewachsen bzw. sozialisiert; somit ist denkbar, dass sie die dortigen gesellschaftlichen Werte verinnerlicht haben, auch wenn es um die Pflege alter Menschen geht. Andererseits sind sie als Erwachsene in ein Land mit einer anderen Kultur ausgewandert, in welcher Aussehen und Mentalität der Menschen, die Sprache, die gesellschaftliche Ordnung sowie die Lebensart und -weise in großen Teilen anders sind, als in ihrem Heimatland. Zunächst mussten sie sich – ob in ihrem Berufsfeld, im öffentlichen Leben oder in der Privatsphäre – als ‚GastarbeiterInnen‘ zurechtfinden, was vermutlich individuell je unterschiedlich verlaufen ist. Zum Zeitpunkt der Untersuchung befinden sie sich in der Altersphase oder sie rücken in diese Phase hinein. Die ArbeitsmigrantInnen haben dabei (als erste potenziell betroffene Generation) kaum Erfahrungen mit einer Pflegebedürftigkeit in der Aufnahmegesellschaft Deutschland; ihnen fehlen also konkrete Orientierungspunkte. Vielmehr ist zu erwarten, dass diese Menschen diesbezüglich erst eine eigene Herangehensweise entwickeln, zum Beispiel im Hinblick auf (je unterschiedlich wahrgenommene bzw. vorhandene) informelle und formelle Ressourcen, Informationen und Einstellungen zu formeller Pflege sowie bisherige Kontakte mit Einheimischen.

Angesichts der beschriebenen Gemengelage ist, wenn es um entsprechende Zukunftsorientierungen der fraglichen Gruppe geht, eine Forschungsmethode angebracht, welche genügend Tiefenschärfe aufweist. Hier bieten sich Analyseverfahren auf der Basis des interpretativen Paradigmas an, bei welchem davon ausgegangen wird, dass „die Handlung des Handelnden aus seinen Wahrnehmungen, seinen Deutungen und seinen Urteilsbildungen heraus entstehen“ (Wilson 1973: 61). Folglich muss „die sich aufbauende Handlungssituation durch die Augen des Handelnden gesehen werden“ (Wilson 1973: 61; vgl. auch Flick 2012: 28 f.; Lamnet

2010: 4). Deshalb wurde für die durchgeführte empirische Studie das problemzentrierte Interview als Erhebungsmethode und die „Grounded Theory“ als Auswertungsstrategie gewählt. Darauf wird im Folgenden noch näher eingegangen.

## **7.1 Datenerhebungsmethode – Problemzentriertes Interview**

Das problemzentrierte Interview als eine qualitative Interviewform zielt auf „eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (Witzel 2000: 1). Grundlage ist ein halbstrukturierter Leitfaden, mit dem narrative Passagen generiert werden. Er dient einerseits dazu, den Befragten Spielräume für die Äußerung ihrer subjektiven, speziellen Sichtweise zu eröffnen. Andererseits wird das Interview im Verlauf immer wieder auf gewählte Forschungsthemen zurückgeführt (vgl. Kurz et al. 2009: 465; Hopf 1995: 178). Forscher müssen sich vorab mit Hintergrundinformationen und Kontextbedingungen auseinandergesetzt haben (vgl. Schons 2009: 11).<sup>98</sup>

Um tiefgehende und präzise Darstellungen der Befragten bezüglich der jeweiligen Thematik zu fördern, sind drei Grundprinzipien zu berücksichtigen: die Ausrichtung an einer gesellschaftlich und auch für den Befragten relevanten Problemstellung (Problemzentrierung), eine konkrete Anpassung an den jeweiligen Forschungsgegenstand (Gegenstandsorientierung) und die Orientierung auf die Herstellung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Interviewter/in und Befragten, wodurch die Befragten ihre Problemsicht offen und frei entfalten können (Prozessorientierung) (vgl. Witzel 2000: 2 f.; Kurz et al. 2009: 466; Schons 2009: 8).

Diese drei Grundprinzipien fließen in die vier Kerninstrumente des problemzentrierten Interviews ein, nämlich Tonaufzeichnung des Gesprächs, Kurzfragebogen, Leitfaden und Postskripte. Die Interviews werden nach einer Vorbesprechung mit den InterviewpartnerInnen grundsätzlich auf Tonträger aufgezeichnet, was der authentischen und präzisen Erfassung des Kommunikationsprozesses dient. Der Kurzfragebogen wird für die Ermittlung von Sozialdaten eingesetzt. Hierdurch soll einerseits der Hauptteil des Interviews nicht von Elementen mit einem Frage-Antwort-Schema gestört werden. Andererseits kann dies einen Gesprächseinstieg

---

<sup>98</sup> Für das problemzentrierte Interview besteht der Erkenntnisgewinn im induktiv-deduktiven Wechselverhältnis. Während das Vorwissen grundsätzlich der Entwicklung von Fragenideen dient, werden die spezifischen Relevanzsetzungen der Subjekte durch Narrationen ermöglicht (vgl. Witzel 2000: 1).

zu Forschungsthemen ermöglichen, die im Leitfaden festgehalten sind. Letzterer enthält keine starre Abfolge von Fragen, sondern dient als „Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen“ (Witzel 2000: 4). Dies ermöglicht wiederum die Vergleichbarkeit der Interviews. Postskripte werden unmittelbar nach dem Interview angefertigt. Sie enthalten als eine Art Interviewprotokoll vor allem Anmerkungen zu „situativen und nonverbalen Aspekten sowie zu Schwerpunktsetzungen“ der InterviewpartnerInnen (vgl. Witzel 1982: 89-92; Witzel 2000: 4; Schons 2009: 7-9).

#### Entwicklung von Kurzfragebogen und Leitfaden:

Um subjektive Pflegehorizonte älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen zu erfassen, wurden im Rahmen der Kurzfragenbogen Sozialdaten der InterviewpartnerInnen wie Alter, Wohnort, Familienstand, Kinder, Wohnsituation, Bildung, ausgeübte Beruf(e), Aufenthaltsdauer und -status in Deutschland ermittelt<sup>99</sup>. Es folgte nach der Ermittlung von Aufenthaltsdauer und -status eine Einleitungsfrage, die sich auf die jeweilige Migrationsbiographie der Befragten richtete und eng mit dem Forschungsthema verknüpft ist.<sup>100</sup> Dadurch sollte bei den südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen eine Erzählung generiert werden, in deren Verlauf sich diese mit eigenen Worten und Gestaltungsfreihheiten mit den gestellten Fragen auseinandersetzten (vgl. Witzel 2000: 5). Der Leitfaden, welcher für den Hauptteil der Interviews entwickelt wurde und auf der Analyse der einschlägigen Fachliteratur basierte, fungierte, wie bereits erwähnt, als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen für die Interviewerin. Die thematischen Schwerpunkte der Leitfäden waren die folgenden:

- Vorstellungen und Empfindung über das eigene Älterwerden und Alt-Sein.
- Einstellung zur eigenen, möglicherweise in der Zukunft eintretenden Pflegebedürftigkeit.
- Soziale Ressourcen im Bedürftigkeitsfall und Möglichkeiten der informellen Unterstützung und Pflege.

---

<sup>99</sup> Sie werden im Tabelle 10 dargestellt.

<sup>100</sup> Hierfür wurde die Frage zum Beispiel wie folgend gestellt: „Sie sind im Jahr 1958 nach Deutschland gekommen und leben mehr als 50 Jahre in Deutschland. Erzählen Sie bitte, wie Sie nach Deutschland gekommen sind und wie es in Deutschland für Sie gelaufen ist“.

- Subjektive Wahrnehmung und/oder Hürden bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen.
- Bei den Befragten vorliegende Informationen über institutionelle Rahmenbedingungen (Pflegeversicherung und Leistungen) und Infrastrukturen der Pflege.
- Subjektive Einstellung zu ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen unter Einschluss von Einrichtungen, die sich auf bestimmte Migrationsgruppe spezialisieren.

Den Abschluss der Interviews bildete die Frage nach einem allgemeinen Wunsch für die Zeit einer etwaigen Pflegebedürftigkeit, um so den InterviewpartnerInnen noch einmal Raum zur Erörterung von Dingen zu geben, welche vorher noch nicht zur Sprache gekommen waren, jedoch aus Sicht der Befragten relevant erschienen. Die aufgenommenen Interviews wurden auf Koreanisch durchgeführt, vollständig transkribiert und teilweise ins Deutsche übersetzt (vgl. siehe 7.5). Personenbezogene Informationen wie z.B. Namen und Wohnort, welche auf eine Identifikation konkreter Personen zurückführen könnten, wurden sinngemäß anonymisiert.

## **7.2 Auswertungsmethode – Grounded Theory**

Die „Grounded Theory“ als „Forschungsmethode bzw. Methodologie“ (Strauss/Corbin 1996) bzw. „Forschungsstil“ (Strübing 2010) zielt darauf, gegenstandsverankerte Aussagen theoretischer Natur über einen sozialen Weltabschnitt bzw. ein Problemthema zu entwickeln (vgl. Strauss/Corbin 1996: 8; Breuer 2010: 39). Der ihr zu Grunde liegende Symbolische Interaktionismus geht von der Annahme aus, dass Menschen „Dingen“ gegenüber handeln, auf Grundlage der Bedeutung, die diese „Dinge“ für sie haben (vgl. Blumer 1981: 81). Von Interesse sind deshalb nicht die Dinge an sich, sondern wie sie dem Handelnden erscheinen. Ihre Bedeutung entwickelt sich in der sozialen Interaktion von Menschen. Als Dinge wird hier alles verstanden, „was der Mensch in seiner Welt wahrzunehmen vermag“ (ebd.). Die Bedeutungen sind jedoch nichts Unveränderliches, sie unterliegen selbst einem interpretativen Prozess und sind veränderbar (vgl. Strübing 2010: 8 f.; Blumer 1981: 81). Ein Mensch gilt im Symbolischen Interaktionismus als Akteur, der auf Lebensbedingungen reagieren und sich zwischen verschiedenen wahrgenommenen Handlungsalternativen entscheiden kann (vgl. Boehm 1994: 122). Somit stehen bei der Grounded Theory die Gesichtspunkte von Handlung und Veränderbarkeit im Mittelpunkt der Erkenntnisgenerierung (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 204). Im weiter

unten entfalteten Forschungszusammenhang wird das im problemzentrierten Interview erhobene Datenmaterial in Anlehnung an die Grundlegung der „Grounded Theory“ nach Anselm Strauss<sup>101</sup> ausgewertet, um so die Pflegehorizonte älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen zu erschließen.

Charakteristisch für die Grounded Theory ist, dass Datengewinnung, Datenanalyse und Theoriebildung anhand an einer iterativ-zyklischen Forschungslogik parallel verlaufen. So wird Datengewinnung über ein bestimmtes Phänomen bzw. Fall nach dem Prinzip des „theoretischen Samplings“ strukturiert; aus einer bereits erfolgten Datenanalyse und dadurch entstehender theoretischen Aussage werden nachfolgend weitere Etappen der Datengewinnung abgeleitet (vgl. Breuer 2010: 52; Strübing 2010: 12 f.; Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 181 f.). Dieses Verfahren wird so lange fortgesetzt, bis kein zusätzlicher, theoretisch relevanter Erkenntnisgewinn mehr ersichtlich ist, was als „theoretische Sättigung“ bezeichnet wird. Dabei geht es bei der Grounded Theory nicht um statistische, sondern um eine konzeptuelle Repräsentativität (vgl. Boehm 1994: 125; Strübing 2010: 17). Ein durch die Rezeption der Fachliteratur erworbenes Vorwissen sowie professionelle und persönliche Erfahrungen zum gewählten Thema dienen der „theoretischen Sensibilisierung“ der Forscher (Strauss/Corbin 1996: 25-27). Beispielsweise kann Fachliteratur im Forschungsprozess Fragen anregen, welche für Interviews oder beim Analyseprozess nützlich sind; oder sie kann Hinweise für die Datenerhebung liefern (vgl. Strauss/Corbin 1996: 33-35; Breuer 2010: 57).

Die Grounded Theory benutzt „Kodieren“ und „ständiges Vergleichen“ als analytisches Instrument. Nach Strauss und Corbin ist das Kodieren „der zentrale Prozess, durch den aus den Daten Theorien entwickelt werden“ (Strauss/Corbin 1996: 39). Der Kodierungsprozess umfasst drei Verfahrensschritte: das offene, das axiale und das selektive Kodieren. Beim offenen Kodieren geht es um das „Aufbrechen“ der Daten sowie eine Analyse ‚Zeile für Zeile‘ und die (vorläufige) Entwicklung von Konzepten sowie deren Gruppierung zu Kategorien. Im Prozess des axialen Kodierens werden „erklärende Beziehungsnetzwerke“ (Strübing 2010: 24) mit Bezug

---

<sup>101</sup> Anselm Strauss hat mit seinem Kollegen Barney Glaser zusammen die Methodologie Grounded Theory aus dem Rahmen der Forschung „Interaktion mit Sterbenden“ entwickelt (vgl. Glaser/Strauss 1974). Später arbeiteten Glaser und Strauss unabhängig voneinander weiter an der Methodologie. Diesbezüglich gibt es unterschiedliche Meinungen; während Strübing davon ausgeht, dass es sich bei den jeweiligen Weiterentwicklungen von Glaser und Strauss um zwei grundsätzlich unterschiedlicher Ansätze handelt (vgl. Strübing 2010: 4 f.; Strübing 2011: 273), nehmen beispielsweise Mey und Mruck an, dass es sich nicht um zwei unterschiedlichen Ansätze handelt (vgl. Mey/Mruck 2009: 101; Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 193).

auf die Kategorien ermittelt. Mit diesem Kodierprozess werden theoretisch relevante Phänomene mit Ursachen, Bedingungen, Strategien und Konsequenzen in Verbindung gebracht (vgl. Strauss/Corbin 1996: 78-85; Breuer 2010: 86; Strübing 2010: 24 f.). Im Analyseschritt des selektiven Kodierens werden schließlich Schlüssel- bzw. Kernkategorien herausgearbeitet, welche als konzeptuelles Zentrum der entwickelten Theorie mit den meisten anderen Kategorien verknüpft werden (vgl. Strauss/Corbin 1996: 94; Breuer 2010: 92).

Neben dem Kodieren kommt als analytische Haltung das „ständige Vergleichen“, also der Blick auf Ähnlichkeiten und Unterschiede auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Kodierschritten (wie z.B. bei der Auswahl des nächsten Falls) zum Tragen. Dies dient dazu, Spezifika einzelner Phänomene bzw. Fälle zu erschließen (vgl. Strübing 2010: 16; Mey/Mruck 2011: 27). Der Prozess der Analyse wird durch das Schreiben von „Memos“ begleitet, in welchem sich theoretische Überlegungen niedergeschlagen (vgl. Strauss/Corbin 1996: 170). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde der Prozess des Kodierens mit Computerunterstützung (dem Programm ATLAS.ti) durchgeführt. Im Folgenden wird das offene und axiale Kodieren anhand einer Interviewpassage exemplarisch vorgeführt. Zur Demonstration des offenen Kodierens siehe die nachfolgende Tabelle 9.

Tabelle 9: Demonstration des offenen Kodierens

| Interviewausschnitt  | Indikatoren                   | Konzept   |
|--|-------------------------------|---|
| Herr Yang <sup>102</sup> , Z. 639-654  |                               |   |
| Ich möchte gerne bis zum Tag meines Todes, meines Körpers und Geistes, meines Körpers und Geistes, fit bleiben und von heute auf morgen sterben. Wenn es nicht so sein kann, wenn es nicht so sein kann, | Gerne bis zum Tod fit zu sein | Negative Antizipation möglicher Pflegebedürftigkeit |
| möchte ich, dass keine 3. Person durch mich belastet wird.   | Möchte Familie nicht belasten | Intention, die Familie zu schonen                   |

---

<sup>102</sup> Wie bereits erwähnt, sind alle personenbezogenen Daten bereits anonymisiert. Für die Regeln der Transkription siehe Abschnitt 7.5 Transkription und Übersetzung.

|  |  |   |
|--|--|---|
| Ich hoffe, dass mein Geist dazu immer fähig bleibt.  | Hoffnung, dass ich immer geistig fit bleibe  | Relevanz von geistiger Gesundheit   |
| Ich denke zum Beispiel, wenn ich meine Kinder so betrachte, dass keins von meinen Kindern, Kindern, mich wie zum <u>Altersheim</u> schicken würde, wenn gesagt würde, dass Papa krank ist.   | Kinder werden mich nicht ins Altersheim schicken.  | Pflegebereitschaft der Familie  |
| Wenn jedoch mein Geist klar bleiben würde, wenn ich krank sein sollte, krank wäre, wenn ich wirklich aus eigener Kraft nichts mehr könnte und ich dadurch immer die Hilfe einer 3. Person benötige, will ich nicht, dass meine Familie wegen mir eine <u>Belastung</u> erlebt. | Wenn ich mich nicht selbst versorgen kann, möchte ich trotzdem nicht meine Familie belasten. | Bei hoher Pflegebedürftigkeit Intention, die Familie zu schonen                 |
| Ich würde in einer solchen Situation von mir selbst aus ins <u>Altersheim</u> gehen, wenn mein Zustand so wie jetzt bleiben würde.   | Freiwillig ins Altersheim gehen  | Entscheidung für stationäre Pflege  |
| Denn ich möchte, ich wiederhole mich, dass meine Familie wegen mir keinerlei <u>Belastung</u> haben soll.  | Wirklich keine Belastung der Familie   | Intention, Belastung der Familie auf jeden Fall zu vermeiden                    |
| Und hier auch durch das <u>System</u> in Deutschland so viel wie möglich / ich möchte, dass keiner von meiner Familie wegen mir eine <u>Belastung</u> hat  | Nicht die Familie belasten, sondern das Sozialsystem in Deutschland nutzen.                  | familiäre Pflege vs. stationäre Pflege  |
| und es gibt ähm auch meine <u>Rente</u> , ich habe über dreißig Jahre lang gearbeitet, auch die Ausbildungszeit wird ganz für die <u>Rente</u> gerechnet.  | Verfügbarkeit der Rente  | gesellschaftlich garantierte (finanzielle) Ressourcen für die stationäre Pflege |
| Wenn ich ins <u>Altersheim</u> gehe, werde ich <u>Pflegegeld</u> bekommen, uhm <u>Pflegegeld</u> je nach <u>Stufe</u> und noch dazu gibt es auch meine <u>Rente</u> ,  | Pflegegeld nach Bedarf erwartbar   | Bedarfsbezogene, gesellschaftlich   |

|   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
|   |                                     | garantierte (finanzielle) Ressourcen für die Pflege |
| also kann ich ohne Hilfe von anderen ins <u>Altersheim</u> gehen. | Ohne familiäre Hilfe ins Altersheim | Unabhängigkeit von der Familie                      |

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Ergebnis lässt sich die Kategorie „Familiäre Pflege mit Grenzen“ als Erwartungshorizont herauspräparieren und diese kann mit weiteren Konzepten aus anderen Teilen des Interviewmaterials ergänzt werden.

#### Demonstration des axialen Kodierens

Im Prozess des axialen Kodierens werden die oben herausgearbeiteten Konzepte zur Kategorie „Familiäre Pflege mit Grenzen“ miteinander in Verbindung gesetzt. Im Folgenden wird das entsprechende Vorgehen kurz illustriert. Im fraglichen Fall ist zunächst festzuhalten, dass aus der Perspektive des Befragten eine steigende Belastung der Familie mit einer Begrenzung von Erwartungen an familiäre Pflege einhergeht (Ursache), was mit Veränderungen beim Grad der Pflegebedürftigkeit und damit auch mit einem veränderten Umfang der Pflege verbunden ist (Eigenschaft und Dimension). Es ist erkennbar, dass je nach dem Grad der Belastung (kontextuelle Bedingung) unterschiedliche Strategien eingesetzt werden. So wird bei einem niedrigen Belastungsgrad von familiärer Pflege ausgegangen (Strategie I), wofür die Bereitschaft der Angehörigen als vorhanden gilt (Bedingung I). Bei einer höheren Belastung der Familie soll stationäre Pflege in Anspruch genommen werden, um die Angehörigen zu entlasten (Strategie II). Hierbei fördern die Verfügbarkeit einer Infrastruktur stationärer Versorgung (im Pflegeheim) sowie gesellschaftlich garantierte (finanzielle) Ressourcen (im Renten- und Pflegesystem) diese Strategie (Bedingung II). Die Leistungen der Pflegeversicherung decken jedoch nicht alle Kosten der stationären Pflege ab. Die Höhe der Rente ist wiederum von der Berufsbiographie abhängig (Eigenschaft und Dimension). Die Versicherungsleistungen erlauben (aus Sicht des Befragten) eine gewisse finanzielle Unabhängigkeit von der Familie im Falle der Aufnahme stationärer Pflege, und sie ermöglichen eine Pflege ohne familiäre Belastung (Konsequenzen). Allerdings ist die geistige Gesundheit von Belang, wenn es darum geht, diese Strategien um-

zusetzen. In diesem Interviewausschnitt wird jedoch nicht dargestellt, wie eine familiäre Versorgung im Falle der Pflegebedürftigkeit wegen geistiger Einschränkungen gestaltet werden soll und ob eine stationäre Pflege in einem solchen Fall überhaupt in Betracht kommt. Dies stellt einen potenziellen, zusätzlichen Aspekt im Hinblick auf das Erkenntnisinteresse dar.

Bei der unten folgenden Darstellung der empirischen Befunde können nicht sämtliche Analyseschritte in der oben exemplarisch vorgeführten Weise detailliert dokumentiert werden. Davon unabhängig ergaben sich aus der Gesamtanalyse des vorliegenden Materials fünf zentrale Themen mit Bezug auf die Kernkategorie „Pflegehorizonte“ (siehe Kapitel 8). Es hat sich gezeigt, dass diese Themen in den Interviews oft auftauchen und für die Struktur der Pflegehorizonte älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen am relevantesten sind.

### **7.3 Zugang zum Feld**

Der Kontakt mit dem ersten Interviewpartner erfolgte über das private Netzwerk der Autorin. Zunächst wurden Personen aus diesem Netzwerk befragt, ob eine/n ältere/n südkoreanischen ArbeitsmigrantIn bekannt sei, welche/r sich zum Interview bereit erklären könnte. So konnte der erste Gesprächspartner schnell und ohne weitere Schwierigkeiten gewonnen werden. Die Auswahl eines zweiten Probanden erfolgte im Nachgang des ersten Interviews, und zwar vor dem Hintergrund des hier konturierten Erkenntnisinteresses (ganz im Sinne des „theoretical sampling“ als Technik der Grounded Theory). Der erste Interviewpartner wurde gefragt, ob er eine weitere Person aufgrund bestimmter Kriterien (z.B. eine gute Integration in Deutschland) empfehlen und sich mit diesem in Verbindung setzen könne. Auf diese Weise kam der Kontakt mit der zweiten interviewten Person zustande, so dass die Erhebungen fortgesetzt werden konnten. Jedoch stieß diese auf „Schnellballeffekte“ gemünzte Strategie (vgl. Diekmann 2007: 400; Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 184) schnell an seine Grenzen; der danach ausgemachte Interviewkandidat verzögerte die Terminvereinbarung bzw. nannte jedes Mal andere Gründe für die Verschiebung einer Terminvereinbarung, obwohl er bei mehreren Telefonaten jedes Mal die Bereitschaft zum Interview erklärt hatte. Hier lag die Vermutung nahe, dass die fragliche Person im Grunde kein Interesse an dem Gespräch hatte, jedoch das Ansinnen der Verfasserin durch die Bekanntschaft mit dem zuerst Befragten, welcher ihn empfohlen hatte, nicht ablehnen konnte. Danach wurde weiterhin versucht, durch die Nutzung des privaten Netzwerks weitere Interviewpartner/innen zu gewinnen. Jedoch erwies sich dies als ein langwieriger, sehr zeitintensiver Prozess.

So ergab sich die Notwendigkeit, die Vorgehensweise bei der Rekrutierung von GesprächspartnerInnen an die „Forschungssituation“ anzupassen bzw. die Gewinnungs-Strategie zu modifizieren (vgl. Strübing 2010: 19).<sup>103</sup> Es wurde entschieden, zunächst so viel Interviews wie möglich in einem bestimmten Zeitraum des Feldaufenthaltes durchzuführen und dabei das Prinzip des theoretischen Samplings auf das bereits vorhandene Interviewmaterial anzuwenden. Die Verfasserin recherchierte im Internet Vereine älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen und ermittelte anschließend die Kontaktdaten von Vorstandsmitgliedern<sup>104</sup> durch Nachfragen in der südkoreanischen Community. Bei der telefonischen Kontaktaufnahme und der Vorstellung des Anliegens bei diesen Vorstandsmitgliedern wurde die Verfasserin wiederholt auf kommende Treffen bzw. Veranstaltungen hingewiesen und dazu eingeladen. Da die meisten Vereine von SüdkoreanerInnen in Nordrhein-Westfalen angesiedelt sind und ein großer Teil älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen in dieser Region lebt, hat sich die Verfasserin von Juni 2014 bis August 2014 für mehrere Wochen dort aufgehalten. In dieser Zeit wurden Zusammenkünfte der Vereinsmitglieder besucht, woraus sich eine günstige Situation für die Feldphase ergab. Dabei erfuhr die Verfasserin, dass das Thema Pflege bereits länger ein relevantes Thema für die Gruppe der ArbeitsmigrantInnen war und wie sich diese Gruppe kollektiv mit dem Thema auseinandersetzt – ein Aspekt, der wiederum mehrfach in den Interviews der einzelnen Personen auftauchte. Erfahrungen dieser Art wurden als Kontextwissen bei der Analyse aufgegriffen.

Das Anliegen der o.g. Besuche - der Gewinn potenzieller InterviewpartnerInnen - wurde bei diesen Treffen den Vereinsmitgliedern bzw. Veranstaltungsteilnehmern mitgeteilt. Im Rahmen des „offiziellen Programms“ der Vereine während der Treffen, bei denen in der Regel eine gemeinsame Mahlzeit vorgesehen war, erfolgten eine individuelle Kontaktaufnahme mit einzelnen Personen, was zur Rekrutierung einiger InterviewpartnerInnen führte. Im Zeitverlauf zeigte sich jedoch, dass v.a. diejenigen älteren SüdkoreanerInnen zum Interview bereit waren, welche einigermaßen gut in Deutschland „angekommen“ waren; Indizien dafür waren u.a. eine

---

<sup>103</sup> Bei der Grounded Theory wird die Vorgehensweise nicht als eine starre Handlungsweise, sondern als Leitlinie verstanden (vgl. Strübing 2010: 19).

<sup>104</sup> Hierbei handelt es sich zunächst um zwei Vereine, welche mit den beruflichen Tätigkeiten der angeworbenen südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen eng verbunden sind. Wie bereits dargestellt (siehe Kapitel 4.2), wurden südkoreanische ArbeitsmigrantInnen geschlechtsspezifisch als Krankenpflegekräfte und Bergleute angeworben. Dementsprechend sind zwei Vereine südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen vorhanden: „Verein Koreanischer Krankenschwestern und Krankenschwesterhelferinnen in der Bundesrepublik Deutschland e.V.“ und „Verein des Glückaufs Koreanischen Bundesverbandes in der BRD e.V.“. Kontakt wurde mit dem „Verein der koreanischen Schwerbehinderten in Deutschland e.V.“ aufgenommen.

kontinuierlich ausgeübte berufliche Tätigkeit und dementsprechende Rentenansprüche oder die selbstständige Führung eines Familienunternehmens, der Besitz einer Immobilie sowie gut ausgebildete und damit beruflich erfolgreiche Kinder. Angesichts dieser Schieflage wurde versucht, über die Vorsitzenden der Vereine bzw. die erfolgreich Befragten auch solche Personen zu erreichen, die finanziell nicht gut ausgestattet und in der südkoreanischen Community nicht aktiv waren. Es kam jedoch nicht zu direkten Kontakten mit dieser Gruppe südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen; sie lehnten entweder von Anfang an ein Interview ab oder sagten ein durch eine dritte Person vermittelte, vorläufig vereinbartes Interview unter Verweis auf gesundheitliche Beeinträchtigungen ab. Nach Maßgabe des theoretischen Samplings wären die Personen, die offensichtlich in Deutschland weniger gut „integriert“ schienen, interessant gewesen, um eine größere Reichweite der Untersuchung und der daraus gewonnener Befunde zu erreichen. Allerdings konnten einige Interviewte durch das Aufsuchen einer südkoreanischen Kirchengemeinde sowie einer kleineren Freizeitgruppe (eine Gemeinschaft von KartenspielerInnen) gewonnen werden. Bei letzterer kam der Kontakt durch ein Gruppenmitglied zustande, das vorher interviewt worden war. Der Kontakt zu diesen beiden Gruppen war deshalb interessant, weil GesprächspartnerInnen rekurriert werden konnten, welche nicht in einem großen Verein von SüdkoreanerInnen organisiert waren; vielmehr waren sie über ein eigenes, privates Interesse (wie z.B. Religion oder Freizeitaktivitäten) mit anderen SüdkoreanerInnen verbunden. Allgemein entstand der Eindruck, dass ein großer Teil älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen dem Interview entweder zurückhaltend oder skeptisch gegenüberstand, weswegen sich die Rekrutierung von InterviewpartnerInnen im Ganzen als kompliziert gestaltete. Es liegt nahe, dass viele der Personen besorgt waren, zu viel Privates preiszugeben und dabei möglicherweise ihr Gesicht zu verlieren<sup>105</sup>. Außerdem wurde bei der Kontaktaufnahme beklagt, dass in Deutschland südkoreanische Promovierende sowie JournalistInnen aus Südkorea immer wieder an ArbeitsmigrantInnen mit Gesprächswünschen herantreten und danach nichts mehr von sich hören lassen. Überdies habe es einige Fälle gegeben, bei denen Aussagen manipuliert in südkoreanischen Medien dargestellt wurden. Solche Hinweise deuten auf ein Misstrauen der

---

<sup>105</sup> Es gibt interessante Beobachtungen. Demnach lassen sich biographisch-narrative Interviews nicht einfach in asiatischen Gesellschaften anwenden, weil das Erzählen in diesen Gesellschaften anders strukturiert ist als in westlichen Gesellschaften: Es gibt andere Basisregeln des Erzählens, z.B. die Regel des „Gesicht-Wahrens“ (vgl. Matthes 1985: 320).

Untersuchungsgruppe gegenüber ihnen unbekanntem InterviewerInnen und das Gefühl, von diesen ausgenutzt werden zu können, hin.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden zwischen April und August 2014 letztlich 16 Interviews durchgeführt, und zwar mit sechs männlichen und 10 weiblichen ArbeitsmigrantInnen. Sie waren zwischen 62 und 86 Jahren alt und wohnten in 13 unterschiedlichen Städten. Zwei Gesprächspartner lebten an Orten außerhalb Nordrhein-Westfalens. Die folgende Tabelle 10 präsentiert die ProbandInnen anhand des Kurzfragebogens (siehe Abschnitt 7.1).

Tabelle 10: InterviewpartnerInnen mit Sozialdaten

|              | Al-<br>ter | Familien-<br>stand          | Kin-<br>der | Wohnsi-<br>tuation<br>(mit) | Bildung                       | (Ausgeübte)<br>Beruf(e)            | Aufent-<br>halts-<br>dauer | Aufent-<br>haltssta-<br>tus         |
|--------------|------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| Frau Lee     | 64         | Verheiratet<br>(Binational) | 3           | Ehemann                     | Abitur/ Ausbil-<br>dung       | Kranken-<br>pflegehelfe-<br>rin    | 42                         | Deut-<br>scher<br>Staatsbür-<br>ger |
| Frau Ahn     | 71         | Verheiratet<br>(Binational) | 4           | Ehemann                     | Hochschule                    | Kranken-<br>schwester              | 45                         | Deut-<br>scher<br>Staatsbür-<br>ger |
| Herr<br>Jeon | 69         | Verheiratet<br>(National)   | 2           | Ehefrau                     | Unterbrechung<br>des Studiums | Bergmann,<br>Firma                 | 43                         | Deut-<br>scher<br>Staatsbür-<br>ger |
| Herr<br>Kim  | 71         | Verheiratet<br>(National)   | 1           | Ehefrau                     | Hochschule<br>Meister         | Bergmann,<br>Firma,<br>selbständig | 43                         | Deut-<br>scher<br>Staatsbür-<br>ger |
| Frau<br>Park | 70         | Verheiratet<br>(Binational) | 1           | Ehemann                     | Hochschule                    | Kranken-<br>schwester              | 48                         | Deut-<br>scher<br>Staatsbür-<br>ger |
| Frau<br>Choe | 65         | Verwitwet<br>(National)     | 2           | Lebens-<br>gefährte         | Hochschule                    | Kranken-<br>schwester              | 40                         | Deut-<br>scher<br>Staatsbür-<br>ger |

|              |    |  |   |                    |  |  |    |                                     |
|--------------|----|--|---|--------------------|--|--|----|-------------------------------------|
| Frau Na      | 66 | Verwitwet<br>(Binational)                    | 2 | Sohn               | Abitur/ Ausbildung                                     | Kranken-<br>pflegehelfe-<br>rin                | 42 | Deut-<br>scher<br>Staatsbür-<br>ger |
| Frau<br>Yoon | 86 | Keine An-<br>gabe                            | 2 | Allein             | Hochschule   | Kranken-<br>schwester                          | 45 | Unbe-<br>fristet                    |
| Frau Suh     | 64 | Verheiratet<br>(Binational)                  | 2 | Ehemann            | Abitur/ Ausbil-<br>dung<br>Hochschule<br>(Deutschland) | Kranken-<br>pflegehelfe-<br>rin                | 43 | Deut-<br>scher<br>Staatsbür-<br>ger |
| Herr<br>Koh  | 69 | Verheiratet<br>(National)                    | 4 | Ehefrau<br>u. Sohn | Abitur   | Bergmann,<br>Firma                             | 41 | Unbe-<br>fristet                    |
| Herr Min     | 75 | Verheiratet<br>(National)                    | 4 | Ehefrau            | Abitur   | Bergmann,<br>Pflegehel-<br>fer,<br>selbständig | 37 | Unbe-<br>fristet                    |
| Frau<br>Shin | 83 | Verwitwet<br>(Natio-<br>nal/Binatio-<br>nal) | 3 | Allein             | Hochschule   | Kranken-<br>schwester                          | 48 | Deutsche<br>Staats-<br>bürger       |
| Frau Bae     | 65 | Verheiratet<br>(National)                    | 2 | Ehemann            | Abitur/ Ausbil-<br>dung                                | Kranken-<br>pflegehelfe-<br>rin                | 42 | Deutsche<br>Staats-<br>bürger       |
| Herr<br>Woo  | 70 | Verwitwet<br>(National)                      | 2 | Allein             | Abitur   | Bergmann,<br>Selbständig                       | 37 | Unbe-<br>fristet                    |
| Frau<br>Hong | 62 | Verheiratet<br>(National)                    | 2 | Ehemann            | Hochschule   | Kranken-<br>schwester                          | 40 | Deutsche<br>Staats-<br>bürger       |
| Herr<br>Yang | 68 | Verheiratet<br>(National)                    | 3 | Ehefrau            | Abitur/ Ausbil-<br>dung                                | Bergmann,<br>Kranken-<br>pflegehelfer          | 42 | Deutsche<br>Staats-<br>bürger       |

Quelle: Eigene Darstellung.

## 7.4 Ablauf der Interviews

Beim ersten Kontakt mit den GesprächspartnerInnen wurden das Promotionsprojekt sowie Themen und Ziele der Interviews<sup>106</sup> vorgestellt. Gleichzeitig wurden die Anonymität des Interviews sowie Datenschutz zugesichert und erklärt, dass die Gespräche per Tonaufnahme festgehalten würden. Mit denjenigen Personen, welche sich zum Interview bereit erklärt hatten, wurde entweder unmittelbar während des Erstkontakts ein Termin ausgemacht oder später telefonisch vereinbart. In der Regel nahm die Verfasserin einen Tag vor dem Interview noch einmal telefonisch Kontakt mit den GesprächspartnerInnen auf, um an den Termin zu erinnern. Meist wurden die Interviews bei den Befragten zu Hause durchgeführt. Zwei der ProbandInnen wollten sich zum Gespräch mit der Verfasserin nicht zu Hause, sondern in einem Schrebergarten bzw. in einem ruhigen Café treffen, welches sie bereits kannten (weil sie dort bereits ein Interview in einem anderen Zusammenhang gegeben hatten). Ein Interview wurde in der Privatwohnung der Verfasserin durchgeführt, weil sich der Befragte, der in einer anderen Stadt wohnt, aufgrund einer privaten Angelegenheit in Kassel aufhielt. Das kürzeste Interview dauerte 30 Minuten, das längste 184 Minuten. Durchschnittlich betrug die Dauer der Interviews 93 Minuten.

Die Gespräche begannen mit dem Anschalten der Aufnahmegeräte<sup>107</sup> und wurden auf Koreanisch, der Muttersprache der Befragten und der Interviewerin/Verfasserin, durchgeführt. Sie orientierten sich an der Erhebungsmethode des problemzentrierten Interviews, und zwar im Hinblick auf den Einsatz von Kurzfragenbogen, eine Einstiegsfrage (die nach der Migrationsbiographie) und die Nutzung eines Leitfadens zur Strukturierung des eigentlichen Interviews. Es zeigte sich, dass die Frage nach der Migrationsbiographie umfassende Narrationen generierte. So haben manche Interviewte über ihr Leben von Geburt an bis zum Tag des Interviews berichtet; andere starteten mit Erzählungen zum Hintergrund der Entscheidung, sich in Deutschland zu bewerben. Durch die Einstiegsfrage konnten also viele wichtige Hintergrundinformationen über die Interviewten, deren Beziehungen zu der in Korea verbliebenen Familie bzw. Angehörigen in Deutschland sowie die Einstellung sowohl zur südkoreanischen als auch zur deutschen Gesellschaft ermittelt werden, was sich bei der weiteren Analyse als hilfreich

---

<sup>106</sup> Beim Interview ging es nicht um das Wissen, sondern um die persönliche Erfahrung, Wahrnehmung und Einstellung.

<sup>107</sup> Zur Sicherheit wurden zwei Aufnahmegeräte angewendet.

erwies. Jedoch führte die Frage nach der Biographie in manchen Fällen auch zu Unerwartetem. So war es für die Verfasserin z.B. schwierig, mit einer Erzählung zu einem tragischen Vor-  
kommnis im Leben einer Befragten umzugehen, weil sie sich unsicher war, wie man darauf  
reagieren kann und sollte. Dies galt auch für Emotionen, die bei Berichten über gescheiterte  
Beziehungen (Ehe, Kinder), bei welchen die Migration eine Rolle spielte, aufkamen oder die  
Sehnsucht nach den (zum Teil schon verstorbenen) Familienmitgliedern in Südkorea betrafen  
und bei denen Befragte in Tränen ausbrachen; letzteres ereignete sich teilweise auch bei der  
Hauptfrage nach der Verfügbarkeit informeller Ressourcen im Fall der Hilfs- und Pflegebe-  
dürftigkeit. In einem dieser Fälle hat die Verfasserin Taschentücher gereicht und abgewartet,  
bis sich die Befragte wieder einigermaßen beruhigt hatte. Zudem wurde solchen Gesprächs-  
partnern besonders für ihr Vertrauen und ihre Offenheit gedankt<sup>108</sup>. Während eines Interviews  
erzählte ein Befragter von den Schwierigkeiten, die er aufgrund eines Schlaganfalls mit dem  
Erzählen habe; zwar habe er die Krankheit überwunden und motorisch wie ‚funktionell‘ keine  
Probleme mehr. Jedoch sei sein Gedankenfluss nicht mehr so wie früher, wodurch das Inter-  
view für ihn anstrengend sei. So gestaltete sich dieses Gespräch mehr oder weniger nach dem  
Frage-Antwort-Schema. Jedoch enthielt seine Erzählung trotz der krankheitsbedingten Ein-  
schränkung interessante Aspekte für die vorliegende Studie. Nach dem Abschluss der Feld-  
aufenthalte wurden als „Dankeschön“ Postkarten an fast alle Befragten<sup>109</sup> verschickt, worauf-  
hin sich zwei Interviewte rückgemeldet haben.

## 7.5 Transkription und Übersetzung

Wie bereits erwähnt, wurden die Interviews auf Koreanisch durchgeführt. Die aufgenommenen  
Interviews wurden unter der Einhaltung einfacher Transkriptionsregeln mit der Erweiterung  
nach Dresing und Pehl (2013) verschriftlicht. Der Fokus lag auf der Wiedergabe der Inhalte.  
Die Sprache wurde geglättet, indem zum Beispiel nicht lautsprachlich, sondern wörtlich

---

<sup>108</sup> Allerdings konnte ich im Rahmen eines Kolloquiums zum Thema "Herausforderungen und Ansätze in der  
Forschungspraxis mit/über Geflüchtete(n)", an dem einige Experten aus der sozialen Forschung auf dem Gebiet der  
Migration teilgenommen haben, über die Vorkommnisse der traumatisierenden Ereignisse und Emotionen von  
Befragten in Situationen der Interviews sprechen. In diesem Zusammenhang konnte ich die eigene, verbliebene  
Unsicherheit nach den Feldaufenthalten zum Teil ausräumen.

<sup>109</sup> Eine Befragte hat die Angabe ihrer Adresse verweigert.

transkribiert wurde. Um einen höheren Detailgrad der Interviews wiederzugeben, wurden wiederum Wiederholung von Wörtern, Wort- und Satzabbrüche, nonverbale Äußerungen, Fülllaute (z.B. ähm), die Länge von Pausen sowie die Anwendung deutscher Wörter festgehalten<sup>110</sup>. Nach der vollständigen Transkription aller Interviews wurden für relevante gehaltene Interviewpassagen ins Deutsche übersetzt. Dieser Prozess wurde von einer Person mit Deutsch als Muttersprache begleitet und unterstützt, um die Aussagen nicht wörtlich, sondern sinnmäßig zu übersetzen – wobei die Übersetzung mit Kontextwissen verknüpft wurde, welches auch bei den Interpretationen bedacht wurde. Somit war der Verlust bestimmte Sinnbestände unvermeidbar. Allerdings blieb sichergestellt, dass die manifesten Inhalte der Gespräche sauber herausgearbeitet werden konnten und darüber hinaus an sorgfältig ausgewählten und so sinngetreu wie möglich übersetzten Passagen tiefgehendere Interpretationen möglich waren.

---

<sup>110</sup> Wort- und Satzabbrüche werden mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet. Nonverbale Äußerungen werden in Klammern wie (lachen) notiert. Die Länge der Pausen werden durch Auslassungspunkte in Klammern markiert, hierbei spiegelt ein Punkt eine Sekunde der Pause wieder; wie (.). Ab vier Sekunden wird die Länge der Pause mit Zahlen markiert (4). Die auf Deutsch gesprochenen Wörter sind mit Unterstrichungen gekennzeichnet; „Ich würde in einer solchen Situation von mir selbst aus ins Altersheim gehen“.

## 8 Pflegehorizonte älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen

Die Erwartungen an und die Vorstellungen über die Pflege älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen bezüglich der potenziell aufzutretenden Pflegebedürftigkeit werden wie bereits erwähnt, in dieser Studie als „Pflegehorizonte“ bezeichnet. Dies bildet die Kernkategorie, welche hier anhand der fünf relevantesten Themen, die sich in der Analyse des Materials herausgestellt haben, dargestellt wird. Das Interviewmaterial zeigt, dass die Befragten in der Regel, wenn sie an ihre eigene Pflegebedürftigkeit und mögliche Pflegearrangements denken, zuerst eine Möglichkeit der informellen Pflege durch die eigene Familie (also durch ihre EhepartnerInnen und eigenen Kinder) antizipieren. Daran schließen sich auch weiter entfernt Freunde/Bekannte/Landsleute an. Jedoch weisen ihre Pflegehorizonte über informelle Pflege hinaus. Dies gilt selbst dann, wenn eine informelle Versorgung angestrebt wird. So kommt zum Beispiel bei einer potenziellen hohen Belastung der Familie mit steigender Hilfebedürftigkeit ein formales (beruflich organisiertes) Arrangement in Betracht, wobei die Übergänge von einer informellen zu einer formellen Pflege zum Teil fließend sind. Für jenen Personenkreis, für den informelle Pflege beispielsweise aufgrund mangelnder Ressourcen nicht in Frage kommt, steht die formelle Versorgung im Mittelpunkt des Pflegehorizontes. Ausgehend von all diesen Perspektiven werden die informellen Arrangements als *nahe Pflegehorizonte* und die formellen Varianten als *ferne Pflegehorizonte* bezeichnet – wobei die Faktoren, welche den einzelnen Themen zugeordnet werden können, als *Horizonte öffnend bzw. schließend* begriffen werden.

Die Analyse des Materials zeigt, dass die Faktoren unterschiedlich auf Pflegehorizonte wirken. So kann ein Faktor beispielsweise einen fernen Horizont öffnen, ohne zugleich den nahen zu schließen. Bei der vergleichenden Betrachtung der Fälle zeigt sich, dass ein Faktor auch einen der beiden Pflegehorizonte schließen kann, während der andere Horizont dadurch geöffnet wird. Außerdem kann ein Faktor einen Pflegehorizont schließen und keinen Einfluss auf den anderen Pflegehorizont haben. In den konkreten Fallkonstellationen wirkt jedoch nicht nur ein einzelner Faktor auf die Pflegehorizonte. Vielmehr spielen bei diesen Horizonten (immer) mehrere Faktoren gleichzeitig bzw. in Kombination miteinander eine Rolle. Im Extremfall können sich durch ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren auch *beide* Pflegehorizonte als geschlossen erweisen. In dieser Hinsicht dient die Herausstellung von Faktoren, welche die Pflegehorizonte bedingen, dazu, mehr analytische Klarheit zu schaffen. Dieses Vorgehen erhöht das

theoretische Verständnis dahingehend, dass deutlich wird, *wie* einzelne Faktoren die Bildung eines Pflegehorizontes beeinflussen.

Nachfolgend werden die Faktoren nach fünf Themen geordnet, die sich als besonders bedeutend für die Gestalt der Pflegehorizonte herausgestellt haben. Aus Platzgründen werden die wichtigsten Faktoren detailliert und möglichst nah am Material dargestellt, während die weiteren zusammenfassend und abstrakter zur Darstellung kommen. Dadurch besteht die Möglichkeit, die Dichte der Darstellung zu erhöhen und gleichzeitig ein besseres Verständnis der Komplexität der Pflegehorizonte zu gewährleisten. Die relevantesten fünf Themen sind die folgenden: Pflegekapazität und die Grenzen im informellen sozialen Umfeld (8.1), formelle Ressourcen (8.2), Lebensstil (8.3), soziale Kontakte (8.4) sowie allgemeine und individuelle Versorgungsqualität (8.5).

## **8.1 Pflegekapazität und ihre Grenzen im informellen sozialen Umfeld**

Bei diesem Thema geht es um informelle Pflege sowie die Auseinandersetzung mit möglichen Hilfszenarien – und damit um nahe Pflegehorizonte. Die Interviews mit älteren südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen zeigen, dass der Umfang jener Ressourcen, die für informelle (familiäre) Hilfe zur Verfügung stehen, bei Vorstellungen, die eine informelle Versorgung fokussieren, eine relevante Rolle spielen. In Betracht kommen hier die eigene Familie und der Freundes- und Bekanntenkreis, wobei deren Hilfbereitschaft sowie Belastung durch die Pflege im Mittelpunkt stehen. Hier öffnet eine (v.a. bei Familien) vorhandene bzw. potenzielle Bereitschaft nahe Pflegehorizonte, während die mögliche Belastung von Familienangehörigen durch etwaige Versorgungsaufgaben eher die nahen Pflegehorizonte schließen und gleichzeitig die fernen Horizonte öffnen kann. Was den Bezug zum Freundes- und Bekanntenkreis betrifft, so erscheint wesentlich, dass ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen vorwiegend Kontakte zu Landsleuten unterhalten.<sup>111</sup> Jedoch eröffnen diese kaum nahe Pflegehorizonte, obwohl sie in Interviews mit Befragten hinsichtlich der Möglichkeiten einer informellen Versorgung mehrmals in Betracht gezogen werden.

---

<sup>111</sup> Außer einer Person haben alle Interviewten häufig Kontakt zu Landsleuten.

Im Folgenden kommen zunächst die Faktoren zur Darstellung, welche mit der potenziellen Pflegebereitschaft der Familie zusammenhängen (8.1.1). Danach wird betrachtet, wie sich Befragte mit der potenziellen Belastung der Familie durch die Pflege auseinandersetzen (8.1.2). Daran anschließend geht es um Faktoren, welche mit der Pflege durch Landleute im Zusammenhang stehen (8.1.3).

### **8.1.1 Bereitschaft der Familie zur Pflege**

Bei der informellen Pflege bildet die eigene Familie die Kernressource. Das Vorhandensein von Familienmitgliedern gilt zwar als ein Potenzial für die häusliche Pflege, dabei ist jedoch die Vermutung einer hohen Hilfbereitschaft der Familie von entscheidender Bedeutung. Diese Komponente scheint vor allem dann von Belang zu sein, wenn der oder die Betroffene weiterhin zu Hause wohnt und in der Nähe seiner Familie zu bleiben wünscht. Die Pflegebereitschaft der Familie spielt auch insofern eine Rolle, als man, sobald eine formelle Versorgung nicht funktioniert, *im Notfall* auf sie zurückgreifen könnte. Wird angenommen, dass sich die Familie zur Übernahme der Pflege nicht bereit zeigt, ist dies der Beginn von Überlegungen über die Inanspruchnahme formeller Hilfen. Ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen schätzen die Bereitschaft zur Pflege durch Kinder und EhepartnerInnen durchaus unterschiedlich ein, worauf im Folgenden näher eingegangen wird.

#### **8.1.1.1 Die Bereitschaft zur Pflege durch die Kinder**

Abgesehen davon, ob man bezüglich einer etwaigen späteren Pflegebedürftigkeit Erwartungen an seine Kinder hegt, wird das entsprechende Potenzial unterschiedlich eingeschätzt. Je weniger Kontakt man zu den Kindern hat (Herr Jeon, Z. 368 f.; Frau Shin, Z. 248-251) oder je weiter deren Wohnort entfernt liegt (mit Einschluss des Aufenthalts im Ausland aufgrund der Berufstätigkeit<sup>112</sup>, siehe Frau Lee, Z. 631-633; Frau Choe, Z. 234; Frau Suh, Z. 625 f.), desto geringer wird dieses Potenzial gesehen. Ebenso rechnet man kaum mit einer Bereitschaft zur Pflege, wenn die eigenen Kinder in der Zeit ihres Aufwachsens nicht von ihren Eltern versorgt wurden – sondern dieses Aufwachsen z.B. aufgrund der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit in Deutschland seitens der Eltern getrennt erfolgte. So sagt zum Beispiel Frau Shin im Interview: „Selbst als ich jung war, haben wir [Frau Shin und ihre drei Kinder, J.O.] nicht zusammen

---

<sup>112</sup> Durch eine berufliche Tätigkeit im Ausland wird die Größe der Familie von südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen kleiner, wobei diese ohnehin geringer ausfällt.

gewohnt“ (Frau Shin, Z. 294 f.).<sup>113</sup> Außerdem stehen *das eigene Vorbild* der Befragten bezüglich familiärer Hilfe, der in Hinblick auf Pflege relevante *gesellschaftliche Wert der „Kinds Pietät“* sowie die *Erziehung* und *Eignung der Kinder* im Mittelpunkt der Überlegungen, die deren Pflegebereitschaft betreffen. Darauf wird im Folgenden anhand relevanter Interviewzitate näher eingegangen.

#### *Das eigene Vorbild der Eltern bezüglich der familiären Pflege*

Nach Ansicht einiger InterviewpartnerInnen ist die Bereitschaft zur privaten (informellen) Pflege von einer familiären Kultur geprägt, in der eine solche Versorgung älterer Familienmitglieder geläufig ist und von den Kindern hautnah miterlebt wurde. Bedeutsam ist vor allem eine selbst erbrachte Pflege für ältere, pflegebedürftige Familienmitglieder. In einem solchen Fall herrscht die Logik der Reziprozität. Hingegen erscheint – dieser Logik folgend – eine Erwartungshaltung, die von der Pflege durch Kinder ausgeht, als „Widerspruch“, wenn man selbst die Eltern nicht versorgt hat. Die im Folgenden dargestellten Interviewausschnitte von Frau Ahn und Frau Hong veranschaulichen dies beispielhaft.

Frau Ahn<sup>114</sup> erzählt im Interview von einem kürzlich stattgefundenen Gespräch zwischen ihr und einer Tochter, wobei die Befragte deren Pflegebereitschaft so charakterisierte:

*„Vor einigen Tagen habe ich in einem Gespräch gesagt, ‚Ich gehe ins Pflegeheim, wenn ich nichts mehr allein erledigen kann‘. Dann sagte meine Tochter, ‚Du hast Töchter und Söhne, wieso willst du ins Pflegeheim? Wir würden uns um dich kümmern‘. Sie sagte äh, ‚Es gibt Töchter äh Töchter auch Söhne, warum willst du ins Pflegeheim?‘ Ich glaube, meine Kinder machen das, was ich auch mit meinen Eltern gemacht habe. In meinem Fall habe ich meine Schwiegermutter zwei Jahre lang versorgt und meinen Schwiegervater lange gepflegt“ (Frau Ahn, Z. 352-357).*

---

<sup>113</sup> Frau Shin war zuerst allein in Deutschland und hat mehrere Jahre später ihre Kinder nach Deutschland geholt; diese waren dann bereits Teenager bzw. schon erwachsen (Frau Shin, Z. 21 f.).

<sup>114</sup> Sie hat einen einheimischen Mann geheiratet, und aus der Ehe gingen insgesamt vier Kinder hervor. In der Zeit des Interviews war ein Umzug zu der Familie eines Kindes vorgesehen. Das Kind von Frau Ahn wohnt in derselben Stadt und hat selbst erwachsene Nachkommen. Mit dem Umzug wird beabsichtigt, dass mehrere Familienangehörige an der Pflege des pflegebedürftigen Ehemanns von Frau Ahn partizipieren und damit die Belastung aufgeteilt wird.

Wie das Interviewzitat zunächst verdeutlicht, ist die für die Zukunft erwartete Pflegebedürftigkeit und die damit verbundene Angewiesenheit auf andere Menschen („nicht mehr allein erledigen kann“) ein persönlich relevantes Thema für Frau Ahn, aber auch für ihre Tochter. Es gab offenbar schon länger (vor dem Gespräch mit einer Tochter) Gedanken zu den Optionen für zukünftige Pflegearrangements. Nach Erwähnung der Option Heim<sup>115</sup> erklärt die Tochter offensichtlich, dass es Frau Ahn nicht nötig habe, in ein Pflegeheim zu gehen, weil sie mehrere Kinder habe, die sich um sie kümmern würden. Der noch einmal wiederholte Satz zur Pflegebereitschaft ihrer Tochter („Sie sagte äh, ‚Es gibt Töchter äh Töchter auch Söhne, warum willst du ins Pflegeheim?‘“) bekräftigt, dass für sie die Reaktion der Tochter sowie der Hinweis auf die mögliche Beteiligung der anderen Geschwister signalisiert, im Pflegefall nicht auf sich gestellt zu sein. Die hohe Kinderzahl (4) gilt hier offenbar als großes „Reservoir“ für familiäre Pflege, weil eine Aufteilung der Lasten unter den Kindern möglich erscheint. Überdies nimmt Frau Ahn an, dass die Pflegebereitschaft der Kinder auf dem Vorbild der Eltern basiert („meine Kinder machen das, was ich auch mit meinen Eltern gemacht habe“). Interessant ist hierbei, dass sie zunächst von der Fürsorge gegenüber ihren eigenen Eltern spricht, welche durch die Migration nicht zustande kam. Anschließend rechtfertigt sie sich mit der selbst erbrachten Pflege ihrer einheimischen Schwiegereltern („In meinem Fall“) und begreift sich so als vorbildlich, wenn es um familiäre Pflege geht. Immerhin haben ihre Kinder hautnah die Pflege der Großeltern durch ihre Mutter (Frau Ahn) über mehrere Jahre hinweg miterlebt. In diesem Fall ist die familiäre Versorgung pflegebedürftiger Familienmitglieder für die Kinder eine vertraute Angelegenheit. All dies legt nahe, dass die Befragte trotz des Gedankens an eine stationäre Pflege eine Erwartung an die Kinder hat, ungeachtet dessen, ob deren Hilfsbereitschaft im Pflegefall annehmen würde oder nicht. Evident scheint auch, dass eine etwaige Bereitschaft auf Seiten der Tochter als eine Art Gegenleistung für die bereits erbrachte Pflege der Schwiegereltern der Mutter betrachtet wird. Hier wird deutlich, dass sich im Selbstverständnis der Befragten die o.g. Logik der Reziprozität über drei Generationen erstreckt.

Das Interview mit Frau Hong illustriert, dass aus der gleichen Logik heraus *nicht* mit der Pflege durch die Kinder gerechnet wird:

---

<sup>115</sup> Frau Ahn berichtet in einer anderen Passage des Interviews, dass sie unter anderem aufgrund der Möglichkeit, Kontakte mit anderen Menschen zu unterhalten, ins Pflegeheim gehen möchte (Frau Ahn, Z. 476 f.) (siehe 8.4 Sozialer Austausch).

*„Obwohl unsere Generation bereit war, die eigenen Eltern selbst zu pflegen, leben wir jetzt in einer Zeit, in der wir von unseren Kindern so etwas nicht erwarten können. Im jetzigen Zeitalter habe ich dafür Verständnis, jetzt ähm. Ja, obwohl in unserer Generation auch beide arbeiten mussten, haben wir trotzdem gesehen, was unsere Eltern getan haben, wir sind so groß geworden. Aber unsere Kinder, unsere Kinder haben nie so etwas hautnah erlebt, dass wir unsere Eltern pflegen. Es ist dann unser Widerspruch, wenn wir so etwas von unseren Kindern erwarten, obwohl wir es ihnen gar nicht vorgelebt haben“ (Frau Hong, Z. 104-109).*

Zunächst verweist die Interviewte auf veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die mit der häuslichen Pflege durch Kinder zusammenhängen. Ihr erscheinen die jungen Erwachsenen heute – unabhängig davon, ob sie ihre Eltern pflegen möchten oder nicht – kaum in der Lage, ihre Eltern zu Hause zu versorgen. Die gesellschaftlichen Veränderungen sind jedoch nicht der einzige Grund dafür, dass für Frau Hong ein privates (häusliches) Pflegearrangement unwahrscheinlich ist. Das unmittelbare Erleben der eigenen Kinder in Bezug auf den Umgang mit alten Familienmitgliedern erweist sich als wesentlicher Faktor, wenn es um entsprechende Einschätzungen geht. In dieser Hinsicht ist ihre Generation sozusagen eine ‚Sandwich-Generation‘: Einerseits haben diese Menschen in ihrer Kindheit die häusliche Versorgung und Pflege der Großeltern als Normalfall erfahren; folglich ist die Unterstützung und Versorgung der Eltern im Pflegefall selbstverständlich. Andererseits sind sie selbst von gesellschaftlichen Veränderungen betroffen, sodass „in unserer Generation auch beide arbeiten mussten“. Daraus folgend hat aus Sicht der Befragten ihre Generation grundsätzlich keine besseren Rahmenbedingungen für eine Pflege der Eltern als die Generation ihrer Kinder. Der Unterschied zwischen ihr und ihren Kindern besteht darin, dass ihre Nachkommen im Familienleben weder unmittelbar noch mittelbar eine häusliche Versorgung für Großeltern erlebt haben. Das Familienleben in der Kindheit scheint hier also bei der Herausbildung von Einstellungen zur Pflege von Eltern entscheidend.

Das Interviewzitat von Frau Hong zeigt zudem, dass der Umgang mit alten Familienangehörigen im Pflegefall nicht nur in der jeweiligen familiären Kultur begründet ist. Eine häusliche Versorgung durch erwachsene Kinder war – zumindest in ihrer Kindheit – in der südkoreanischen Gesellschaft gebräuchlich. Ihr wurde ein großer Wert beigemessen; und sie war alternativlos. Die Kinder von Frau Hong sind jedoch in einer anderen sozialen Umgebung aufgewachsen. Einerseits haben sie die Pflege der Großeltern zu Hause nicht miterlebt, und andererseits sind sie in einer Gesellschaft groß geworden, in der die Erwartung häuslicher Pflege durch

Kinder weniger kategorisch erscheint als in Südkorea. In dieser Hinsicht erscheint es der Befragten als „Widerspruch“, für den Pflegefall von einer häuslichen Versorgung durch Kinder auszugehen – denn sie hat ihnen dieses Arrangement nicht „vorgelebt“.

Wenn man das Beispiel von Frau Ahn mit dem von Frau Hong in Bezug setzt, zeigt sich, dass auch die unterschiedliche Partnerwahl eine Rolle spielt, wenn es um das Erleben der Kinder im Hinblick auf die Pflege von Großeltern geht. Letztere war für die Kinder von Frau Ahn in Folge der Heirat eines Einheimischen und der mit ihr verbundenen Erwartungen an die häusliche Versorgung gebrechlicher Schwiegereltern konkret erfahrbar. Hingegen hatte sich diese Möglichkeit für die Kinder von Frau Hong nicht eröffnet: Diese ist mit einem Südkoreaner verheiratet; ihre Eltern und Schwiegereltern lebten bzw. leben in Südkorea. Durch die Migration nach Deutschland gab es keine Gelegenheiten zur Beteiligung an häuslicher Pflege. Der Vergleich der Beispiele zeigt, dass ein Vorleben der häuslichen Pflege von Angehörigen für die eigenen Kinder durch die Migration *alleine* nicht vereitelt werden muss. Wie der Fall von Frau Ahn zeigt, ist ein solches Vorleben auch *nach* einer Emigration biografisch durchaus denkbar.

### Kindespietät

Mit Pflegearrangements assoziierte gesellschaftliche Werte spielen bei der Bereitschaft der Kinder zur häuslichen Versorgung eine Rolle, und zwar länderübergreifend. Frau Yoon (86 Jahre alt) kam Ende der 1960er Jahren als Krankenschwester nach Deutschland, um ihren Nachkommen eine gute Ausbildung zu ermöglichen (Frau Yoon, Z. 9-11). Später hat sie die beiden Kinder zum Studium nach Deutschland geholt; das ältere Kind ist nach der Ausbildung nach Nordamerika ausgewandert, das jüngere ist nach Südkorea zurückgekehrt. Frau Yoon lebte während des Interviews also allein in Deutschland. Die allmählich auftretende Hilfebedürftigkeit<sup>116</sup> und die Pflegebereitschaft des ältesten Kindes sind ein Gesprächsthema zwischen ihnen beiden. Das folgende Interviewzitat veranschaulicht dies:

*„Sie lässt mich nicht in Ruhe, weil ich nicht dorthin ziehe. Sie sagt mir, dass sie dadurch zu einer pietätlosen Tochter, zu einer pietätlosen Tochter, würde. Dann sage ich ihr, ‚Es geht immer noch, ich kann mich noch selbst versorgen‘“ (Frau Yoon, Z. 261 f.).*

---

<sup>116</sup> Frau Yoon hat in der Zeit des Interviews Schmerzen an den Knien. Dadurch ist sie beim Laufen eingeschränkt (Frau Yoon, Z. 40-42).

Ausgangspunkt der Darstellung sind aus Sicht von Frau Yoon Meinungsverschiedenheiten zwischen ihr und ihrer Tochter – dem ältesten Kind – im Nordamerika; während die Tochter ständig versuche, sie zu einem Umzug zu bewegen, zögert sie bzw. verschiebt sie die Entscheidung. Die Tochter wird mit den Worten zitiert, dass diese „zu einer pietätlosen Tochter würde“, falls Frau Yoon weiterhin allein in Deutschland bliebe. Dies weist darauf hin, dass die Tochter die Versorgung der alten Mutter als Kindespflicht<sup>117</sup> betrachtet, welche über Staatsgrenzen hinaus gilt. Man kann spekulieren, dass bei Nichterfüllung dieser Pflicht eine Sanktion durch das soziale Umfeld erwartet wird, es also um den schlechten Ruf einer Tochter geht, welche ihre alte Mutter in einem fremden Land allein lässt. Darauf reagiert Frau Yoon mit der Aussage, dass sie sich immer noch selbst versorgen könne. Gleichzeitig zögert sie den Umzug nach Nordamerika hinaus, wobei sie in einer weiteren Interviewpassage als Grund dafür angibt, dort keine soziale Absicherung zu haben (Frau Yoon, Z. 223-228, siehe Abschnitt 8.2.1). Für Frau Yoon bedeutet der Umzug zu ihrer Tochter eine weitere Migration in ein Land mit einem anderen Sozialsystem. Außerdem geht dieser Umzug mit einer Belastung für ihre Tochter einher (Frau Yoon, Z. 263 f., siehe Abschnitt 8.1.2.2). Ihr Argument, sich immer noch selbst versorgen zu können, verweist zudem auf Folgendes: Die Sorge der Tochter um die Mutter und deren Pflegebereitschaft sind für die Interviewte ein Signal, dass sie im Pflegefall nicht allein zurückgelassen würde und gegebenenfalls auf die Hilfe der Tochter zurückgreifen könnte, falls sonstige Pflegearrangements in Deutschland nicht funktionieren (auch „Zum Glück ist meine Tochter im Nordamerika sehr pietätvoll“, Frau Yoon, Z. 286 f.). Folglich hat die von der Kindespietät geprägte Bereitschaft der Tochter für Frau Yoon den Charakter einer Pflegereserve bzw. einer *potenziellen* Ressource, worauf Frau Yoon in einer Notlage zurückgreifen könnte.

### Erziehung

Was die Einschätzung des Umfangs der informellen Ressourcen bezüglich der häuslichen Pflege angeht, wird das bisherige solidarische Verhalten der Kinder auch als eine potenzielle Bereitschaft zur Pflege betrachtet, welche auf die Idee einer *guten Erziehung* zurückgeführt wird. Frau Na<sup>118</sup> denkt über einen Pflegemix aus familiärer und professioneller Unterstützung

---

<sup>117</sup> Wie im fünften Kapitel bereits dargestellt, war in Korea unter dem Einfluss des Konfuzianismus die Versorgung und Pflege der Eltern im Alter für die Kinder eine Pflicht. Obwohl diese traditionelle Einstellung in der heutigen südkoreanischen Gesellschaft verblasst, spielt sie bei der Pflege alter Menschen noch eine wichtige Rolle.

<sup>118</sup> Frau Na ist Anfang der 1970er Jahre als Krankenpflegehelferin nach Deutschland gekommen und hat zwei Kinder aus der Ehe mit einem einheimischen Mann. Vor einigen Jahren ist ihr Mann an einer Krankheit gestorben.

zu Hause nach. Hierbei spielt die Erfahrung mit der ambulanten Pflege im Kontext der Krankenpflege ihres Mannes eine Rolle; als ihr Mann todkrank zu Hause im Bett lag, hat sie „eine Hilfskraft“ organisiert (Frau Na, Z. 262). Die häusliche Pflege ihres kranken Ehemannes mit Hilfe der ambulanten Pflege war für Frau Na eine Gelegenheit, die letzte Lebenszeit intensiv mit diesem zu verbringen, ihn besser verstehen zu können und die Beziehung zu ihm zu vertiefen („einander kennengelernt, ihn intensiv als Papa und Ehemann kennengelernt“, Frau Na, Z. 254-256), wie sie es sich auch selbst für sich wünschen würde. Folglich bedeutet die familiäre Pflege für Frau Na eine Begleitung für pflegebedürftige Familienangehörige in der letzten Phase des Lebens und ein Abschiednehmen der Familie voneinander. Darüber hinaus übt die Familie eine Schutzfunktion gegenüber der Fremdheit und der Unsicherheit im Falle ambulanter Pflege aus, was im folgenden Interviewzitat deutlich wird:

*„Ich würde dann eine Hilfskraft hinzuziehen. Aber wenn ich, ich allein wäre/ äh ich möchte für solche Bereiche, wo man sich schämt, ähm, die Menschen haben alle solche Bereiche, dann möchte ich es lieber, dass meine Familie mich in dieser Zeit eng begleitet. So denke ich mir“ (Frau Na, Z. 264-267).*

Pflegebedürftigkeit bedeutet in diesem Interviewsegment, dass man bei der Körperpflege einschließlich der intimen Bereiche die Hilfe von anderen Menschen benötigt, was wiederum eng mit Schamgefühlen verbunden ist. Die Begleitung der Familie bei Pflegeabläufen durch professionelle Pflegekräfte zu Hause gilt als Schutz zur Wahrung von Grenzen der Intimität. Außerdem gibt sie dem Betroffenen das Gefühl, nicht einer fremden Person ausgeliefert zu sein. Dies deutet eine duale Teilung der Aufgaben bezüglich der Pflege an: während die professionellen Pflegekräfte die maßgeblichen, körperlich anstrengenden, pflegerischen Handlungen übernehmen, unterstützen die Kinder dies durch psychische und seelische Begleitung.

Frau Na geht hierbei davon aus, im Pflegefall von ihren Kindern gepflegt und versorgt zu werden. Dies basiert zunächst auf ihrer Einschätzung gegenüber ihren Kindern:

*„Nach meiner Meinung sind sie gut erzogen. Ich glaube, dass sie sich nicht anders verhalten werden, obwohl es Generationsunterschiede gibt“ (Frau Na, Z. 207 f.).*

---

Sie wohnte zur Zeit des Interviews mit ihrem Sohn zusammen, während ihre Tochter mit ihrer eigenen Familie in der Nähe von Frau Na lebte.

Die Befragte gibt an, dass die Bereitschaft der Kinder zur Pflege der Eltern in engem Zusammenhang mit der Erziehung steht. Dies signalisiert wiederum die Vermittlung von Wertvorstellungen innerhalb der Familie, was auch die Versorgung und Unterstützung der Eltern im Pflegefall betrifft. Der Einfluss der Erziehung auf die Bereitschaft zur Pflege ist aus Sicht von Frau Na entscheidend, sodass ihre Kinder sie wahrscheinlich trotz „Generationenunterschieden“ pflegen würden. Dabei spielt das zurückliegende Erlebnis, dass ihr Sohn sie bei der Pflege ihres Mannes unterstützt hat, eine entscheidende Rolle. Dies wird im folgenden Interviewtext anschaulich dargestellt:

*„Er [ihr Sohn, J.O.] war ausgezogen und hat allein gelebt. Dann als die Gesundheit seines Papas ganz schlecht wurde, hat er seinen Koffer gepackt und ist wieder eingezogen, weil er der Meinung war, dass ich allein vierundzwanzig Stunden nicht aushalten würde. Darum waren wir zusammen. Äh, nachdem sein Papa gestorben war, war es wohl so, dass ich zu schwach ausgesehen hatte. Also sagte er, dass er mich nicht allein lassen würde und darum nicht ausziehen könnte“ (Frau Na, Z. 379-383).*

In diesem Segment wird dargestellt, dass die schwere Pflegebedürftigkeit des Vaters und die damit verbundene Rund-um-die-Uhr-Pflege durch Frau Na aus ihrer Sicht der Grund dafür waren, dass ihr Sohn zurück in ihr Hause zog. Ihm war die Belastung seiner Mutter bezüglich der Pflege bewusst. Er hatte damals freiwillig einen Teil der Pflege übernommen, damit die Mutter von der Pflege entlastet wurde, obwohl dies für ihn eine verlängerte Fahrzeit zu seinem Studienort bedeutete (Frau Na, Z. 362). In dieser Zeit hat Frau Na die Solidarität ihres Sohnes erfahren und ihn als pflegenden Angehörigen erlebt. Dies ging auch über die Zeit der Pflege seines Vaters hinaus, sodass er wegen seiner aufgrund des Todes ihres Ehemanns traurigen Mutter weiterhin bei ihr zu Hause wohnen blieb und ihr zur Seite stand. Es erscheint, dass dies ihre Zuversicht, im Pflegefall Unterstützung von ihm – und auch von ihrer Tochter – zu erfahren, bestärkt.

#### Eingeschätzte Eignung der Kinder zur Pflege

Eng verbunden mit der Erwartung der Pflege durch die eigenen Kinder ist deren Selbsteinschätzung, ob sie für die Pflege geeignet sind, bzw. ob es für sie überhaupt vorstellbar ist, sich

um die eigenen Eltern zu kümmern. Der folgende Interviewtext zeigt ein Gespräch in der Familie von Frau Bae<sup>119</sup>, bei dem es sich um die Selbsteinschätzung ihrer Kinder in Hinblick auf die Pflege der Eltern handelt:

*„Darüber haben wir schon mit den Kindern gesprochen, schon darüber gesprochen. Dann haben sie gesagt, äh meine älteste Tochter meinte, dass sie ihre Schwiegereltern, ihre Schwiegereltern nicht pflegen könnte. Sie sagte, dass sie nicht einmal daran denken könnte, sowohl ihre Schwiegereltern als auch uns zu pflegen. Darum/ äh dafür braucht man einen besonderen Charakter ja? Ist es nicht Pflege, obwohl ich mich selbst dabei nicht gut fühle, mache ich trotzdem meine Mama und meinen Papa sauber und füttere sie, wenn sie alt sind. Sie sagen, dass sie es momentan gar nicht wagen könnten, so etwas selbst zu tun, aber sie stattdessen bereit sind, uns finanziell zu unterstützen“ (Frau Bae, Z. 451-455).*

Das oben eingefügte Interviewzitat stellt deutlich dar, dass die zu erwartende Pflegebedürftigkeit von der Befragten (Frau Bae) und ihrem Mann ein familiäres Gesprächsthema war, woraus sich nun eine vorläufige Orientierung in der Familie im Falle der Pflegebedürftigkeit von Frau Bae und ihrem Mann ergibt: also formelle Pflege mit der finanziellen Unterstützung der Kinder. Die Veränderung der Betitelung ihrer beiden Töchter als „sie“ zu „meine älteste Tochter“ und das rhetorische Füllwort „äh“ signalisieren, dass sie hinsichtlich der Pflege keine bzw. nur geringe Erwartung an die jüngste Tochter – vermutlich auch aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit – hat (Frau Bae, Z. 52 f.). Im Gegensatz dazu ist sie von ihrer älteren Tochter enttäuscht, die als Hausfrau mit zwei Kinder zu Hause ist (Frau Bae, Z. 189 f.) und bereits signalisierte, sie nicht pflegen zu wollen bzw. zu können. Die Grundvoraussetzung für die Pflege zu Hause wäre in Frau Baes Augen also eigentlich vorhanden. Bemerkenswert an der Darstellung des Gesprächs aus Sicht von Frau Bae ist, dass die ältere Tochter zunächst von der Pflege der Schwiegereltern gesprochen hat. Dies signalisiert stark das traditionelle Rollenverständnis in Bezug auf die Pflege in Südkorea, also die Verpflichtung der Schwiegertochter zur Pflege der Schwiegereltern (vgl. siehe Kapitel 5). Die Vermutung liegt nahe, dass das Familienleben von Frau Bae in gewissem Maße von südkoreanischen Wertvorstellungen geprägt ist. Möglicherweise

---

<sup>119</sup> Frau Bae ist Anfang der 1970er Jahre als Krankenpflegehelferin nach Deutschland gekommen. Hier in Deutschland hat sie ihren Mann, der im Rahmen der Anwerbung für Bergleute nach Deutschland gekommen war, kennengelernt und geheiratet. Aus dieser Ehe gibt es zwei Töchter; die ältere Tochter ist Hausfrau mit zwei Kindern. Ihr Mann ist auch aus der 2. Generation von ArbeitsmigrantInnen aus Südkorea. Die jüngere Tochter ist im Ausland berufstätig.

wird Frau Baes Erwartungshaltung hinsichtlich der Pflege vor allem durch die Heirat der älteren Tochter mit einem Mann aus der zweiten Generation südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen verstärkt. Obwohl die südkoreanische Wertvorstellung implizit vorhanden ist, wird im Interviewzitat von der Eignung der Tochter zur Pflege sowohl der Schwiegereltern als auch der eigenen Eltern als „nicht einmal daran denken könnte“ gesprochen. Aus Sicht von Frau Bae geht es also nicht um die Beziehung zu der Person, sondern um die Anforderung der Pfl egetätigkeit, wozu man einen spezifischen „Charakter“ mitbringen muss, damit man beim „sauber zu machen“ und „zu füttern“ durchhält, obwohl man sich „dabei nicht gut fühle“. Über die hier implizit hingewiesenen, bei der Pflege erforderlichen Eignung der pflegenden Angehörigen – wie etwa die Bereitschaft zur Überwindung des Ekelgefühls bei Ausscheidungen bzw. dem Speicheln, die Überschreitung intimer Grenzen oder des Durchhaltensvermögens – besitzt die ältere Tochter nicht. Außerdem ist die Pflege von Angehörigen mit gewissen Opfern verbunden, die man „trotzdem“ erbringt. Die Pflege sei, unabhängig von der Beziehung zwischen Eltern und Kindern, eine große, ja unvorstellbare Aufgabe für ihre Kinder, die dies „gar nicht wagen“ könnten. Aus diesem Grund seien sie bereit, ihre Eltern finanziell bei der Pflege zu unterstützen. Die von den Kindern geäußerte fehlende Bereitschaft zur Pflege und die von den Eltern eingeschätzte charakterliche Ungeeignetheit der Kinder führen zu einer Schließung des nahen Pflegehorizontes. Gleichzeitig führt die von den Kindern signalisierte Bereitschaft zur finanziellen Unterstützung der Eltern im Pflegefall zu einer weiteren Öffnung eines fernen Pflegehorizontes.

Es scheint jedoch, dass Frau Bae trotz der ausgesprochenen Nicht-Bereitschaft ihrer Kinder eine Hoffnung hegt, weil es sich bei den Aussagen ihrer Töchter über die Pflege möglicherweise um deren „momentane“ Meinung handelt. Ihre Hoffnung liegt darin, dass ihre Kinder sie trotz allem pflegen würden, wenn sie wirklich zum Pflegefall würde. Frau Bae artikuliert in einer weiteren Interviewstelle deutlich, dass ihre Tochter sie möglicherweise mit Unterstützung der ambulanten Pflege versorgen könnte (Frau Bae, Z. 520-523). Trotzdem ist die Interviewte hinsichtlich der häuslichen Pflege – aufgrund der Auffassung ihre Kinder seien zur Pflege weder geeignet noch bereit – unsicher.

Insgesamt zeigt sich, dass südkoreanische ArbeitsmigrantInnen die Bereitschaft der Kinder zur Pflege unterschiedlich einschätzen. Dabei fallen vor allem die verbal artikulierten Bereitschaft zu (k)einer Pflege und das bisherige solidarische Verhalten der Kinder ins Gewicht. Dabei ste-

hen abgesehen von der Häufigkeit der Kontakte, der Entfernung des Wohnortes und der Qualität der Beziehung, vor allem das eigene Vorbild, der gesellschaftliche Wert der Kindespietät, sowie die Erziehung und Eignung der Kinder bezüglich der familiären Pflege im Mittelpunkt. Im Kontrast zu der Einschätzung der Bereitschaft der eigenen Kinder ist die Einschätzung über die Bereitschaft der EhepartnerInnen zur Pflege bis zu einem gewissen Grad der Pflegebedürftigkeit von einer besonderen Selbstverständlichkeit geprägt. Darauf wird im nächsten Abschnitt näher eingegangen.

### **8.1.1.2 Bereitschaft der EhepartnerInnen zur Pflege**

Die EhepartnerInnen werden im Pflegefall mehr oder weniger mit eingeplant („Ich denke, der eine könnte dann dem anderen helfen“, Herr Kim, Z. 1556; auch Frau Park, Z. 1019; Herr Min, Z. 754 f.; Frau Hong, Z. 153 f.; Herr Yang, Z. 692). Interessant ist, dass sich kein Unterschied in der Erwartung der Pflegebereitschaft sowohl zwischen den Geschlechtern, als auch zwischen binationalen und koreanischen Ehepaaren feststellen lässt. So wird davon ausgegangen, dass man mindestens in der ersten Zeit der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zuhause durch EhepartnerInnen unterstützt und versorgt wird, falls dieser noch gesund wäre. Die häusliche Pflege durch EhepartnerInnen erscheint erst dann als kritisch, wenn beide Ehepartner gleichzeitig pflegebedürftig würden. Vor allem gilt dies, wenn man bis zum Lebensende zu Hause wohnen bleiben möchte („wer soll dann wen pflegen?“, Herr Min, Z. 749). In einem solchen Fall wird die formelle Pflege, sowohl ambulant als auch stationär, zwangsläufig zur einzigen möglichen Option, wenn keine Kinder vorhanden sind oder diese nicht zur Pflege bereit sind. So werden die nahen Pflegehorizonte zwingend geschlossen und die fernen Pflegehorizonte notgedrungen geöffnet.

Das Interview mit Herr Koh zeigt, dass der Wunsch, kontinuierlich von der Familie gepflegt zu werden, und die mögliche Veränderung der Bereitschaft seiner Frau und Kinder zur Pflege im Lauf der Zeit mit innerlichem Hin- und Hergerissen einhergehen. Gleichzeitig wird gezeigt, dass seine Bereitschaft, sich möglicherweise in stationäre Pflege zu begeben, ein Zeichen dafür sein könnte, bei nicht vorhandener Bereitschaft der Ehepartnerin und Kinder zur Pflege nicht enttäuscht zu werden:

*„Es ist normal, dass man zuhause gepflegt wird, wenn die Familie sagt, ‚Obwohl die Pflege mir anstrengend und schwer ist, pflege ich dich trotzdem. Leben wir zusammen‘. Dann ‚Okay‘, bleibt man zuhause. Wenn ein einziger aus der Familie sagen würde, ‚Ich kann nicht mehr*

*pflegen', dann muss man ins Pflegeheim gehen. Daher ist es keine Frage, dass man ins Pflegeheim geht, wenn man möchte, und dass man nicht dorthin geht, wenn man nicht möchte. Was kann man machen, wenn die Familie sagt, dass sie durchaus nicht pflegen kann? Man kann nur ins Pflegeheim gehen“ (Herr Koh, Z. 707-711).*

Auffällig ist, dass Herr Koh ein klar definiertes Bild von einem „normalen“ Umgang mit seiner zu erwartenden Pflegebedürftigkeit hat. „Normal“ ist hier so zu verstehen, dass die Bereitschaft der Familie in dieser Hinsicht Priorität hat. Wie der Interviewtext zeigt, geht der Interviewte zumindest in der ersten Zeit der Pflegebedürftigkeit von familiärer Pflege aus. Sein Wunsch danach scheint so groß zu sein, dass er trotz der Belastung der Familie weiterhin zu Hause bleiben möchte. Gleichzeitig wird die mögliche Überlastung und damit eventuell nicht mehr bestehende Pflegebereitschaft eines Mitgliedes der Familie als Grund zur Unruhe aufgefasst, sodass er in einem solchen Fall davon ausgeht, ins Pflegeheim gehen zu müssen. Dies ist ein Indikator dafür, dass die Aufnahme stationärer Pflege nicht auf Freiwilligkeit beruht, sondern durch den Druck aufgrund familiärer Konstellationen hervorgerufen wird. Es wird auch angedeutet, dass die stationäre Pflege kein bevorzugtes Pflegearrangement für den Interviewten darstellt. Herr Koh sieht als potenziell pflegebedürftiger Mensch in einer solchen Situation durch seine Abhängigkeit von anderen Menschen keine andere Alternative, als sich auf die ‚eingeschränkte bzw. gezwungene‘ Kooperation einzulassen („man kann nur ins Pflegeheim gehen“). Dies signalisiert wiederum einen impliziten moralischen Druck auf die Familie. Gleichzeitig bereitet sich der Interviewte innerlich bereits auf eine mögliche stationäre Pflege vor, damit er im Fall fehlender Bereitschaft der Familie zur Pflege nicht enttäuscht wird. Trotzdem wird deutlich, dass er weiterhin zwischen seinem eigenen großen Wunsch, zu Hause gepflegt zu werden, und der vorhandenen Möglichkeit der Abweisung durch seine Familie hin- und hergerissen ist. Schließlich zeigt das Interview mit Herrn Koh, dass das Vorhandensein und die Bereitschaft der Familie – mindestens in der ersten Zeit der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit – keine dauerhafte Sicherstellung der Versorgung zu Hause bedeutet. Die Bereitwilligkeit der Ehepartnerin und Kinder wird hinsichtlich der familiären Pflege für wichtiger empfunden als der Wunsch des Pflegebedürftigen selbst. Deshalb gilt für Herrn Koh eine gewisse Orientierungslosigkeit, was sein zukünftiges Pflegearrangement betrifft.

Während die Belastung der Familie und ihre damit eventuell nicht mehr vorhandene Bereitschaft zur Pflege bei Herrn Koh *zwangsläufig* einen fernen Pflegehorizont öffnet, wird bei ei-

nigen Befragten die formelle Pflege als Möglichkeit wahrgenommen, die Belastung der Familie zu mindern. In einem solchen Fall wird der ferne Pflegehorizont *freiwillig* geöffnet. Im Folgenden wird dies näher betrachtet.

## **8.1.2 Belastung der Familie in der häuslichen Pflege**

Manche Interviewte gehen davon aus, dass der zumutbare Umfang der familiären Pflege mit der zunehmenden Pflegebedürftigkeit und der dementsprechend steigenden Belastungen der Familie überschritten wird. Dies geht mit Überlegungen über den Einbezug der formellen Pflege einher. Eine ambulante bzw. stationäre Pflege wird als eine Möglichkeit der Entlastung der Familie von der Pflege wahrgenommen. Das heißt, dass die Belastung der pflegenden Angehörigen ein Faktor ist, welcher den nahen Pflegehorizont halb bzw. ganz schließt und gleichzeitig den fernen Pflegehorizont öffnet. Auffällig ist, dass bei EhepartnerInnen die Belastungen durch die Pflege selbstverständlicher in Betracht gezogen werden als bei den eigenen Kindern (8.1.2.1). Bei der Frage, ob Kinder für eine mögliche Pflege in Betracht kommen, spielt die Reflektion über deren Lebensumstände eine größere Bedeutung (8.1.2.2). Darauf wird im Folgenden näher eingegangen.

### **8.1.2.1 Belastungsdimensionen**

In Bezug auf die Belastung der pflegenden Angehörigen stehen vor allem die Grade der Pflegebedürftigkeit, der damit antizipierte Umfang der Pflege und die denkbare Belastbarkeit der EhepartnerInnen im Mittelpunkt. Von der Pflege alleine durch Familienangehörige wird dann ausgegangen, wenn diese trotz allem „allein genügend schaffen“ und bereit sind, weiterhin zu pflegen (Frau Hong, Z. 153-155). Die formelle Pflege kommt erst dann in Frage, wenn „die Pflege über ihre Kräfte geht und sie [die Familie, J.O.] sie daher nicht mehr selbst bewältigen kann“ (Herr Koh, Z. 772). In dieser Hinsicht meinte eine Befragte, dass die benötigte Versorgung „je nach Umständen und der Situation“ mit Einschluss der formellen Pflege arrangiert werden soll (Frau Park, Z. 1141). Der folgende Interviewtext von Herr Yang<sup>120</sup> veranschaulicht dies beispielhaft:

---

<sup>120</sup> Herr Yang ist Anfang von 1970er Jahren nach Deutschland gekommen, um als Bergmann zu arbeiten. Nach der einjährigen Ausbildung zur Krankenpflegehelfer war er als Pflegehelfer im Gesundheitswesen.

*„Meine Frau ist auch hier; also würde ich sie darum bitten, einige einfache, ähm einfache Dinge für mich zu tun. Ähm wenn sie wiederum in diese Situation geraten würde, dann müsste ich es für sie machen. Wenn ich in die Situation geraten würde, dann müsste sie für mich tun. Auf diese Weise werden wir versuchen, zurechtzukommen, solange mein Zustand einigermaßen gut ist. Wenn dazu mehr Hilfe benötigt wird, dann würde ich versuchen, dies mit ambulanter Pflege abzudecken, solange es geht, mit ambulanter Pflege abzudecken. Aber wenn wir damit nicht mehr zurechtkommen werden, dann wäre es, wie ich vorhin gesagt habe, besser, in ein Pflegeheim zu gehen“ (Herr Yang, Z. 692-697).*

Der Interviewte bringt die Grade der Pflegebedürftigkeit und den dementsprechend benötigten Umfang der Pflege mit unterschiedlichen Pflegearrangements in Zusammenhang, wobei das Ausmaß der gemeinsamen Bewältigung der pflegerischen Tätigkeit von ihm und seiner Frau im Mittelpunkt steht. Dies weist wiederum darauf hin, dass sich der Interviewte mit den Tätigkeiten der Pflege und dem Pflegesystem gut auskennt; Herr Yang hat über 35 Jahre lang als Pflegehelfer in der Geriatrie gearbeitet.<sup>121</sup> Das heißt, dass im Fall von Herr Yang die berufliche Erfahrung und die dadurch erworbenen (fachlichen) Kenntnisse über die Pflege und das Pflegesystem den Gedankengang über Pflegearrangements beeinflussen.

Herr Yang sieht seine Ehe im Falle einer Pflegebedürftigkeit als „Teamarbeit“ und damit die Pflegebedürftigkeit als eine gemeinsame Aufgabe, unabhängig davon, wer pflegebedürftig wird. In der ersten Zeit der Pflegebedürftigkeit sei sein „Zustand einigermaßen gut“, sodass er in Bezug auf „einige einfache Dinge“ allein mit der Unterstützung seiner Frau zurechtkommen würde. Die benötigte Unterstützung durch seine Frau beinhaltet dabei einen kleinen Umfang und liegt in einem Bereich, den man ohne Mühe erbringen könnte. Hierbei wird seine fachliche Kompetenz der Pflege als Ressource für die Selbstpflege in eigenem Pflegefall deutlich. Dadurch geht er davon aus, dass er die Unterstützung seiner Frau nur bei einfachen Dingen braucht, während er meint, sonstige Tätigkeiten aufgrund seiner fachlichen Kompetenz und eines hinreichend guten Zustands selbst bewältigen zu können. Dieser Aspekt kommt auch in einem weiteren Interview zum Ausdruck. So schildert Frau Park, die als Krankenschwester tätig war, dass sie in der ersten Zeit der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit auf Basis der „vielen

---

<sup>121</sup> In einer weiteren Interviewstelle äußert er diesbezüglich deutlich: „Ich habe auch über 35 Jahre meines Lebens in einem Altersheim, äh nein, ich meine in der Geriatrie gearbeitet, dort habe ich gearbeitet. Darum weiß ich, wenn jemand zu mir kommt, in welchem Zustand er ist und was er tun muss, wenn er ins Heim geht“ (Herr Yang, Z. 546-548).

Erfahrungen“ „alles selbst allein erledigen“ würde (Frau Park, Z. 1142), während ihr Mann ihr „persönlich etwa beim Aufstehen helfen“ würde (Frau Park, Z. 1144).

Für den Fall, dass der angenommene Umfang der Pflege mit einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit zu einer Überlastung der PartnerInnen führen könnte, weil „dazu mehr Hilfe benötigt wird“ (Herr Yang, Z. 694) als der jeweilige Partner leisten könne, kommt das vorhandene formelle Pflegesystem zunächst als Ergänzung in Betracht. Durch die ambulante Pflege sollen die pflegenden PartnerInnen (zunächst) entlastet werden. Sie wird jedoch oftmals lediglich als eine befristete Lösung angesehen, durch welche die Pflegebedürftigkeit „solange es geht“ abgedeckt werden kann. Diesbezüglich stellt der Interviewte in einem anderen Interviewabschnitt ausführlicher dar:

*„Aber, wenn ich wirklich viel Unterstützung von anderen benötige, diese wirklich rund um die Uhr benötige, wenn es so ist, hat dann meine Frau eine große Belastung. Wenn es soweit ist, kann das mit ambulanter Pflege nicht mehr abgedeckt werden“ (Herr Yang, Z. 667-669).*

In der Darstellung von Herr Yang sei eine Abdeckung bei der Pflegebedürftigkeit „rund um die Uhr“ durch die ambulante Pflege nicht mehr möglich, weil ihre Leistungen eingeschränkt sind. Das würde wiederum eine größere Belastung seiner Frau bedeuten, da die benötigte Pflege, die durch die ambulante Pflege nicht erbracht werden kann, durch diese gewährleistet werden soll. Eine andere Interviewte fasst diesen Umstand so auf, dass sowohl der Pflegebetroffene als auch ein pflegender Ehepartner oder eine pflegende Partnerin unter einer solchen Situation leiden würde, wobei die Belastung der Pflegenden größer sein könnte als die des Betroffenen (Frau Hong, Z. 137 f.). Die Aufnahme in ein Pflegeheim wird als die beste Lösung für alle angesehen, obwohl man dort der „Einsamkeit“ entgegenstehen (Frau Hong, Z. 138) und sich dort „nicht ganz wohl fühlen“ würde (Frau Hong, Z. 139) oder gegebenenfalls auch Diskriminierungen ausgesetzt wäre (Herr Yang, Z. 674). Das bedeutet, dass die angenommene Belastung der pflegenden EhepartnerInnen im Falle schwerer Pflegebedürftigkeit zu einer Wende innerhalb der familiären Solidarität führen könnte. Der Wunsch, in den eigenen vier Wänden wohnen zu bleiben, und die bis dahin erwartete Unterstützung durch EhepartnerInnen werden zurückgestellt. Gleichzeitig wird die Versorgung in einem Pflegeheim in Kauf genommen, damit die pflegenden Familienangehörigen nicht überlastet werden. Außerdem wird eine „professionelle“ Pflege (Frau Park, Z. 1144 f.) und „im Notfall schnellstens Hilfe“ (Frau Hong, Z. 142) bei schwerer Pflegebedürftigkeit für wichtig erachtet, was für eine intensivere, medizinische Versorgung spricht. Diese könnte man in einem Pflegeheim leichter erhalten. Im Vergleich dazu

ist sie in einem häuslichen Pflegesetting kaum zu gewährleisten, weil EhepartnerInnen im allgemeinen Laien in diesem Bereich sind (Frau Park, Z. 1144) oder gegebenenfalls nicht immer bei dem Pflegebedürftigen sein können (Frau Hong, Z. 140-142).

All dies deutet darauf hin, dass für einige Befragte die Möglichkeiten der angenommenen Pflege durch die EhepartnerInnen bei zunehmender Pflegebedürftigkeit als begrenzt eingeschätzt werden. Der entscheidende Faktor ist in dieser Hinsicht die steigende Intensität der Pflege und die dadurch erforderliche fachliche Kompetenz vor allem in Hinsicht der medizinischen Behandlungspflege, die dazu als notwendig betrachtet wird. Die Befragten gehen davon aus, dass ab einer gewissen Schwelle die Kompetenz der PartnerInnen nicht mehr ausreichend ist und diese durch die Pflege überlastet wären. In dieser Hinsicht geht ein Teil der Interviewten trotz eines vermutlichen Unbehagens (wie Einsamkeit oder Diskriminierung) von der taktischen Nutzung der bestehenden Pflegeinfrastruktur aus, um einerseits die pflegenden EhepartnerInnen zu entlasten und andererseits die wahrscheinlich benötigte professionelle Pflege zu erhalten. Zu dieser Einstellung gegenüber der professionellen Pflege tragen wiederum die Kenntnisse der Befragten über die Pflege und das Pflegesystem in der Aufnahmegesellschaft Deutschland bei.

Im Vergleich zur körperlichen Pflegebedürftigkeit ist nach dem Verständnis von einigen Interviewten eine mögliche Betreuung und Pflege einer an Demenz leidenden Person von zu Hause mit einer nur schwer zumutbaren Belastung des pflegenden Angehörigen verbunden, wodurch eine frühzeitige Aufnahme einer formellen Pflege in Betracht kommt. An Demenz zu leiden bedeutet für die Befragten, „nur noch körperlich am Leben“ zu sein (Frau Lee, Z. 608 f.), „wie in einem gestorbenen Zustand“ (Frau Lee, Z. 610) oder geistig „trüb“ zu sein (Herr Yang, Z. 672). Das Interview mit Frau Lee zeigt ein mögliches Pflegeszenario im Falle eintretender Demenz, wobei die Belastung der Familie im Mittelpunkt steht:

*„Wenn ich zum Beispiel an Demenz leiden würde, dann wäre das wirklich ein großes Problem. Ich finde, die dementen Menschen sind wirklich am schlechtesten dran. Ich habe jetzt schon meinem Mann und meinen Kindern gesagt, wenn ich dement würde, wenn ich daran leiden würde, obwohl ich das nicht möchte, trotzdem, wenn ich an die Demenz leiden würde, dann ‚schickt mich sofort in ein Pflegeheim‘. Warum? Weil es wirklich unglaublich schwer ist, einen dementen Menschen zuhause zu pflegen, ja? Nach meiner Erfahrung ist das wirklich schwer, ja? Man kann sich ja auch nicht mit dem dementen Patienten unterhalten, ja? Wenn man sich mit anderen unterhält, vergeht dann die Zeit nicht schneller? Für uns gilt das auch, wenn wir*

*uns miteinander unterhalten, dann vergeht die Zeit schnell. Aber die dementen Leute, ich würde sie jetzt am Montag wieder besuchen, sie können mir einige einfache Antworten geben, wenn ich sie frage, ‚Wie geht es Ihnen?‘, ‚Danke gut‘, ‚Warum sind Sie im Bett?‘, dann ‚Warum nicht?‘. Ühm, es gibt auch Leute, die gar nicht reagieren, weil sie verwirrt sind (Frau Lee, Z. 599-608).*

Dem Verständnis der Interviewten nach ist an Demenz zu leiden ein schweres Schicksal, dem die Befragte unbedingt entkommen möchte, über welches sie jedoch keine Kontrolle hat („wirklich ein großes Problem“). Nach ihrer Ansicht ist der Betroffene „wirklich am schlechtesten dran“ und für Angehörigen ist es „wirklich unglaublich schwer“, ihn zu Hause zu pflegen. Dies legt nahe, dass Frau Lee mehr Angst vor der Pflegebedürftigkeit durch Demenz hat als vor der körperlichen Pflegebedürftigkeit und nach ihrer Ansicht die Belastung der Familie mit einem an Demenz Leidendem enorm größer ist als die Belastung der Familie mit einem körperlichen Pflegebedürftigen. Die kognitive Beeinträchtigung der an Demenz leidenden Person sei von Anfang an groß, sodass die erkrankte Person möglichst zeitnah in ein Pflegeheim eingewiesen werden sollte („schick mich“), unabhängig von dem jeweiligen Schweregrad der Erkrankung. Nach ihrer unmittelbaren Erfahrung mit Demenzerkrankten in einem Pflegeheim<sup>122</sup> kann man außerdem mit denen schwer bzw. nur eintönig mit dementen Menschen unterhalten („einige einfache Antworten“). So ist ein Austausch mit diesen kaum möglich, was wiederum eine Vereinsamung und eine seelische Belastung der pflegenden Angehörigen zur Folge haben würde. In fortschreitenden Stadien des Verlaufs der Demenz wird die psychische und seelische Belastung der Pflegenden stärker, weil der an Demenz Leidende immer mehr in seine eigene Welt versinkt und dadurch selbst eine einfache Unterhaltung mit ihm nicht mehr möglich sei („es gibt auch Leute, die gar nicht reagieren“), sodass er für Frau Lee „verwirrt“ vorkommt. Folglich könnte der pflegende Familienangehörige gar keinen Zugang mehr (also aufgrund der Schwierigkeit der Kommunikation und Veränderung der Persönlichkeit) zu dem von Demenz Betroffenen herstellen, obwohl sie als Pflegende zeitintensiv an den Betroffenen angebunden ist.

---

<sup>122</sup> Frau Lee ist seit 10 Jahre ehrenamtlich in einem Pflegeheim tätig; sie besucht jede Woche BewohnerInnen und unterhält sich mit ihnen. Der Anlass war eine Nachfrage von einem religiösen, einheimischen Gemeindemitglied, ob die Interviewte deren Stelle übernehmen könne. Frau Lee hat dies als Gelegenheit wahrgenommen, den BewohnerInnen das zurückgeben zu können, was sie ihren Eltern durch die Migration nach Deutschland nicht geben konnte (Frau Lee, Z. 388-401).

Dies führt aus Sicht von Frau Lee zu einer Veränderung der Wahrnehmung der Zeit, welche mit dem Gefühl einhergeht, allein gelassen zu werden: also einer Einsamkeit der pflegenden Person trotz der physischen Anwesenheit des Partners („Wenn man sich mit anderen unterhält, vergeht dann die Zeit nicht schneller?“). All dies zeigt, dass aus Sicht von Frau Lee die Betreuung und Pflege der an Demenz leidenden Angehörige von Anfang an zeitintensiver ist als bei rein körperlich Beeinträchtigten und dass die psychischen und seelischen Belastungen der Angehörigen aufgrund der geringen Möglichkeiten des verbalen Austauschs mit den Demenzkranken enorm groß ist. In dieser Hinsicht sei die Pflege der an Demenz leidenden Person durch Familienangehörige zu Hause von Anfang an „wirklich unglaublich schwer“. So betrachtet die Befragte eine frühzeitige stationäre Pflege als die Lösung („sofort in ein Pflegeheim“), die Belastung der Familie gering zu halten, was sie wiederum bereits ihrer Familie mitgeteilt habe. Allerdings deutet es darauf hin, dass die oben erwähnte Erfahrung ehrenamtlicher Tätigkeit in einem Pflegeheim bei der Bildung der Einstellung zur Pflege eines an Demenz leidenden Menschen eine entscheidende Rolle spielt. Dies geht auch mit den Gedanken über die in der Zukunft aufzutretende eigene Pflegebedürftigkeit durch eine Demenzerkrankung und mit der Auseinandersetzung möglicher Pflegearrangements einher. Das Interview mit einer weiteren Befragten Frau Bae zeigt, dass die indirekte Erfahrung mit der Pflege der an Demenz gestorbenen Mutter durch ihre Geschwister in Südkorea auch Einfluss auf den Gedanken über die Belastung der eigenen Familie nimmt (Frau Bae, Z. 590 f.). So fürchtet sie sich bezüglich ihrer eigenen Pflegebedürftigkeit vor der Demenzerkrankung „am meisten“ (Frau Bae, Z. 591).

Das Interviewzitat von Herr Yang, welches bereits bei der exemplarischen Vorführung der Anwendung der Auswertungsmethode eingefügt wurde (siehe 7.2), deutet an, dass die stationäre Pflege im Pflegefall aus einem geistigen Grund wie Demenz in Frage gestellt wird, während dieses Pflegearrangement im Fall der körperlichen Pflegebedürftigkeit als eine Lösung für die Entlastung der Familie gilt. In einem weiteren Interviewzitat von ihm (Herr Yang, Z. 671-679) wird jedoch signalisiert, dass er sich aufgrund der kognitiven Einschränkung durch die Demenzerkrankung zum Beispiel gegen die ungerechte Behandlung in einem Pflegeheim nicht wehren könnte. Dies weist darauf hin, dass im Fall von Herr Yang nicht nur die Entlastung der Familie, sondern auch die persönliche, soziale Kompetenz in Hinblick auf das Leben in einem Pflegeheim bei der Aufnahme der stationären Pflege von entscheidender Bedeutung ist, was diesbezüglich bei der Pflegebedürftigkeit mit der kognitiven Einschränkung auf eine Grenze stößt.

Insgesamt zeigt sich, dass die Zumutbarkeit der Belastung der pflegenden Angehörigen nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit variiert. In Bezug auf die Pflege durch die Kinder wird die Zumutbarkeit der Belastung als geringer eingeschätzt. Denn die Befragten gehen davon aus, dass die Kinder durch eine Pflege zu sehr in ihrer Lebensführung beeinträchtigt werden würden. Im Folgenden wird darauf näher eingegangen.

#### **8.1.2.2 Pflege als zusätzliche Belastung**

Bei der Einschätzung der Pflegekapazität der Kinder spielen auch deren *Alter* und Lebensumstände eine Rolle. In einem Fall ist beispielsweise der sechzigjährige Sohn der Interviewten ihrer Ansicht nach schon zu alt, um für ihre Pflege in Betracht zu kommen. Die Pflege wäre somit für ihn eine zu große Belastung (Frau Shin, Z. 229 f.). Auch mit der Pflege durch *berufstätige* Kinder wird kaum gerechnet, da diesen kein zeitliches Volumen zur Verfügung stehe (Frau Hong, Z. 150 f.) und die Pflege ihnen eine Bürde sei (Frau Lee, Z. 632 f.; Frau Choe, Z. 235), die gegebenenfalls zur Aufgabe der Arbeit führen könnte (Frau Yoon, Z. 263 f.). Aus Sicht von Herrn Yang ist das berufliche Leben von der zweiten Migrantengeneration ohnehin anstrengender als das der Einheimischen. Dadurch wäre diese Generation durch die Pflege ihrer Eltern mehrfach belastet, was der Interviewte als Vater vermeiden will. Der folgende Interviewtext veranschaulicht dies:

*„Wenn mein Geist klar bleibt, würde ich meinen Kindern niemals zur Last fallen. Ich lebe mit dieser Entschlossenheit. Obwohl ich in diesem fremden Land hier mein Leben so geführt habe und führe, ist es äh wirklich schwer, ständig unter anderen ethnischen Gruppen zu leben und zu kämpfen. Selbst in Deutschland fühle ich die Unterschiede. Wenn ich hier in dieser Region irgendwo hingehge, gibt es viele Leute, die mich kennen, bin ich auf diese Weise bin ich äh vertraut mit dieser Gegend. Jedoch ist dies ganz anders, ja ganz anders, wenn ich diese Umgebung verlasse und irgendwo an einen anderen Ort gehe. Daher weiß ich, wie schwer es wirklich ist, mit anderer Hautfarbe in Deutschland zu leben. Aber selbst wenn ich meinen Kindern nicht helfen könnte, wieso sollte ich mich an meinen Kindern anlehnen? Mit einem Wort, so will ich nicht sein, wirklich nicht“ (Herr Yang, Z. 725-733).*

Bei diesem Interviewzitat wird eine „Entschlossenheit“ von Herrn Yang dargestellt, seinen Kindern im Pflegefall auf keinen Fall zur Last zu fallen. Hierbei unterscheidet er die Pflegebedürftigkeit aus zwei unterschiedlichen Gründen: körperlichen und geistigen. Die geistige Gesundheit gilt als eine Voraussetzung dafür, ein Pflegearrangement nach seinem Willen zu gestalten

und dadurch die Kinder nicht zu belasten. Hingegen bedeutet eine Pflegebedürftigkeit z.B. durch eine dementielle Erkrankung einen von ihm unbeeinflussbaren Verlust seines Entscheidungs- und Durchsetzungsvermögens, was ihm Angst bereitet. Im Mittelpunkt seiner Entschlossenheit stehen die Lebenserfahrungen als Migrant in Deutschland. Einerseits ist er zufrieden und des Weiteren stolz darauf, dass es ihm gelungen ist, hier in einem „fremden Land“ seine Existenz aufzubauen. Andererseits fällt es ihm immer noch „wirklich schwer“, in einem Land, das nicht sein Heimatland ist, „ständig unter anderen ethnischen Gruppen zu leben und zu kämpfen“. Sein Leben in Deutschland war und ist mit andauernder Anstrengung verbunden. Er war und ist dem ständigen Gefühl ausgesetzt, anders und nicht zugehörig zu sein. Dies empfindet er nicht nur gegenüber Einheimischen, sondern auch gegenüber anderen Migrantengruppen in Deutschland, mit denen er um seine Existenz kämpfen und konkurrieren musste. Dennoch sieht er seine Integration bzw. die Gründung einer Existenz, zumindest auf sein räumliches Umfeld bezogen, als gelungen. Er ist vertraut mit der Region, in der er lebt, während er in einer anderen Gegend „ganz anders“ empfindet. In seinem Wohnort hat er soziale Kontakte und interagiert mit anderen Menschen, wobei seine Persönlichkeit im Vordergrund steht. Er fühlt sich dort nicht als Fremder, sondern zugehörig. Auch deutet er an, dass er an einem anderen Ort eher aufgrund seiner „anderen“ Herkunft und äußerlichen Merkmale wahrgenommen wird, wodurch er sich fremd fühlt. Aus dieser Erfahrung heraus schließt er, dass das berufliche Leben seiner Kinder, bedingt durch die „andere Hautfarbe“ wirklich schwer sei: einerseits sind sie als junge Menschen mit der Aufgabe konfrontiert, ihr persönliches Leben zu meistern und beruflich Karriere zu machen. Andererseits bereitet es ihnen als 2. Migrantengeneration zusätzlich Mühe, sich in diesem Land richtig zu verwurzeln, wobei er ihnen nicht helfen kann. Folglich würde die Pflege der Eltern für die Kinder eine weitere zusätzliche Belastung darstellen. Dies möchte er unbedingt vermeiden und deshalb kein Pflegearrangement mit seinen Kindern eingehen. In diesem Fall bleibt, abgesehen von einer möglichen Bereitschaft der Kinder zur Pflege, ein naher Pflegehorizont geschlossen.

Im Vergleich zur Pflege durch die Familie spielen bei Überlegungen zur Versorgung im Pflegefall die Verwandten kaum eine Rolle. Nur in einem Interview gibt es eine Erwähnung diesbezüglich. Demnach hat der deutsche Ehemann der Befragten fast keine Verwandten und daraus folgend sieht sie keine Möglichkeit, im Falle einer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit Unterstützung durch Verwandte zu erhalten (Frau Lee, Z. 630 f.). Hierbei scheint es, dass die Interviewte durch die Migration kaum eigene Verwandte in Deutschland hat und gleichzeitig die Verwandte in ihrer Heimat Südkorea kaum in dem Gedankengang über den eigenen Pflegefall

in Betracht kommen. Dies deutet darauf hin, dass auch die Größe der Verwandtengruppe in Deutschland ein möglicher Faktor sein könnte, welche einen nahen Pflegehorizont öffnen kann. Interessant ist außerdem, dass Landsleute in Bezug auf die informelle Pflege häufiger als Verwandte in Betracht kommen, womit sich der folgende Abschnitt befasst.

### 8.1.3 Pflege durch nicht-familiären sozialen Umfeld

Den Kontakten mit Landsleuten wird viel Bedeutung beigemessen, wenn es um den Austausch von Informationen, praktische Hilfe (Herr Kim, Z. 46 f.) oder Geselligkeit geht (Herr Woo, Z. 138). Jedoch wird im Falle einer Pflegebedürftigkeit davon ausgegangen, dass eine Pflege durch dieses informelle soziale Netzwerk nicht erbracht werden kann bzw. ausgeschlossen ist. Dafür führen die Befragten verschiedene Gründe ins Feld: die Landsleute, mit denen man Kontakte habe, seien entweder älter (Frau Hong, Z. 289) oder gleichen Alters (Frau Lee, Z. 635 f.). Als Grund dafür wird angegeben, dass eine spezifische Altersgruppe südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen während einer begrenzten Periode für eine berufliche Tätigkeit in Deutschland angeworben wurde (Frau Hong, Z. 237 f.). Die Bandbreite des Alters älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen ist also gering. Abgesehen davon, dass die Pflegebedürftigkeit in etwa im gleichen Alter auftritt und gleichaltrige Landsleute nicht als HelferInnen zur Verfügung stehen könnten, scheint den Befragten informelle Unterstützung auch durch die besonderen Merkmale südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen sowie ihres Hilfebedarfs in Deutschland erschwert. Letztlich erwartet man von Landsleuten keine informelle Pflege. Das gilt auch für diejenigen, die keine familiären Ressourcen für die Pflege zuhause besitzen. Sie gehen von vornherein von der Inanspruchnahme formeller Hilfe aus.

Der im Folgenden näher betrachtete Interviewausschnitt entstammt einem Gespräch mit Frau Hong. Sie versteht unter der Pflegebedürftigkeit, „dass man Schwierigkeit hat, Mahlzeiten zuzubereiten oder einzuzukaufen“ (Frau Hong, Z. 291). Dass die Zubereitung von Mahlzeiten oder der Einkauf durch jemanden aus dem nicht-familiären sozialen Umfeld bzw. Netzwerk erbracht werden, ist für die Befragte unwahrscheinlich:

*„Ja, in den USA, in Japan oder in China, dort wohnen viele SüdkoreanerInnen<sup>123</sup>, in solchen Ländern leben viele SüdkoreanerInnen. Aber wir wohnen hier alle vereinzelt. Zum Beispiel*

---

<sup>123</sup> Der Ausdruck ist im koreanischen geschlechtsneutral.

*wohnt in diesem Stadtteil nur unsere Familie. Das bedeutet, dass die Leute mit dem Auto hierher kommen müssten. Das wäre dann so umständlich. Wie lange würde so etwas funktionieren? Das ist schwierig. Vielleicht wäre es eher den Leuten möglich, die zusammen in der Nachbarschaft nebeneinander wohnen, doch nur für eine bestimmte Zeit ähm wie sechs Monate oder so. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass der Zustand des Kranken besser wird, dann kann man ihm bis dahin helfen. In einem solchen Fall kann ich mir das vorstellen. Sonst, wenn man zum Beispiel einen Schlaganfall hatte, ist jetzt völlig äh halbseitig gelähmt und hat Schwierigkeiten, allein aufs Klo zu gehen. Dann braucht man auch beim Essen Unterstützung, Mahlzeiten müssen zubereitet werden oder auch das Einkaufen, alles muss eingekauft werden. Wenn einem bei all diesen Dingen geholfen werden muss, wie lange kann ein Nachbar seine Zeit dafür opfern und helfen? Das ist hier wirklich unzumutbar“ (Frau Hong, Z. 295-305).*

In der Darstellung von Frau Hong ist die Größe der ethnischen Community bei der Pflege durch Landsleute von zentraler Bedeutung. Diese sei – im Vergleich zu anderen Ländern – in Deutschland recht klein. In anderen Ländern seien vielerorts „Korean Towns“, in denen südkoreanische MigrantInnen nah beieinander wohnen. Da die Zahl südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen in Deutschland gering sei, gebe es kaum einen Stadtteil in Deutschland, in dem ausreichend SüdkoreanerInnen leben, um für eine eventuelle Pflege in Frage zu kommen. Die Zerstreung der Landsleute über verschiedene Wohnorte bedeute im Pflegefall, dass jemand eigens aus einem anderen Stadtteil mit dem Auto anfahren müsse, um Unterstützung zu leisten. Damit sei viel Zeit und Mühe verbunden, jenseits der unmittelbaren Hilfe für den Pflegebedürftigen. Die Wohnsituation scheint ein erster Grad dafür, im Hinblick auf pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung durch Landsleute skeptisch zu sein. Aber selbst wenn man unmittelbar nebeneinander wohnt und keine besonderen Mobilitätsanforderungen bestehen, erscheint Frau Hong die Pflege durch Bekannte nur eingeschränkt denkbar: nämlich für einen begrenzten Zeitraum und unter der Voraussetzung, dass sich die Gesundheit des Pflegebedürftigen mit der Zeit bessert und er sein Alltagsleben wieder eigenständig organisieren kann. Aus Sicht der Befragten ist – im Unterschied zur pflegerischen Versorgung bei Krankheit – die Altenpflege durch ein informelles Netzwerk kaum machbar, da die Unterstützung auf unabsehbare Zeit benötigt wird und die Pflegebedürftigkeit alter Menschen im Laufe der Zeit meist immer weiter zunimmt. Außerdem wird auf die *Intensität* der Pflege verwiesen – diese sei zu groß, um durch Bekannte erbracht zu werden. Als Beispiel nennt Frau Hong die Pflege eines Menschen in Folge einer Krankheit, welche im Alter häufiger auftritt: eines Schlaganfalls. In einem solchen Fall umfasst die Versorgung – nach dem Verständnis von Frau Hong – die Hilfe

beim Toilettengang, die damit verbundenen hygienischen Maßnahmen sowie die Unterstützung beim Essen. Außerdem müssen Mahlzeiten zubereitet und sämtliche Einkäufe, die man zum Leben braucht, erledigt werden. All diese Tätigkeiten sind mit einem hohen und dauerhaften Aufwand von Zeit und Kraft verbunden. In diesem Zusammenhang fällt bei Frau Hong auch der Begriff des „Opferns“. Für sie ist die informelle Hilfe aus dem informellen Umfeld außerhalb der Familie „unzumutbar“.

Mit diesen Begriffen wird signalisiert, dass unabhängig von der o.g. räumlichen Problematik die Erwartung einer permanenten, intimen Lebenssphäre berührende Hilfe aus dem nicht-familiären informellen Umfeld als inopportun gilt. Dies wird mit der ‚Totalität‘ des Unterstützungsbedarfs in Verbindung gebracht – „bei *all* diesen Dingen“ muss geholfen werden. Es wird zwar mehrfach angedeutet, dass es sich um eine *zeitliche* Überforderung handelt. Aber das angeführte Beispiel legt nahe, dass es auch die *Schwere* des Hilfsbedarfs sowie der Eingriff in die *Intimsphäre* der Betroffenen sind, die eine Unterstützung durch Freunde und Bekannte als (im doppelten Sinne) nicht erwartbar erscheinen lassen. Die Einschätzung ist grundsätzlicher Natur, die Befragte beschreibt eine entsprechende Erwartung als „*wirklich* unzumutbar“. Überhaupt ist die informelle Hilfe außerhalb der Familie für die Interviewte wenig naheliegend: Sie begründet das mit langen Anfahrtszeiten, aber auch beim Durchdenken des Falls, dass diese (wie in anderen Ländern) nicht anfallen, wird ein „*her*“ sowie ein „*vielleicht*“ eingeschoben. Insofern wirkt die Skepsis der Befragten recht kategorisch.

## ***Zwischenfazit***

Die Analyse des Interviewmaterials zeigt, dass für ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen vor allem die eigene Familie und Landsleute in Bezug auf die informelle Pflege in Betracht kommen. Im Mittelpunkt des Gedankengangs, durch diese gepflegt zu werden, stehen die Pflegekapazitäten und deren Grenzen. Bei angenommener familiärer Pflege spielen wiederum die Bereitschaft der Familie zur Pflege und die Belastung durch die Pflege eine entscheidende Rolle, während bei der Pflege durch Landsleute die Merkmale der Altenpflege und der ethnischen Gruppe, SüdkoreanerInnen in Deutschland, von Bedeutung sind. Die folgende Tabelle 11 zeigt zusammenfassend die Faktoren, welche mit dem Thema der Pflegekapazität und deren Grenzen im informellen sozialen Umfeld und damit mit dem nahen Pflegehorizont im Zusammenhang stehen. In der Tabelle bedeutet ‚O‘ öffnend, und ‚X‘ schließend.

Tabelle 11: Nahe Pflegehorizonte und Faktoren

| Thema   | Faktoren   | Nahe Pflegehorizonte |
|---|--|----------------------|
| Pflegekapazitäten und ihre Grenzen im informellen sozialen Umfeld | Eingeschätzte Pflegebereitschaft von EhepartnerInnen und Kindern <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine vermutete Solidarität der EhepartnerInnen und Kindern</li> <li>• Das eigene Vorbild bezüglich der familiären Pflege</li> <li>• Gesellschaftlicher Wert der Herkunftsgesellschaft (Kindespietät)</li> <li>• Das bisherige solidarische Verhalten der Kinder</li> </ul>   | O                    |
|   | Skeptische Einschätzung über die Pflegebereitschaft der Familie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das fehlende Vorbild bezüglich der familiären Pflege</li> <li>• Die versäumte Erziehung der Kinder</li> <li>• Wenige Kontakte mit Kindern</li> <li>• Weitere Entfernung des Wohnortes der Kinder</li> <li>• Eine Vermutete schlechte Eignung der Kinder zur Pflege</li> </ul> | X                    |
|   | Belastung der Familie bzw. nachlassende Pflegebereitschaft der Familie   | X                    |
|   | Alter der Landsleute   | X                    |
|   | Zerstreung der Landsleute über verschiedene Wohnorte   | X                    |
| Totalität des Unterstützungs- und Pflegebedarfs                   | X  |                      |

O: Öffnend/ X: Schließend  
Quelle: Eigene Darstellung.

Das Vorhandensein der eigenen Familie wird zwar als relevante Ressource für die häusliche Pflege betrachtet. Jedoch gilt die Bereitschaft der Angehörigen zur Pflege als ein entscheidender Faktor, welcher nahe Pflegehorizonte öffnet. Die Unterstützung und Pflege durch EhepartnerInnen wird - zumindest in der ersten Zeit der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit - fest mit eingerechnet. Hingegen werden bei der Einschätzung über die Bereitschaft der Kinder die Häufigkeit des Kontaktes, Betreuung und Versorgung der Kinder in deren Kindheit und die Entfernung zwischen den Wohnorten als ein relevanter Maßstab angesehen. Des Weiteren gelten die verbal kommunizierte Bereitschaft sowie das bisherige Solidarverhalten der Kinder bei der Einschätzung der Bereitschaft als relevant, denen die familiäre und die gesellschaftliche Wertvorstellung bezüglich der Pflege sowie die für die Gewährung der Pflege relevante Eigenschaft der Kinder zu Grund liegen. So führt nach Ansicht der Befragten das unmittelbare Erleben der häuslichen Pflege alter Familienmitglieder durch die Kinder zu einer erhöhten Bereitschaft der derselben zur Pflege ihrer Eltern, was zum Teil implizit vom Charakter der generationellen

Reziprozität geprägt ist. Bei der Möglichkeit des Erlebens der Kinder bezüglich der Pflege der Großeltern spielt zwar die Migration der Befragten eine Rolle. Jedoch ist die Partnerwahl der Befragten entscheidender. So haben Befragte, welche (in der Regel Südkoreanerinnen) mit Einheimischen verheiratet sind, zum Teil ihre Schwiegereltern zu Hause gepflegt. Des Weiteren wird die Vermittlung von Wertvorstellung an die Kinder innerhalb der Familie durch die Erziehung als ein relevanter Faktor für die Bereitschaft der Kinder zur Pflege betrachtet. Subjektiv erachten die Befragten durch Erziehung vermittelte Wertvorstellungen (wie zum Beispiel innerfamiliäre Solidarität in schwierigen Zeiten) als wichtiger als veränderte gesellschaftliche Wertvorstellungen, wenn es um die Pflege der alten Familienmitglieder geht.

Erkennbar ist auch, dass die über nationale Grenzen hinaus geäußerte starke Bereitschaft der Kinder zur Pflege, basierend auf der traditionellen gesellschaftlichen Wertvorstellung der Kindespietät aus dem Heimatland Südkorea, als eine potentielle Ressource betrachtet wird. Sie wird behandelt als eine Art Versicherung, auf die man zurückgreifen könne, wenn die formelle Pflege in Deutschland nicht funktioniere. Im Vergleich dazu geht die implizit vorhandene traditionelle Wertvorstellung in der Familie nicht immer mit der Bereitschaft der Kinder zur Gewährleistung der Pflege der Eltern einher. So spielt die Einschätzung der Kinder über die eigene Eignung bezüglich der Pfllegetätigkeit bei der Bereitschaft zur Pflege eine entscheidendere Rolle als diese traditionelle Wertvorstellung. Die Selbsteinschätzung der Kinder als für die Pflege ungeeignet zu sein und eine nicht vorhandene Bereitschaft der Kinder zur persönlichen Pflege der Eltern heißen jedoch nicht, dass auf Seiten der Kinder keinerlei Unterstützung der Eltern bei der Pflege signalisiert wird. In diesem Fall wird den Eltern durch ihre Kinder eine finanzielle Unterstützung zur Förderung der formellen Pflege in Aussicht gestellt. Dies geht wiederum mit der (unfreiwilligen) Öffnung eines fernen Pflegehorizontes einher, während man mit der Hoffnung, trotz allem durch die Kinder gepflegt zu werden, versucht, den nahen Pflegehorizont nicht zu schließen. In einem solchen Fall bleiben zwar die nahen und fernen Pflegehorizonte geöffnet, wobei aber das allmähliche Schließen des nahen Horizonts die Öffnung des fernen Horizonts bedingt. Auch bei Familienmitgliedern, die zunächst in die Pflege involviert werden, kann die allmählich schwindende Bereitschaft ein Auslöser für die Planung bzw. Inanspruchnahme formeller Pflege sein.

Bei den Pflegehorizonten älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen spielt auch das Potenzial der Belastung pflegender Familienangehöriger durch die familiäre Pflege eine bedeutende

Rolle. Die Grade der Zumutbarkeit der Belastung der pflegenden Familien vor allem der EhepartnerInnen steht mit der Aufnahme der formellen Pflege eng im Zusammenhang. Die erworbene (fachliche) Kompetenz über die Pflege durch die berufliche Erfahrung im Gesundheitswesen trägt als Ressource für die Selbstpflege dazu bei, die Familie soweit wie möglich nicht bzw. wenig zu belasten und damit auch den nahen Pflegehorizont länger offen zu halten. Währenddessen wird bei der zunehmenden Belastung der Angehörigen immer mehr ein ferner Pflegehorizont geöffnet. Hierbei geht die Bereitschaft zur Aufnahme einer formellen Pflege aber nicht notwendig mit dem Schließen des nahen Pflegehorizontes einher. So bleibt vor allem bei der Aufnahme der ambulanten Pflege der nahe Pflegehorizont immer noch offen und gleichzeitig wird der ferne Pflegehorizont geöffnet. Hingegen wird der nahe Pflegehorizont bei der schweren Pflegebedürftigkeit und der schweren Belastung der Familie mit der Aufnahme der stationären Pflege geschlossen. In einem solchen Fall bleibt dann nur der ferne Pflegehorizont geöffnet. Manche ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen betrachten die Belastung der Angehörigen bei der Pflege der an Demenz Leidenden von Anfang an als höher und weniger zumutbar als die Pflege aufgrund körperlicher Pflegebedürftigkeit. Diese Überlegung führt zum Schließen eines nahen Pflegehorizontes und gleichzeitig von Anfang an zur Öffnung eines fernen Pflegehorizontes. Zur Öffnung eines fernen Pflegehorizontes trägt aber nicht nur die angenommene Belastung der Angehörigen bei, sondern auch die Überlegung, dass mit der Zunahme der Pflegebedürftigkeit auch eine erhöhte Notwendigkeit von professioneller Versorgung bestehe. In Bezug auf die Belastung der Kinder durch die Pflege ist der nahe Pflegehorizont bei manchen SüdkoreanerInnen von Anfang an geschlossen. Sie sind vor allem der Meinung, dass die Kinder mit Aufgaben konfrontiert sind, einerseits als junge Menschen ein persönliches und berufliches Leben zu meistern und andererseits als zweite Migrantengeneration sich in die Aufnahmegesellschaft Deutschland richtig zu verwurzeln, die eine Pflege als nicht zumutbar erscheinen lassen. Aus der Sicht der Befragten, führen die (jungen erwachsenen) Kinder bereits ein anstrengendes Leben, als ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund. In dieser Hinsicht wäre die Pflege der Eltern eine zusätzliche Belastung, die sie ihren Kindern nicht aufbürden wollen.

Die Landsleute werden auch in Bezug auf die informelle Pflege mehrmals erwähnt. Jedoch ist die Pflege durch diese für ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen beispielsweise aufgrund des gleichen bzw. älteren Alters, der Totalität des Unterstützungsbedarfs und der Zerstreung über verschiedene Wohnorte kaum denkbar. In dieser Hinsicht bleibt der nahe Pflegehorizont

geschlossen, obwohl die Landsleute für ältere SüdkoreanerInnen mit zu dem relevantesten sozialen Umfeld gehören.

## 8.2 Formelle Ressourcen

In den fernen Pflegehorizonten älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen spielen formelle Ressourcen, wie die Pflege- und Rentenversicherung und die Pflegeinfrastruktur, eine zentrale Rolle. Die Befragten nehmen je nach der Einstellung zu bzw. dem Wissensgrad über Leistungen der Pflegeversicherung und je nach der Einschätzung der eigenen finanziellen Möglichkeiten eine formelle Pflege differenziert als potenzielles Pflegearrangement wahr, wobei vor allem die stationäre Pflege im Vordergrund steht. Eine weitere potenzielle Ressource ist die Erwartung, durch die südkoreanische Regierung eine Unterstützung zum Aufbau eines ‚ethnischen‘ Pflegeheims<sup>124</sup> zu erhalten. Im Folgenden wird auf beide Aspekte näher eingegangen.

### 8.2.1 Sicherstellung der Pflege durch das deutsche Pflegesystem

Das Pflegesystem als Quelle formeller Ressourcen beeinflusst bei vielen Befragten die Überlegungen über eine formelle Pflege in Deutschland. Die Kranken- und die Pflegeversicherung in Deutschland stellten des Weiteren für Interviewte, welche in Betracht gezogen hatten, im Alter in die Heimat zurückzukehren oder zu einem Kind in ein anderes Land zu ziehen, einen Grund dar, dieses Vorhaben, also Rückkehr (Frau Choe, Z. 91; Frau Yoon, Z. 104 f.; Herr Koh, Z. 886-888; Frau Bae, Z. 439-441) oder Umzug (Frau Yoon, Z. 223-228) aufzugeben. Das folgende Zitat veranschaulicht dies beispielhaft:

*„Hier zahle ich monatlich hundert, etwa hundert Euro als Versicherungsbeiträge, ähm Versicherungsbeitrag, Krankenversicherungsbeitrag für Krankenhaus und auch für die Versicherung, damit man im Alter in ein Altersheim gehen kann, Pflegeversicherungsbeitrag. Nun also, ähm, wenn man hier krank ist, werden alle medizinisch behandelt. Aber wenn man nach Südkorea zurückkehrt, gibt es so etwas dort nicht“ (Frau Yoon, Z. 106-109).*

Überlegungen, nach Südkorea zurückzukehren oder in ein anderes Land zu ziehen, werden von den Interviewten zunehmend aufgegeben – vor allem angesichts im näheren Umfeld gemachter

---

<sup>124</sup> Hierbei geht es um ein Pflegeheim, in dem nur SüdkoreanerInnen versorgt und betreut werden sollen. In dieser Arbeit wird die Bezeichnung ‚ethnisches Pflegeheim‘ als Synonym für ‚südkoreanisches Pflegeheim‘ verwendet.

Erfahrungen von Landsleuten, die sich nach Südkorea aufgemacht hatten, aber, aufgrund einer Krankheit oder einer Pflegebedürftigkeit wieder nach Deutschland zurückgekehrt waren (Frau Choe, Z. 93-95; Herr Koh, Z. 879-882).

Bei den Überlegungen älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen über die formelle Pflege, hier vor allem die stationäre Pflege, stehen die Kosten im Mittelpunkt, welche, je nach *Wissensstand* über das Pflegesystem und den eigenen finanziellen Möglichkeiten, unterschiedlich stark wahrgenommen werden. Hierdurch werden ferne Pflegehorizonte wiederum unterschiedlich geöffnet. Manche Interviewten gehen davon aus, dass Deutschland als Wohlfahrtsstaat ihre Pflege *aktiv* in die Hand nehmen würde, sodass sie sich um *nichts* mehr kümmern müssten. So stellt das Pflegesystem in Deutschland für sie eine formelle Ressource dar, durch die sie sich, unabhängig von der Pflege durch die Familie, für die Versorgung und Betreuung im Pflegefall abgesichert fühlen. Frau Shin sagt: „So etwas [Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung, J.O.] läuft hier automatisch für alle. [...] Dafür ist alles, alles hier geregelt“ (Z. 269-271). Sie sei durch die Pflegeversicherung für den Pflegefall auf „alles vorbereitet“ (Frau Shin, Z. 287). Ein weiterer Befragter, Herr Woo, geht auch davon aus, dass „die Pflegeversicherung die Pflege für mich irgendwie in die Hand nehmen würde“ (Herr Woo, Z. 113). Die Aussagen der beiden Interviewten weisen auf ein ‚unhinterfragtes‘ Vertrauen in den Wohlfahrtsstaat und das deutsche Sozialsystem hin, zu dem auch das Pflegesystem zählt. Hingegen ist einigen Befragten bekannt, dass sie im Falle einer stationären Pflege zwar Leistungen der Pflegeversicherung erhalten werden, die Pflegeversicherung jedoch *nicht alle* anfallenden Kosten der stationären Pflege übernimmt, sodass ein Teil der Kosten aus eigenen Mitteln zu tragen ist. In einem solchen Fall wird die Versorgung in einem Pflegeheim, den *eigenen finanziellen* Möglichkeiten entsprechend, unterschiedlich wahrgenommen, wodurch die fernen Pflegehorizonte wiederum unterschiedlich weit geöffnet werden.

Vor allem bei denjenigen Interviewten, welche sich als finanziell einigermaßen gut ausgestattet erachten, wird die stationäre Pflege als eine mögliche Option betrachtet. Hierbei spielen neben den Leistungen der Pflegeversicherung auch das eigene Vermögen, darunter beispielsweise ein eigenes Haus (Frau Lee, Z. 659 f.), sowie die Rente (Herr Yang, Z. 650-653) als finanzielle Ressourcen eine Rolle. Wie das bereits bei der Vorführung der Methode exemplarisch dargestellte Interviewzitat von Herr Yang aufzeigt (siehe Kapitel 7.2), wird bei der Einbeziehung der Rente als finanzieller Ressource die Dauer der Erwerbstätigkeit in Deutschland als entscheidend angesehen. In dieser Hinsicht stellt Herr Min die stationäre Pflege in Frage, weil er meint,

den Eigenanteil der Kosten nicht tragen zu können. Von diesem Problem seien aus seiner Sicht südkoreanische Männer kollektiv betroffen. Er stellt es im Interview wie folgt dar:

*„Für uns Südkoreaner in Deutschland ist tatsächlich, wirklich der Lebensabend problematisch. Wenn wir in ein Pflegeheim einziehen möchten, haben wir dafür die Mittel? Na ja, es gibt auch Pflegeheime, wohin man ohne Geld gehen kann“ (Herr Min, Z. 491 f.).*

Der Interviewtext zeigt deutlich, dass aus Sicht von Herr Min, je nach finanziellem Eigenanteil zur Pflege, in Deutschland zwei unterschiedliche Arten von Pflegeheimen existieren, wobei beide für ihn bedenklich sind. Ein Pflegeheim, für welches man den Eigenanteil der stationären Pflege selbst tragen muss, sei für ihn und andere Südkoreaner nicht leistbar, da ihnen die dazu benötigten finanziellen Mittel nicht zur Verfügung stünden. Diesbezüglich schildert er an anderer Stelle im Interview, dass Südkoreaner, aufgrund ihrer kurzen Berufstätigkeit bzw. geringen Erwerbsjahre in Deutschland, kollektiv wenig Rente erhalten (Herr Min, Z. 480-482)<sup>125</sup>. Demnach ist, aus Sicht von Herr Min, die finanzielle Lage unter den südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen geschlechtsspezifisch gestaltet, was wiederum mit geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Möglichkeiten zur Aufnahme einer stationären Pflege einhergeht. Im Vergleich zu einem Pflegeheim, in denen ein hoher Eigenanteil zu zahlen ist, scheint es, dass Herr Min zu Pflegeheimen, „wohin man ohne Geld gehen kann“ eine negative Einstellung hat, wobei der Ausdruck „na ja“ diese Negation signalisiert. Hier liegt die Vermutung nahe, dass Herr Min skeptisch bezüglich der Qualität eines solchen Pflegeheims ist. Folglich sieht der Interviewte keine Möglichkeit, in einem Pflegeheim angemessen versorgt zu werden, wodurch die Zeit der Pflegebedürftigkeit („Lebensabend“) ihm als „problematisch“ erscheint. Dies signalisiert wiederum, dass er keine alternative Lösung für den Pflegefall hat. Neben den eigenen finanziellen Möglichkeiten, spielt auch die ,gesetzlich vorgesehene, finanzielle Einbeziehung der Kinder bei den Überlegungen zur stationären Pflege eine Rolle. So erklärt eine Befragte, dass Kinder nach dem Gesetz einbezogen und der Eigenanteil an den Kosten der stationären Pflege von deren Einkommen abgezogen würde, falls ein Pflegebetroffener nicht in der Lage sei, diesen selbst zu tragen. Diese gesetzliche Bestimmung sei eine finanzielle Last für die Kinder, wodurch die stationäre Pflege gegebenenfalls nicht in Betracht käme (Frau Bae, Z. 152-157),

---

<sup>125</sup> „Der Grund, warum wir, die ehemaligen südkoreanischen Bergleute, so wenig Geld in Deutschland haben, liegt nicht daran, dass wir nicht gearbeitet haben, sondern es liegt daran, dass unsere Erwerbsjahre in Deutschland zu kurz sind und wir dadurch weniger Rente bekommen (Herr Min, Z. 480-482).

obwohl die Kinder sich bereits für die finanzielle Unterstützung im Pflegefall bereiterklärt haben (siehe 8.1.1.1). All dies deutet an, dass Leistungen der Pflegeversicherung und Pflegeinfrastruktur zwar ferne Pflegehorizonte erhellen. Jedoch werden ferne Pflegehorizonte je nach der Einstellung zum Wohlfahrtsstaat Deutschland und je nach persönlicher finanzieller Lage unterschiedlich geöffnet.

Das Interviewmaterial zeigt, dass die Befragten zwar wissen, dass sie versichert sind und im Pflegefall Unterstützung von der Pflegeversicherung bekommen würden. Jedoch weisen die Befragten einen individuell unterschiedlichen Wissensstand über die Leistungen der Pflegeversicherung auf. Ein Teil der Interviewten hat ein geringes Wissen über die Leistungen der Pflegeversicherung. So sagt Herr Koh im Interview: „Ich habe fast gar keine Ahnung“ (Z. 1548). Manche Interviewten besitzen ein vages Wissen zum Beispiel über das Vorhandensein der Pflegestufen<sup>126</sup> (Frau Yoon, Z. 195; Frau Park, Z. 1064) und die Leistung des Pflegegeldes (Frau Shin, Z. 282 f.; Herr Min, Z. 746-748; Frau Bae, Z. 492-496). Im Vergleich dazu, scheint es so zu sein, dass einige der Befragten, aufgrund fehlender Informationen zur Pflegeversicherung, die Sachleistungen derselben nicht im Zusammenhang mit einer ambulanten Pflege betrachten können, wie das folgende Interviewzitat von Herrn Woo anschaulich darstellt. Auffällig an diesem Zitat ist, dass Herr Woo einige Namen von Einrichtungen des ambulanten Pflegedienstes in der Aufnahmegesellschaft Deutschland kennt, also direkt bzw. indirekt von der Pflege durch diese erfahren haben muss.

*„Bislang habe ich noch keine Informationen über die Pflegeversicherung. Darum habe ich keine Ahnung davon. Trotzdem, äh ich weiß jetzt nicht davon, ich weiß nicht. Aber in der Tat gibt es Leute, die im Pflegedienst arbeiten, stimmt 's? Was ich weiß, ist, dass zum Beispiel Leute von der Diakonie oder der Caritas nachhause kommen und pflegen“ (Herr Woo, Z. 120-123).*

Diejenigen Interviewten, welche im Bereich der Altenpflege, beispielsweise in einem ambulanten Pflegedienst, einer stationären Pflegeeinrichtung oder im Bereich der Geriatrie tätig waren, verfügen über ein tiefer gehendes Wissen über die unterschiedlichen Formen der Leistungen (Pflegegeld, Pflege durch die professionellen Kräfte im ambulanten und stationären Bereich), den Umfang der jeweiligen Leistungen je nach der Pflegestufe und über das Verfahren

---

<sup>126</sup> Die Interviews wurden vor der Reform des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 2017 durchgeführt.

zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK (Herr Yang, Z. 781-790; Frau Lee, Z. 650 f. & 674-676).

Abgesehen von ihrer jeweiligen beruflichen Tätigkeit, erhielten die Interviewten auf verschiedenen Wegen Informationen über das Pflegesystem, wie etwa durch einen Pflegefall innerhalb der Familie oder bei (einheimischen) Verwandten (Frau Na, Z. 225; Frau Lee, Z. 654-657; Frau Suh, Z. 496-499), durch Broschüren<sup>127</sup> (Herr Jeon, Z. 400-402), ehrenamtliche Tätigkeit in einer stationären Pflegeeinrichtung (Frau Lee, Z. 652), den Abschluss einer zusätzlichen privaten Pflegeversicherung (Frau Park, Z. 1062-1064) und durch die von südkoreanischen Vereinen<sup>128</sup> organisierten Veranstaltungen zur Aufklärung über Gesundheitsthemen. Bei Letzteren wurde eine Fülle von Themen behandelt. Darunter: (Alters)Krankheiten (Alzheimer, Krebs), Patientenverfügungen, Leistungen der Pflegeversicherung, Einstufung in die Pflegebedürftigkeit, das Vorgehen bei der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen, aber auch Informationen zur Rentenversicherung und Vollmachtenträgen (Frau Ahn, Z. 377-385; Frau Hong, Z. 264-267).<sup>129</sup> Diese Vorträge werden von südkoreanischen Arbeitsmigrantinnen gehalten, welche als Krankenschwestern gearbeitet haben und nun ins Rentenalter eingetreten, oder noch im Gesundheitswesen tätig sind (Frau Ahn, Z. 379-384). Zum Teil werden auch einheimische Fachleute für Vortragsveranstaltungen engagiert (Frau Hong, Z. 285 f.). Allerdings werden die Veranstaltungen über gesundheitliche Themen durch südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen nicht nur als Informationsquelle, sondern auch als Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit Landsleuten wahrgenommen, wobei ein Befragter (Herr Woo, Z. 136-139) die aufklärende Wirkung dieser Veranstaltungen in Frage stellt, da diese Treffen oftmals eher als Anlass zur Geselligkeit angesehen würden. Unabhängig davon weist dies darauf hin, dass Altersgesundheit und Pflegebedürftigkeit relevante Themen unter älteren SüdkoreanerInnen sind. Außerdem spielt die eigene Berufserfahrung südkoreanischer Frauen und zum Teil auch Männer im Gesundheitswesen und

---

<sup>127</sup> Diesbezüglich sind teilweise sprachliche Schwierigkeiten vorhanden („Obwohl wir nicht alles verstehen, steht da alles, welche Leistung, welche Leistung“, Herr Jeon, Z. 402).

<sup>128</sup> Die Informationsveranstaltungen über das Thema Gesundheit werden vor allem vom „Verein koreanischer Krankenschwestern und Krankenschwesterhelferinnen in der Bundesrepublik Deutschland e.V.“ und vom „Verein der koreanischen Schwerbehinderten in Deutschland e.V.“ angeboten.

<sup>129</sup> In einer koreanischen kirchlichen Gemeinde fänden Veranstaltungen intern statt. Hierbei würden Themen wie das Verfassen eines Testaments, Erbrecht oder Bankvollmachten erläutert (Herr Kim, Z. 1291-1308).

in der Altenpflege als spezifische Ressourcen bei der Informationsbeschaffung älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen eine relevante Rolle. Hausärzte und Krankenhäuser werden als eine wichtige Anlaufstelle in Bezug auf die Pflege wahrgenommen („In Deutschland läuft alles über den Hausarzt“, Herr Min, Z. 731; auch Frau Choe, Z. 346-348; Frau Yoon, Z. 192-194; Frau Bae, Z. 500 f.; Frau Shin, Z. 269 f.). Aus Sicht der Interviewten wissen Hausärzte alles über die Gesundheit der PatientInnen und würden sich daher bei einer mutmaßlichen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ihrer PatientInnen mit der Pflegeversicherung in Verbindung setzen (Frau Yoon, Z. 192-194; Frau Choe, Z. 346-350). Hierbei scheint es, dass einige Interviewte mit dem Gesundheitswesen in Deutschland einerseits zumindest teilweise vertraut sind, was auf ihre berufliche Tätigkeit zurückgeführt werden kann. Andererseits haben sie jedoch gleichzeitig ein nahezu blindes Vertrauen in das deutsche Gesundheitswesen entwickelt. Außerdem vermutet eine der Interviewten, dass in der Stadtverwaltung, also im Rathaus, eine Abteilung für die Pflege existiere (Frau Bae, Z. 503), wobei dies wieder, wie bereits erwähnt, mit der Einstellung einiger Interviewter zum Wohlfahrtsstaat verbunden zu sein scheint.

## **8.2.2 Die Erwartungen an eine mögliche Unterstützung durch die südkoreanische Regierung**

Neben formellen Ressourcen, wie Leistungen der Pflegeversicherung und bestehende Pflegeinfrastrukturen, ist in den fernen Pflegehorizonten der SüdkoreanerInnen die möglicherweise zu erwartende Unterstützung der südkoreanischen Regierung in Bezug auf den Aufbau eines ‚südkoreanischen‘ Pflegeheims in Deutschland von Bedeutung. Unter SüdkoreanerInnen gibt es einen Diskurs über die Notwendigkeit eines südkoreanischen Pflegeheims sowohl auf der individuellen als auch kollektiven Ebene. Daraus folgend gibt es bereits die kollektive Forderung gegenüber südkoreanischen PolitikerInnen, dass die südkoreanische Regierung ein Pflegeheim für Landsleute in Deutschland bereitstellen soll. Hierbei gehen ältere SüdkoreanerInnen davon aus, dass sie aufgrund des (subjektiv wahrgenommenen) Beitrags zur ökonomischen Entwicklung Südkoreas, was auch von südkoreanischen PolitikerInnen anerkannt wird, ein Recht darauf haben, Anteil an der wirtschaftlichen Entwicklung ihres Herkunftslandes zu haben. Darauf wird im Folgenden ausführlicher eingegangen.

### **8.2.2.1 Bestehender Diskurs über die Notwendigkeit eines südkoreanischen Pflegeheims**

Die zu erwartende Pflegebedürftigkeit und der Wunsch nach einem südkoreanischen Pflegeheim sind ein Gesprächsthema unter SüdkoreanerInnen, über das „seit zehn Jahren“ (Herr Min,

Z. 765) „überall da und hier“ (Frau Shin, Z. 327) „unglaublich viel gesprochen wird“ (Herr Min, Z. 771 f.). Der folgende Interviewtext veranschaulicht den Diskurs bezüglich eines solchen Pflegeheims in der ethnischen Community in NRW, einem Bundesland mit einem hohen Anteil älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen:

*„Die Überlegung darüber gibt es seit langem. Es geht darum, dass wir SüdkoreanerInnen versuchen sollen, unter uns ein Pflegeheim aufzubauen. Da, darüber wird gesprochen. Bislang ist nichts entschieden. Es wird nur darüber diskutiert. Wenn wir uns darüber einig wären, würde viel Geld benötigt werden, um ein Pflegeheim aufzubauen. Es wird viel Geld gebraucht“ (Herr Koh, Z. 806-809).*

Der Interviewtext zeigt, dass der Aufbau eines ethnischen Pflegeheims ein kollektives Anliegen unter älteren SüdkoreanerInnen ist, welches aus Sicht von Herrn Koh bereits seit langem besteht. Dies signalisiert, dass einerseits die zu erwartende Pflegebedürftigkeit ein enorm wichtiges Thema unter älteren SüdkoreanerInnen ist. Denn sie sehen keine individuelle Lösung oder die bestehenden Pflegearrangements erscheinen ihnen als nicht angemessen. Andererseits zeigt dies einen spezifischen Bedarf dieser MigrantInnengruppe im Fall der Pflegebedürftigkeit, sodass ältere SüdkoreanerInnen sich für den potenziellen Fall der Pflegebedürftigkeit zusammenschließen und Kräfte dafür einsetzen, um ein ‚ethnisches‘ Pflegeheim aufzubauen und dort gepflegt zu werden. Auffällig ist hierbei, dass diese Personengruppe sich im Grunde kollektiv selbst auf den eigenen Pflegefall vorbereitet, was zunächst auf das Nicht-Vorhandensein einer ‚ethnischen‘ Pflegeinfrastruktur und eine auf die eigene Ethnie bezogene Problemlösungsstrategie hindeutet. Das bedeutet, dass ältere SüdkoreanerInnen aus der ersten Generation, die bisher eine ethnische Infrastruktur aufgebaut haben und Probleme und Schwierigkeiten in ihrer ethnischen Community bewältigt haben („Bislang konnten wir gegenseitig ergänzend helfen“, Frau Ahn, Z. 243 f.), auf diese auch im höheren Lebensalter zurückgreifen wollen. Deshalb versuchen sie, „ein Pflegeheim aufzubauen“. Der Interviewtext zeigt des Weiteren, dass das ethnische Projekt, „ein Pflegeheim aufzubauen“, jedoch deutlich über die möglichen materiellen Ressourcen der in Deutschland lebenden älteren SüdkoreanerInnen hinausgeht, wobei diese keine Handlungsmöglichkeiten sehen („nichts entschieden“). Trotzdem scheint das Thema einer gemeinsamen Versorgung in einem ‚ethnischen‘ Pflegeheim, für ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen so wichtig zu sein, dass sie dieses Projekt nicht aufgeben wollen und weiterhin nach Möglichkeiten der Realisierung suchen, obwohl sie diesbezüglich gegenwärtig keine Perspektive haben („nur darüber diskutiert“).

Nach dem Verständnis der Interviewten liegen die für den Aufbau eines Pflegeheims kaum zur Verfügung stehenden materiellen, ethnischen Ressourcen an der kleinen Größe („nicht einmal eine Minderheit“, Frau Ahn, Z. 487; auch Frau Yoon, Z. 238) und kurzen Geschichte („höchstens zwei Generationen“, Herr Min, Z. 785) der ethnischen Gruppe in Deutschland. Dadurch sei „keine Geldaristokratie“ innerhalb der Gruppe vorhanden, welche die benötigten finanziellen Mittel für den Aufbau eines Pflegeheims zur Verfügung stellen könnte (Herr Min, Z. 774-776). Außerdem erhielten ältere SüdkoreanerInnen nur eine geringe Rente (Herr Jeon, Z. 114 f.), sodass sie kaum Geld für den Aufbau eines südkoreanischen Pflegeheims zusammenlegen könnten. Im Vergleich dazu werden die beruflichen Tätigkeiten der südkoreanischen Arbeitsmigrantinnen im Gesundheitswesen als „Human Ressourcen“ wahrgenommen, sodass die jüngeren und immer noch gesunden südkoreanischen Arbeitsmigrantinnen ihre pflegebedürftigen älteren Landsleute in einem ‚ethnischen‘ Pflegeheim versorgen könnten (Frau Suh, Z. 270 f.).

Innerhalb des Diskurses über den Aufbau eines ethnischen Pflegeheims gibt es auch skeptische Meinungen. Aus Sicht von Frau Ahn seien der große Aufwand und die finanzielle Investition in Bezug auf den Aufbau eines ‚ethnischen‘ Pflegeheims nicht effizient, weil es sich bei älteren SüdkoreanerInnen um eine kleine MigrantInnengruppe handle, welche ein solches Pflegeheim nur für einen kurzen Zeitraum, „etwa zehn Jahre“ (Frau Ahn, Z. 504), benötige. Die zweite Generation der südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen benötige kein ‚ethnisches‘ Pflegeheim, weil sie „deutsch“ sei (Frau Ahn, Z. 519-521). Hingegen sei aus ihrer Sicht ein ‚ethnisches‘ Pflegeheim für eine große MigrantInnengruppe wie etwa die Türken sinnvoll, weil die Nachfrage kontinuierlich sei und größere materielle Ressourcen vorhanden seien. Da die Interviewte davon ausgeht, dass sich ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen als eine der kleinsten Gruppen mit sehr wenigen Ressourcen verstärkt in die Aufnahmegesellschaft integrieren müssten, gilt dies auch besonders für den Fall der Pflegebedürftigkeit (Frau Ahn, Z. 490-492). Wie bereits erwähnt, kommt unter älteren SüdkoreanerInnen angesichts der kaum bestehenden ethnischen Ressourcen in Hinblick auf den Aufbau eines Pflegeheims eine mögliche Unterstützung der südkoreanischen Regierung in Betracht. Darauf geht der folgende Abschnitt näher ein.

#### **8.2.2.2 Erwartungen an die südkoreanische Regierung bezüglich der Bereitstellung eines ethnischen Pflegeheims**

Aus Sicht der Interviewten stellt die Finanzierung eines ‚ethnischen‘ Pflegeheims durch die Regierung eine *Gegenleistung* für den Beitrag südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen zur *ökonomischen Entwicklung* Südkoreas dar („Gib uns davon ein bisschen, wenigstens eine kleine

Summe“, Herr Jeon, Z. 78; „Davon möchten wir auch profitieren“, Herr Min, Z. 488). Denn das Herkunftsland habe sich auf der Grundlage des in den 1960er- und 70er Jahren in Deutschland durch südkoreanische ArbeitsmigrantInnen erarbeiteten Geldes wirtschaftlich entwickelt (Herr Koh, Z. 243-247; Herr Jeon, Z. 111; Frau Choe, Z. 209 f.; Frau Na, Z. 299-301). Dafür hätten die Befragten im „blühenden Alter in Deutschland nur gegessen und gearbeitet“ (Herr Min, Z. 561; auch Frau Yoon, Z. 244 f.). Dies signalisiert, dass ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen ihre harte Arbeit in Deutschland und den Geldtransfer nach Südkorea zum Teil als Aufopferung für das Heimatland wahrnehmen. Außerdem sei die Aufnahme der Beschäftigungen in Deutschland eine *politische* Entscheidung gewesen („uns geschickt“, Herr Jeon, Z. 77; auch Frau Yoon, Z. 243 f.), um Devisen für Südkorea zu erwirtschaften. Die Erwartung an die südkoreanische Regierung wird des Weiteren durch die *politische Anerkennung* dieses Beitrags zur wirtschaftlichen Entwicklung bestärkt („Alle wie Parlamentspräsident und Präsident, wenn die alle nach Deutschland kommen, sagen sie, ‚Sie haben sich wirklich Mühe gegeben. Wir erkennen Ihre Verdienste an, zur Entwicklung Südkoreas beigetragen zu haben“, Herr Jeon, Z. 112 f.; ähnlich auch Herr Min, Z. 485-487). Außerdem spielen das Zugehörigkeitsgefühl zum Herkunftsland und die Identität als SüdkoreanerInnen bei den Erwartungen an die südkoreanische Regierung eine relevante Rolle. Sie solle nun die alt gewordenen SüdkoreanerInnen in Deutschland nicht vergessen (Frau Na, Z. 322-324). Während die Erwartung an die südkoreanische Regierung in Hinblick auf den Aufbau eines ‚ethnischen‘ Pflegeheims sehr groß ist, scheint die politische Lobbyarbeit der vorhandenen südkoreanischen Vereine<sup>130</sup> hingegen aus Sicht der Befragten enttäuschend zu sein. Der folgende Interviewtext veranschaulicht dies beispielhaft:

*„Dann sagt die südkoreanische Regierung, ‚Sie erzählen etwas ganz anderes von Deutschland, einem Land, wo es so ein gutes Sozialsystem gibt, wo es so ein gutes Sozialsystem gibt““ (Herr Min, Z. 788 f.).*

Der Interviewtext zeigt die Sicht von Herrn Min auf die Reaktion eines Politikers, welcher wahrscheinlich in der südkoreanischen Administration arbeitet. Offenbar zeigt der Politiker –

---

<sup>130</sup> Die Vereine, welche sich für den Aufbau eines ethnischen Pflegeheims einsetzen, nahmen Kontakt zu einem ehemaligen Präsidenten, den PolitikerInnen in der Regierung, sowie Abgeordneten auf und bitten um die Bereitstellung eines südkoreanischen Pflegeheims in Deutschland (Herr Jeon, Z. 86 f.; Herr Min, Z. 773 f.; Frau Ahn, Z. 185 f.).

laut Herrn Min – *kein* Verständnis für die Lage älterer SüdkoreanerInnen und deren spezifischen Unterstützungsbedarf im Fall der Pflegebedürftigkeit. Aufgrund seiner Einstellung zum guten deutschen Sozialsystem sieht er keine Notwendigkeit, mit südkoreanischen Mitteln ein ‚ethnisches‘ Pflegeheim in Deutschland aufzubauen. Das bedeutet für Herr Min, dass die *einzig* Möglichkeit des Aufbaus eines solchen Pflegeheims, in dem SüdkoreanerInnen unter für sie angemessenen Bedingungen gepflegt werden könnten, verloren ist. Die Reaktion von Seiten Südkoreas geht mit einer Frustration („Die südkoreanische Regierung denkt daran nicht einmal im Traum“, Herr Min, Z. 774), Enttäuschung („dass das alles schwierig würde“, Frau Yoon, Z. 248) und dem resignativen Gefühl, in Stich gelassen worden zu sein („in welches Land sollen wir gehen und um Hilfe bitten?“, Herr Jeon, Z. 211) einher. Bemerkenswert ist, dass sich die Interviewten trotzdem Hoffnung darauf machen, dass die Präsidentin Park<sup>131</sup> an die gealterten südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen und an eine gemeinsame Wohnmöglichkeit für deren Lebensabend denkt. Schließlich sei ihr Vater derjenige gewesen, der die Anwerbevereinbarungen mit Deutschland abgeschlossen habe, aufgrund derer SüdkoreanerInnen dorthin geschickt worden seien (Frau Yoon, Z. 242-245).

### ***Zwischenfazit***

Das Thema formelle Ressourcen ist bei der Betrachtung älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen über eine stationäre Pflege von Bedeutung. Dieses Thema besteht aus zwei Faktoren: Die Deutsche Kranken- und Pflegeversicherung und finanzielle Erwartungen an die südkoreanische Regierung. Die folgende Tabelle 12 zeigt zusammenfassend beide Faktoren und deren Einfluss auf ferne Pflegehorizonte.

---

<sup>131</sup> Zur Zeit der Interviews (2014) war die ehemalige Präsidentin Geun-hye Park (2013-2016) im Amt.

Tabelle 12: Ferne Pflegehorizonte und Faktoren aus dem Thema formelle Hilfspotenziale

| Thema           | Faktoren  | DPD | SPD | PS |
|-----------------|---|-----|-----|----|
| Formelle        | Deutsche Kranken- und Pflegeversicherung              | O X |     | X  |
| Hilfepotenziale | Finanzielle Erwartung an die südkoreanische Regierung |     | O X |    |

DPD: Deutsches Pflegeheim in Deutschland/ SPD: Südkoreanische Pflegeheim in Deutschland/ PD: Pflege(heim) in Südkorea  
 O: Öffnend, X: Schließend

Quelle: Eigene Darstellung.

Wie die Tabelle 12 zeigt, stehen drei unterschiedliche Varianten der stationären Pflege im Fokus ferner Pflegehorizonte älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen: Ein ‚einheimisches‘ bzw. ‚deutsches‘ Pflegeheim in Deutschland (DPD), ein ‚ethnisches‘ bzw. ‚südkoreanisches‘ Pflegeheim in Deutschland (SPD), welches im Grunde genommen nicht existiert, und ein Pflegeheim in Südkorea (PS). Die zwei Faktoren, welche das Thema formelle Hilfspotenziale ausmachen, wirken sich je nach Kontext unterschiedlich auf die drei Varianten der stationären Pflege aus.

Der Faktor eine deutsche Kranken- und Pflegeversicherung spielt als formelle Ressourcen bei den Überlegungen älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen bezüglich der Aufnahme einer stationären Pflege eine relevante Rolle. Ferne Pflegehorizonte werden, je nach Wissensgrad über Leistungen der Pflegeversicherung und je nach der wahrgenommenen Verfügbarkeit von eigenen finanziellen Mitteln, unterschiedlich stark, also variabel, geöffnet. So öffnet die imaginierte Vorstellung mancher Interviewten vom deutschen Pflegesystem, bei anfallender Pflegebedürftigkeit keine eigene finanzielle Leistung erbringen zu müssen, um gepflegt zu werden, den fernen Pflegehorizont. Hierbei gehen diese Personengruppe davon aus, dass die Pflegeversicherung eine Art ‚Vollkaskoversicherung‘ sei. Das heißt, dass sie glauben, dass man in Deutschland im Pflegefall durch die Einzahlung in die Pflegeversicherung vollständig versorgt werden würde. Hingegen wird bei jenen Interviewten, welche über den ‚Teilkasko‘-Charakter der Pflegeversicherung informiert sind, je nach der wahrgenommenen Verfügbarkeit der finanziellen Mittel, der ferne Pflegehorizont unterschiedlich weit geöffnet. So gehen die Befragten, welche unterstellen, dass sie durch Rente bzw. Vermögen den Eigenanteil der Kosten der stationären Pflege tragen könnten, auch davon aus, dass sie mit einer Pflege in einem Pflegeheim zurechtkommen würden. Im Vergleich dazu, kommt eine stationäre Pflege für jene Befragten,

welche wenig Rente erhalten, nicht in Betracht, weil sie sich dies finanziell nicht leisten könnten. So wird bei der höheren Verfügbarkeit der finanziellen Mittel aus Rente bzw. Vermögen der ferne Pflegehorizont geöffnet, während bei der niedrigen Verfügbarkeit der finanziellen Mittel der ferne Pflegehorizont geschlossen wird. Außerdem haben sich die Interviewten, welche nach der eigenen Wahrnehmung weder genügend Geld für die stationäre Pflege besitzen noch ihre Kinder finanziell belasten möchten, von der Aufnahme einer stationären Pflege distanziert. Denn die Kinder müssen im Rahmen der Unterhaltspflicht gegenüber den Eltern in einem solchen Fall die Finanzlücke der Eltern bei der stationären Pflege schließen. Das heißt, dass die gesetzliche Bestimmung zur Unterhaltspflicht der Kinder gegenüber den Eltern und die dadurch anfallende finanzielle Belastung negative Auswirkungen auf den fernen Pflegehorizont haben. Interessant ist, dass Pflegeheime, in denen nach der Vorstellung der Interviewten eine Versorgung vollständig vom Staat finanziert wird, nicht unbedingt als brauchbare formelle Ressource angesehen werden. Es zeigt sich, dass neben der finanziellen Möglichkeit auch andere Faktoren, wie die Qualität der Pflege, beim Nachdenken über die stationäre Pflege von Bedeutung sind. Auf der anderen Seite ist es aber auch bemerkenswert, dass formelle Ressourcen wie die Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung in Deutschland einen Grund für die Aufgabe des Wunsches darstellen, im Alter in das Heimatland Südkorea zurückzukehren. Fehlende Ressourcen zur Gewährleistung der eigenen Pflege im Herkunftsland scheinen der Hauptgrund für die Entscheidung gegen eine Rückkehr zu sein.

Festzustellen ist auch, dass nicht nur ein ‚einheimisches‘, sondern auch ein ‚ethnisches‘ Pflegeheim in Deutschland, welches im Grunde genommen nicht existiert, in den Gedanken älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen in Hinblick auf die stationäre Pflege zum Teil in Betracht gezogen wird. Kaum vorhandene materielle Ressourcen der ethnischen Gruppe erschweren den Aufbau eines solchen Pflegeheims. Hingegen geht eine aus Sicht der Befragten verdiente Unterstützung aus dem Herkunftsland aufgrund des Beitrags zur wirtschaftlichen Entwicklung Südkoreas und der Rahmenbedingungen der Migration als potenzielle Ressource für den Aufbau eines südkoreanischen Pflegeheims mit der Zuversicht einher, von dort versorgt zu werden. Jedoch wird die Initiative älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen gegenüber der südkoreanischen Regierung, vonseiten der PolitikerInnen in Südkorea mit unerwartet negativen Reaktionen quittiert. Von den älteren SüdkoreanerInnen in Deutschland wird dies wiederum als fehlende Anerkennung ihrer spezifischen Erwartungen gewertet. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Bezug auf die formelle Pflege in einem ‚ethnischen‘ Pflegeheim die fehlenden ethnischen materiellen Ressourcen für die Errichtung eines ‚südkoreanischen‘ Pflegeheims und

die fehlende Bereitschaft der südkoreanischen Regierung zur Unterstützung des Aufbaus eines ‚südkoreanischen‘ Pflegeheims in Deutschland den fernen Pflegehorizont negativ beeinflussen. Währenddessen geht der selbst wahrgenommene und von südkoreanischen PolitikerInnen anerkannte Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung Südkoreas mit der Erwartung der Unterstützung der südkoreanischen Regierung beim Aufbau eines ethnischen Pflegeheims einher, was wiederum den fernen Pflegehorizont offenhält.

## **8.3 Lebensstil**

In den folgenden Abschnitten wird das dritte Thema, der Lebensstil, erläutert, was sich im Interviewmaterial als wichtig herausgestellt hat. Dies steht mit den spezifischen Bedürfnissen älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen im Zusammenhang. In der bisherigen Biografie entwickelte Lebensstile treten als ein weiteres relevantes Thema auf, wenn ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen sich mit der Eventualität einer stationären Pflege befassen. Im Mittelpunkt stehen hier vor allem das Essverhalten (8.3.1), aber auch die Gesundheitsversorgung (8.3.2) und die Wohngewohnheiten (8.3.3). Dabei geht es um die Aufnahme der ‚deutschen‘ und der Erhalt der ‚südkoreanischen‘ Kultur. Außerdem spielt auch die persönliche Lebensweise bzw. Alltagskultur eine Rolle, wenn über mögliche Pflegearrangements nachgedacht wird. Je nach dem jeweiligen Grad der Relevanz der bisherigen Lebensstile fallen die Perspektive auf eine etwaige stationäre Pflege unterschiedlich aus, wobei nicht nur Überlegungen zu ‚deutschen‘ Einrichtungen, sondern auch die Idee eines ‚südkoreanischen‘ Pflegeheims ins Spiel kommen. Diesbezügliche Auseinandersetzungen mit Pflegeszenarien werden im Folgenden dargestellt.

### **8.3.1 Essverhalten**

Interviews mit südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen zeigen, dass die stark unterschiedliche Esskultur zwischen Deutschland und Südkorea bei dieser Gruppe eine maßgebliche Rolle spielt, wenn es um eine etwaige zukünftige stationäre Pflege geht. Wesentlich ist hier ein Spannungsverhältnis zwischen der dominanten ‚deutschen‘ Esskultur im Pflegeheim und den Essgewohnheiten von SüdkoreanerInnen. Eine gewisse Anpassung an die einheimische Esskultur ist durchaus erkennbar: „Ich esse gerne deutsch“, sagt Herr Woo (Z. 159); ein anderer Interviewpartner verweist auf die Erfahrung mit einheimischen Speisen während seines Lebens in

einem Zechenheim nach der Einwanderung (Herr Koh, Z. 784 f.); erwähnt wird auch die Veränderung des Geschmacksempfindens bzw. die Überwindung von Fremdheit gegenüber einheimischen Speisen („Jetzt esse ich gerne Joghurt, aber in der ersten Zeit konnte ich das nicht essen, weil das gar nicht geschmeckt hat“, Frau Hong, Z. 242). Hingegen erscheint die Präferenz für die regelmäßige Einnahme koreanischer Speisen ein wichtiger Bezugspunkt für Vorbehalte gegenüber ‚deutschen‘ Pflegeheimen. Zum Thema werden hier der wahrgenommene Unterschied zwischen der deutschen und südkoreanischen Esskultur (8.3.1.1) und die subjektive Bedeutung der Speisen aus dem Heimatland (8.3.1.2).

### **8.3.1.1 Erfahrung der unterschiedlichen Esskulturen**

Geht es um die Esskultur in der Aufnahmegesellschaft, so wird vielfach auf Differenz verwiesen. Die Ernährung in Deutschland gilt als „etwas ganz anders, als wir essen“ (Frau Shin, Z. 336). Die entsprechenden Formulierungen machen Unterschiede stark: einerseits „deutsches Essen“ (Herr Kim, Z. 1347; Herr Woo, Z. 159; Frau Yoon, Z. 74; Frau Suh, Z. 615), „nach europäischer Art“ (Herr Jeon, Z. 269), „hiesiges Essen“ (Herr Koh, Z. 788) und andererseits „koreanisches Essen“ (Frau Ahn, Z. 502; Frau Na, Z. 310; Frau Yoon, Z. 77; Frau Suh, Z. 723; Herr Koh, Z. 193; Herr Woo, Z. 158) oder „unsere eigenen Speisen“ (Frau Na, Z. 303). Die Interviews mit den ArbeitsmigrantInnen deuten an, dass die Unterschiedlichkeit der Esskulturen die subjektiven Wahrnehmungen vor allem in der ersten Zeit nach der Einwanderung prägte. Dazu trug nicht nur die Fremdheit der einheimischen Speisen bei, sondern auch die Unbekanntheit der koreanischen Küche in Deutschland. Die entsprechenden Erfahrungen spielen nun bei Überlegungen zu potenziellen stationären Pflegearrangements eine nicht unwesentliche Rolle; alte Empfindungen leben sozusagen noch einmal auf, was im Folgenden eingehender illustriert wird.

#### *Fremdheit der koreanischen Speisen in Deutschland*

Bei manchen südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen spielen – wenn es um Szenarien zu einem zukünftigen Leben im Heim geht – das eigene Essverhalten sowie vergangene Erlebnisse mit der Fremdheit koreanischer Speisen in Deutschland eine bedeutende Rolle. Die Versorgung mit koreanischen Speisen in einem Pflegeheim gilt als problematisch, unabhängig davon, ob koreanische Küche dort überhaupt angeboten wird. Damit korrespondiert eine negative Haltung zu ‚deutschen‘ Pflegeheimen. Gleichzeitig besteht der Wunsch, in einem südkoreanischen Heim versorgt zu werden, damit man ohne Einschränkung heimische Speisen zu sich nehmen kann,

obwohl – wie im vorangegangenen Abschnitt (8.2.2) dargestellt – in Deutschland bislang kein speziell auf südkoreanisches Klientel eingestelltes Angebot existiert. Der folgende Interviewabschnitt veranschaulicht diese Konstellation und die Bedeutung von Erlebnissen in der Einwanderungsbiografie der Befragten. Diese erscheinen prägend für diese Person und beeinflussen hier auch ihre Einstellung bezüglich der Pflege in einer stationären Einrichtung:

*„Eine Freundin von mir, mit der ich zusammen im Krankenhaus gearbeitet habe, hat mir Kimchi<sup>132</sup> gegeben. Ich hatte das auf der Fensterbank hingestellt. Äh, der Vermieter kam nach oben, schnüffelte herum, sagte ‚Was für einen Geruch ist das? Was für einen Geruch ist das? Es riecht hier komisch‘. Kann man denn das essen? Man kann es nicht mehr essen, oder? Deswegen habe ich mich in dieser Wohnung nicht wohl gefühlt. Ich konnte das nicht mehr essen. So habe ich das wieder eingepackt und ihr zurückgebracht. Ah, das ist der Grund, warum man nicht bei einem Deutschen wohnen kann. Das Essen passt nicht hier. Deswegen kann man nicht essen. Ich habe damals begriffen, dass das wirklich ein Nachteil ist, in Deutschland nicht in einem eigenen Haus zu wohnen und dass meine Leute koreanisches Essen mögen müssen. Das habe ich begriffen. Dies habe ich als Studentin erlebt. Das ist der Grund, warum ich nicht in ein Pflegeheim gehen möchte, wo Deutsche sind. Weil ich das erlebt habe, als ich studiert habe“ (Frau Suh, Z. 751-760).*

Der Interviewtext thematisiert die ablehnende Reaktion eines einheimischen Vermieters auf das koreanische Gericht „Kimchi“, die Frau Suh in ihrer ersten Zeit in Deutschland erlebt hat, und den Einfluss dieser Reaktion auf die Haltungen der Befragten im Hinblick auf stationäre Pflegearrangements in der Aufnahmekultur. Das Zitat verweist auf den potenziell zentralen Stellenwert bzw. die zentrale soziale Bedeutung der Art der Ernährung in der Gruppe südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen – hier im Kontakt mit einer nahen Bekannten und Bezugsperson („Freundin“). Frau Suh, die Mitte der 1970er Jahre nach Ablauf ihres Arbeitsvertrages ein Studium in Deutschland aufgenommen hatte, berichtet von einer Konfrontation, bei der es um ein persönliches Geschenk – eine Portion „Kimchi“, einer südkoreanischen Spezialität – ging und das Verhalten eines deutschen Vermieters, der in ihrem Wohnbereich „herumschnüffelt“ und sich abwertend über die Essgewohnheiten einer Einwanderin äußert („es riecht hier komisch“). Die Nachstellung der aneinander gereihten Fragen deutet an, dass das Erlebnis irritierend war

---

<sup>132</sup> Kimchi ist ein koreanisches Nationalgericht aus Chinakohl oder Rettich, das in Korea zu jeder Mahlzeit serviert wird.

und sich die Befragte danach gezwungen sah, Gewohnheiten zu ändern („ich konnte das nicht mehr essen“, „so habe ich das wieder eingepackt und ihr zurückgebracht“). Frau Suh fühlte sich in Hinblick auf die Ernährungsmöglichkeiten in ihrer Wohnung nicht mehr wohl, da sie vermutlich eine Wiederholung des Ereignisses befürchtete. Dieses Erleben von Fremdheit („Das Essen passt nicht hier“) wirkte sich offenbar auf ihre Gedanken an mögliche Wohnformen in der Zukunft aus („nicht bei einem Deutschen wohnen kann“, „dass das wirklich ein Nachteil ist, in Deutschland nicht in einem eigenen Haus zu wohnen). Aus Sicht von Frau Suh setzt mithin das Ausleben der eigenen Essgewohnheit aus dem Herkunftsland eine ‚geschützte‘ räumliche Entfernung zum nächsten Nachbarn voraus. Das Fremdheitserlebnis beeinflusst zudem die Haltung von Frau Suh bezüglich sozialer Kontakte zu Einheimischen. Die Akzeptanz der Küche wird zum entscheidenden Faktor bei der Bewertung sozialer Nahbeziehungen („dass meine Leute koreanisches Essen mögen müssen“). Frau Suh scheint also bislang – vermutlich aus Angst vor Ablehnung – eher mit jenen Menschen engere soziale Beziehungen eingegangen zu sein, die keine Abneigung gegenüber koreanischen Speisen hegen<sup>133</sup> – und dies hat Auswirkungen auch auf ihren Pflegehorizont. Ein bereits vierzig Jahre zurückliegendes, offenbar eindrucksvolles Erlebnis beeinflusst hier die Haltung zu stationärer Pflege, denn es ist „der Grund, warum ich nicht in ein Pflegeheim gehen möchte, wo Deutsche sind“.

Vielmehr würde die Interviewte ein südkoreanisches Pflegeheim vorziehen. Diesbezüglich äußert sich Frau Suh im folgenden Interviewabschnitt wie folgt:

*„Man kann in einem südkoreanischen Pflegeheim koreanische Speise essen, wann man möchte. Warum wir uns dabei wohl fühlen, wenn wir in das südkoreanische Kulturzentrum, in das südkoreanische Kulturzentrum in der Stadt Essen gehen, dort etwas gemeinsam unternehmen und essen, liegt daran, weil wir beliebig ohne Einschränkung dort essen können, was wir möchten. [...] Dort haben wir gar keinen Ärger im Hinblick auf das, was wir essen, ob wir Doenjang<sup>134</sup>*

---

<sup>133</sup> Ein weiterer Interviewter, Herr Jeon, berichtet ebenfalls von der Fremdheit koreanischer Speisen in Deutschland und Einschränkungen seiner Essgewohnheiten, wobei auch hier die Besorgnis über die Reaktion von Einheimischen zugrunde liegt. So unterstellt er ein potenziell ablehnendes Verhalten der Einheimischen gegenüber koreanischen Gewürzen, vor allem Knoblauch („wenn man mit dem Aufzug fährt, steigen alle Deutschen aus“, Herr Jeon, Z. 236). Er vermeidet dementsprechend, Knoblauch in den für ihn üblichen Mengen („wie viel ich möchte“, Herr Jeon, Z. 237) zu konsumieren oder nach dem Verzehr desselben „auf der Straße herumzulaufen“ (Herr Jeon, Z. 234). Gegebenenfalls wird ganz verzichtet, „denn das riecht so stark“ (Herr Jeon, Z. 231 f.). Es stellt sich sogar das Gefühl ein, „wie ein Verbrecher“ betrachtet zu werden (Herr Jeon, Z. 239).

<sup>134</sup> Das ist eine fermentierte koreanische Sojabohnenpaste.

*essen oder ob wir Gochujang<sup>135</sup> essen, wir können dort alles essen. Aber wenn wir ein Gebäude mieten und dort so etwas machen würden, dann müssen wir nach dem Essen das Fenster öffnen, dort gründlich sauber machen, usw. Allein dadurch fühlen wir uns nicht wohl. Das heißt, wenn wir AusländerInnen ins Heim, äh ins Pflegeheim einziehen und dort wohnen würden, wie unwohl würden wir uns fühlen? Nicht wahr? Es wäre alles problematisch, wie die Zubereitung von Kimchi, dessen Geruch und Aufbewahrung“ (Frau Suh, Z. 723-731).*

In diesem Interviewausschnitt wird erkennbar, dass bei der Befragten die (von ihr festgestellte) Fremdheit der Deutschen gegenüber der koreanischen Küche die Gedanken an ein späteres gemeinsames (stationäres) Leben in der eigenen ethnischen Gruppe („südkoreanisches Pflegeheim“) antreibt. Im Mittelpunkt ihrer Überlegungen steht hier der Wunsch nach einem uneingeschränkten Ausleben eigener Essgewohnheiten („essen, wann man möchte“), auch im Hinblick auf die Art der Ernährung („essen können, was wir möchten“, „ob wir Doenjang essen oder ob wir Gochujang essen“) sowie die Einnahme von Speisen, die für Einheimische einen mitunter ungewöhnlichen Geruch haben.

Dieser Wunsch wird gestärkt durch die Erfahrung, in einem anderen Kontext diesbezüglich angenehme Erlebnisse haben zu können („beliebig ohne Einschränkung dort essen können, was wir möchten“, „wir können dort alles essen“), nämlich gemeinsam mit Landsleuten im „südkoreanischen Zentrum“. Das Zentrum erscheint hier als ein ethnisches Territorium, in dem die Kultur aus dem Herkunftsland präsent ist: also Heimat. Koreanische Speisen sind dort ein wichtiges Kriterium für die Zugehörigkeit bzw. die soziale Identität im Lebenszusammenhang mit Anderen („etwas gemeinsam unternehmen und essen“). Jedoch sind sie außerhalb dieses Territoriums ein potenzieller Konfliktherd; allein der nach dem Essen verbleibende Geruch in einer gemieteten Räumlichkeit könnte Probleme mit Einheimischen hervorrufen. Die Vermeidung von Konflikten mit Einheimischen erfordert wiederum eine immense Selbstkontrolle („nach dem Essen das Fenster öffnen, dort gründlich sauber machen, usw.“); Unterlegenheitsgefühle sowie Unwohlsein sind eine mögliche Folge und können sich auf die gesamten privaten Aktivitäten der Betroffenen auswirken. Deshalb wird die Zubereitung und Aufnahme von koreanischen Speisen („wie die Zubereitung von Kimchi, dessen Geruch und Aufbewahrung“) an einem von Einheimischen und deren Kultur dominierten Ort (Pflegeheim) als „problematisch“ sowie ‚mühselig‘ angesehen und geht mit dem Gefühl des Unwohlseins einher. Da Frau

---

<sup>135</sup> Das ist eine fermentierte koreanische Chillipaste.

Suh angesichts des einseitigen Ernährungsangebots in einem ‚deutschen‘ Pflegeheim keine Möglichkeit sieht, ihre Essgewohnheiten beizubehalten, fällt es der Befragten schwer, sich in einem solchen versorgen zu lassen.

### Die Fremdheit der einheimischen Esskultur

Ein Teil der Interviewten empfindet die Küche der Aufnahmegesellschaft immer noch als ungewöhnlich, obwohl sie bereits seit mehreren Jahrzehnten in Deutschland leben. Einige der Befragten gehen davon aus, dass in einem Pflegeheim ‚nur‘ deutsche Gerichte angeboten werden und sie zwangsläufig ungewöhnliche und fremde Speisen zu sich nehmen müssen. Dies bewirkt wiederum eine negative Einstellung zu einem etwaigen stationären Pflegearrangement, was der folgende Interviewtext gut illustriert:

*„Wenn man hier in Deutschland zum Beispiel in ein Pflegeheim einzieht, muss man alle drei Mahlzeiten nach europäischer Art essen, drei Mahlzeiten, man isst drei Mahlzeiten. Können SüdkoreanerInnen dann ohne Kimchi äh ohne Suppe bei jeder Mahlzeit leben? Wir können so nicht leben. Ich war, äh man nennt es Kur; ich war einmal zur Kur äh in Wiesbaden, für sechs äh für drei Wochen. Dort dort wurde Schweinefleisch, Rindfleisch ganz ausgekocht und nur mit Kartoffeln serviert. Am Anfang, ähm ersten ersten Tag konnte ich es essen, aber ab dem zweiten Tag konnte ich nicht mehr. Denn jede Mahlzeit, jeden Tag gab es nur das gleiche zum Essen. ‚Ach, du meine Güte, es ist wirklich ein Problem‘. Ich konnte gar nicht mehr essen, jeden Tag gab es Kartoffeln, jeden Tag äh ähm Schnitzel, wie kann man so etwas jeden Tag essen? Da ich bereits alles Geld ausgegeben hatte, habe ich meine Frau angerufen, ‚Schatz, schick mir Geld, ich muss draußen essen‘. Dann war ich draußen zum Essen, es gab kein chinesisches Restaurant, damals gab es noch kein chinesisches Restaurant. Als ich draußen zum Essen war, ach du meine Güte, das war wieder dasselbe, dasselbe, sogar draußen, äh so etwas ähm wie Zigeunersauce, Pommes, ähm Sandwich, so etwas, dasselbe, äh äh ähm was man in der Kur zum Essen bekommt, es war Tag für Tag gleich, dasselbe, dasselbe, ich konnte echt sterben“ (Herr Jeon, Z. 268-279).*

In dem längeren Zitat wird das Pflegeheim als ein Ort aufgefasst, in dem die von Herr Jeon als fremd empfundene, einheimische Esskultur vorherrscht – die „nach europäischer Art“, und zwar zu „alle[n] drei Mahlzeiten“. Die mutmaßlich auf einheimischen Speisen beruhende Versorgung in einem Pflegeheim erscheint hochproblematisch („wir können so nicht leben“), eben

weil für südkoreanische ArbeitsmigrantInnen wichtige Lebensmittel wie „Kimchi“ und koreanische Suppen nicht auf dem Speiseplan stehen. Die antizipierten Probleme hinsichtlich der Ernährung im Pflegeheim werden hier durch negative Erfahrungen verschärft, die der Befragte während eines längeren Kuraufenthaltes („für sechs äh für drei Wochen“) gemacht hat. Ein zukünftiges Leben im Heim assoziiert er mit einem einschneidenden Erlebnis aus der Vergangenheit, der Konfrontation mit der einseitigen Versorgung während der Kur (immer wieder „Schweinfleisch, Rindfleisch“, „Kartoffeln“<sup>136</sup> und einer ebenso einseitigen Zubereitung, nämlich „ganz ausgekocht“) – ganz im Gegensatz zu seinen eigenen Essgewohnheiten. Die Bereitschaft, sich auf etwas einzulassen, was für Herrn Jeon einen deutlichen Unterschied zu einsozialisierten Gewohnheiten ausmachte, hielt nur einen Tag. Die als eintönig empfundene Versorgung seinerzeit hinterlässt offenbar einen starken Eindruck („jede Mahlzeit“, „nur das gleiche zum Essen“, „jeden Tag gab es Kartoffeln, jeden Tag äh ähm Schnitzel“). Die Abneigung ist unverkennbar: Es stellte sich für den Befragten als unmöglich dar, „so etwas jeden Tag“ zu essen, was wiederum größere Schwierigkeiten mit sich brachte („ich konnte gar nicht mehr essen“, „Ach, du meine Güte“) – er sah für sich keinerlei Möglichkeit, mit dem Problem innerhalb der Einrichtung zurechtzukommen, und das Problem spitzte sich weiter zu, als seine Strategie, außerhalb der Einrichtung essen zu gehen, scheiterte und sogar Geldprobleme auftraten. Das Problem war grundsätzlicher Natur, eine Lösung unmöglich, die Enttäuschung groß: die Erfahrung einer fehlenden Infrastruktur für nicht-deutsche Küche („kein chinesisches Restaurant“)<sup>137</sup> sowie die Dominanz der fremden Esskultur auch außerhalb der Kureinrichtung („das war wieder dasselbe, dasselbe, sogar draußen, äh so etwas ähm wie Zigeunersauce, Pommes, ähm Sandwich, so etwas dasselbe“) haben Spuren hinterlassen. Die Folgen der Fremdheit mit der Ernährung am Kurort und des Fehlens alternativer Versorgungsmöglichkeiten werden als existenziell beschrieben („konnte echt sterben“), obwohl er eigentlich zur Heilung dort sein sollte. Die Art der Schilderung signalisiert, dass eine etwaige Versorgung in einem Pflegeheim als inadäquat wahrgenommen wird; es scheint unmöglich, im Pflegefall das Lebensende dort mit einer angemessenen Lebensqualität zu verbringen. Nicht zuletzt wegen einer als dramatisch

---

<sup>136</sup> In Korea wird dreimal am Tag Reis gegessen. In diesem Zusammenhang ist auch anzumerken, dass Kartoffeln in Südkorea nicht als Grundnahrungsmittel gelten.

<sup>137</sup> Die Fremdheit der deutschen Küche war offensichtlich für Herr Jeon derart eindrücklich, dass er sogar in der – zur koreanischen eigentlich sehr unterschiedlichen – chinesischen Küche eine Alternative sah.

empfundenen biografischen Erfahrung kommt also für Herrn Jeon die Pflege in einer solchen Einrichtung nicht in Betracht.

### **8.3.1.2 Der Stellenwert der Küche**

Neben der Wahrnehmung der unterschiedlichen Esskultur in Deutschland und Südkorea und deren Einfluss auf die Lebensweise stehen die unterschiedliche Wertschätzung bzw. Akzeptanz des Speisenangebots im Mittelpunkt möglicher Pflegeszenarien, wenn Befragte über ‚deutsche‘ Pflege, insbesondere deren stationäre Formen, nachdenken. Für diejenigen, die großen Wert auf koreanisches Essen legen, ist stationäre Pflege kaum vorstellbar. Hingegen sind Personen, welche weniger Wert auf das Essen bzw. mehr Wert auf andere Dinge, wie etwa sozialen Austausch mit anderen, legen, eher bereit, in einem Pflegeheim zu leben. Dies ist einigen der InterviewpartnerInnen unmittelbar bewusst:

*„Ja, die Leute sagen wegen des Essens, wegen so etwas. Na ja, das hängt davon ab, worauf man im Leben Wert legt“ (Herr Woo, Z. 176 f.).*

*„Einige Leute sagen, ob ich äh denn kein Kimchi vermissen würde. Wie man sagt, ‚Wenn man in Rom ist, dann folge der Regel Roms‘, dann kann man in jeder Situation leben“ (Frau Hong, Z. 168-170).*

Wie die beiden Zitate zeigen, spielen auch im Pflegehorizont von Interviewten, die eine stationäre Versorgung ins Auge fassen, eigene Essgewohnheiten des Alltags eine Rolle. Jedoch stehen diese nicht an erster Stelle. Die bisherigen Gewohnheiten dominieren nicht zwingend die Gedanken über ein mögliches Leben im Heim, wie z.B. das Interviewzitat von Herr Woo sehr deutlich vor Augen führt. Für ihn scheint Essen mehr am physischen Bedarf orientiert zu sein. In der Darstellung von Frau Hong ist es nicht unbedingt so, dass der Verzicht auf koreanische Küche die Anpassung an ein Pflegeheim leicht macht – aber man kann und muss die Verhältnisse in der neuen Heimat („Rom“) ertragen. Für sie ist das Beharren auf heimische Speisen kein guter Weg zur Anpassung an die gegebene Situation. Insgesamt ist die Frage der Küche für alle befragten ArbeitsmigrantInnen von Bedeutung – und das hat, wie das Weitere zeigen wird, tieferliegende Gründe.

#### *Geschmacksbildung in der Kindheit und Grundbedürfnisse des Lebens im Alter*

Die Ernährung mit koreanischen Speisen ist für manche Interviewte ein Grundbedürfnis, welches man trotz des Wechsels in eine andere Esskultur in Folge der Migration und damit eines

veränderten Lebenskontextes auch bei einem Übergang in stationäre Pflege nicht aufgeben möchte. Entscheidend scheint dabei der während der Kindheit in Südkorea gebildete Geschmackssinn, an den eine außerordentlich starke Bindung bestehen kann. Frau Choe legt dies wie folgt dar:

*„Auf jeden Fall sind SüdkoreanerInnen, äh wir, wir haben von der Kindheit an koreanisch gegessen und uns daran gewöhnt. Das ist wie Drogen, ja, das ist wirklich wie Drogen“ (Frau Choe, Z. 382 f.).*

Hier scheint die koreanische Esskultur Teil der sozialen bzw. ethnischen Identität von ArbeitsmigrantInnen („wir“, „SüdkoreanerInnen“). Die Vorliebe der Küche des Herkunftslandes geht über Geschmacksfragen hinaus. Tatsächlich wird diese Präferenz an das Aufwachsen in diesem Land gebunden („von der Kindheit an koreanisch gegessen“). Die einsozialisierte Geschmacksbildung ist nachhaltig („uns daran gewöhnt“), eine Veränderung des Geschmacks hat trotz neuem kulturellen Kontext kaum stattgefunden; vielmehr bleibt ein in der Kindheit erworbener Geschmack lebenslang erhalten. Das Verlangen nach gewohnter Ernährung (und Lebensweise) scheint enorm, was deutlich wird, als die Interviewte den Vergleich mit den „Drogen“ heranzieht. Das mit Identitätsfragen verknüpfte Essverhalten reflektiert ein evidenten Grundbedürfnis, welches weder nach Belieben noch im Pflegefall aufgegeben werden kann.

Ähnliches scheint durch, wenn Kritik an der (vermuteten) Anpassungserwartung in Pflegeheimen laut wird, was folgender Interviewabschnitt illustriert:

*„Das, was uns äh schwer fällt, ist das fehlende koreanische Essen, weil das unsere eigenen Speisen sind. Der Appetit auf unsere Gerichte wird von Tag zu Tag größer. Ich persönlich muss jeden Tag Kimchi essen. Aber wenn wir in ein deutsches Pflegeheim gehen, dann können wir nur zu uns nehmen, was das Pflegeheim uns anbietet. Äh, das ist wirklich nicht gut für die Gesundheit. [...] Was meine große Sorge ist es/ jetzt kann ich noch alles selbst tun, ich besorge alle Zutaten und koche etwas Leckeres, alles, dieses und jenes und ich esse das. Aber wenn ich später nicht mehr selbst kochen könnte, dann müsste ich essen, was mir angeboten wird. Wenn ich daran denke, dass ich nicht mehr koreanisch essen könnte, dann wird mir wirklich schwindlig“ (Frau Na, Z. 302-311).*

Wie die Ausführungen von Frau Choe, verweist das Interviewzitat von Frau Na auf die Bedeutung der Esskultur. Erneut scheint die Küche des Herkunftslands für südkoreanische ArbeitsmigrantInnen als kollektiver Identitätsanker („unsere eigenen Speisen“): Aus Sicht von Frau

Na würde das von ihr beschriebene Ernährungsproblem nicht nur sie selbst, sondern auch andere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen betreffen. Thematisiert wird somit ein Zugehörigkeitsgefühl bzw. der Zusammenhalt der eigenen ethnischen Gruppe („uns“). Im obigen Interviewabschnitt wird deutlich, dass koreanisches Essen hier mehr bedeutet, als nur Hunger zu stillen und satt zu werden. Das Geschmacksempfinden und das lustvolle Verlangen nach Genuss („Appetit [...] wird von Tag zu Tag größer“) stehen für die Erfüllung eines fundamentalen Bedürfnisses, welches das tägliche Essverhalten prägt, wobei die dargestellte Steigerung dieses Bedürfnisses nahe legt, dass dieses auch in die Zukunft und damit ins hohe Alter projiziert wird. Heimische Gerichte gelten bei Frau Na, genauso wie bei Frau Choe, als unwiderstehlich, sodass sie „jeden Tag“ Kimchi essen „muss“.

Diesem Bedürfnis will die Befragte durch eigene Initiative (Nahrungsbeschaffung und Zubereitung der Gerichte) nachkommen („ich besorge alle Zutaten und koche etwas Leckeres, alles, dieses und jenes“), ein Verlust an entsprechender Bewegungsfähigkeit erscheint als Bedrohung. Im Pflegefall könne sie die Autonomie verlieren, ihre Lieblingskost selbst zu organisieren („wenn ich später nicht mehr selbst kochen könnte“). Das bedeutet für Frau Na, dass ein wesentliches ‚Grundbedürfnis‘ nicht gestillt werden könnte. Sobald der stationäre Versorgungsfall einträte, ist man auf Angebote des Heims angewiesen, also auch das mit Speisen der Aufnahmegesellschaft. In einer solchen Situation sieht Frau Na keine Alternative („nur zu uns nehmen, was das Pflegeheim uns anbietet“). Ein im Alter noch zunehmendes ‚Grundbedürfnis‘ – die Versorgung mit koreanischen Speisen, welche seitens der Einrichtung nicht ersetzbar sind – wird vernachlässigt – und das stellt für sie eine nahezu existenzielle Frage dar. Einer fremden Küche ausgeliefert zu sein, zu welcher sie keinen Zugang findet, ist für sie offensichtlich mit psychischer Unzufriedenheit und seelischem Leid verbunden, also auch mit einer subjektiven Beeinträchtigung ihrer Gesundheit („wirklich nicht gut für die Gesundheit“) – obwohl sie sich in der Obhut einer Einrichtung befände. Im Fall von Frau Na ist die Essensfrage von so großer Bedeutung, dass allein der Gedanke an die Aufgabe dieser Gewohnheit beim Einzug in ein Pflegeheim eine starke physische Reaktion hervorruft („mir wird wirklich schwindelig“). Ein wesentliches Element der Aufnahmekultur (das Essen) erscheint als Teil des stationären Pflegeszenarios, was für die Befragte eine große Hürde darstellt.

### Koreanische Kost als Trost in schwierigen Zeiten

Koreanische Speisen zu sich zu nehmen, bedeutet aus der Sicht älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen nicht nur, eine Gewohnheit aus dem Herkunftsland weiterzuführen. Es erfüllt offenbar auch psychische und emotionale Funktionen: Es vermittelt Trost, Geborgenheit und Schutz. Erst diese Funktion des Essens macht es nachvollziehbar, dass einige der Befragten einen sehr hohen Aufwand betreiben, um die koreanische Esskultur in Deutschland aufrecht zu erhalten. Deren Bedeutung fällt vor allem im Falle von Hilflosigkeit ins Gewicht. Pflegebedürftigkeit stellt aus Sicht der Befragten ohnehin eine schwierige Zeit dar, das Essen wird dann zum Haltepunkt. Dies veranschaulicht folgender Interviewausschnitt:

*„Ich muss doch von Anfang an davon ausgehen, in ein Pflegeheim zu gehen, wenn ich hier alt werde. Ich bin hier für alle wichtigen Sachen versichert. Wenn ich in ein Pflegeheim gehe, habe ich äh kein Problem mit der deutschen Sprache. Aber es wäre problematisch, dass ich in einer sowieso schwierigen Zeit den ganzen Tag zu den Mahlzeiten nur deutsches Essen zu mir nehmen muss. Wenn ich das ab und zu esse, dann geht es. Aber wenn ich ständig so etwas essen muss, ach ich glaube, das kann ich nicht aushalten. Ich esse doch viel Brot. Ich esse morgens und abends Brot, aber ich esse mittags koreanisch. Sonst wäre das schwer. Ich möchte gerne mindestens einmal am Tag eine koreanische Mahlzeit essen“ (Frau Yoon, Z. 70-77).*

Frau Yoon erklärt hier, dass aus ihrer Sicht eine stationäre Versorgung auf lange Sicht das einzige mögliche Pflegearrangement in Deutschland darstellt („muss“, „von Anfang an“), obwohl sie eigentlich nicht gerne dorthin gehen möchte („doch“). Hier liegt die Vermutung nahe, dass Frau Yoon als Alleinlebende keine informellen Ressourcen sieht, um im Pflegefall zu Hause versorgt werden zu können.<sup>138</sup> Gleichzeitig zeigt das Zitat, dass für sie diese Option, also die stationäre Pflege, nur in Deutschland vorstellbar ist. Das heißt, dass weitere Pflegearrangements bei ihr in Betracht kämen, wenn sie nicht in Deutschland leben würde („wenn ich hier

---

<sup>138</sup> Wie bereits erwähnt, lebt Frau Yoon allein in Deutschland und überlegt, ob sie im Bedarfsfall zu ihrer ältesten, in Nordamerika wohnenden Tochter ziehen und sich gegebenenfalls von dieser pflegen lassen soll, worüber ihre Tochter bereits mit ihr angesprochen hat (siehe 8.1.1.1 Kindespietät). Sie steht der Möglichkeit jedoch distanziert gegenüber, u.a. weil sie dort keine im Alter und Pflegebedürftigkeit nötige Sozialversicherung habe und somit möglicherweise alle anfallenden Kosten selbst übernehmen müsse (Frau Yoon, Z. 223-228). Außerdem möchte sie ihre Tochter durch die Pflege nicht belasten (Frau Yoon, Z. 262-265).

alt werde“). Dies signalisiert, dass in ihren Zukunftsgedanken bezüglich einer etwaigen Pflegebedürftigkeit Möglichkeiten durchgespielt werden, welche auch eine Versorgung jenseits der Grenzen mit einschließen – wobei eine endgültige Entscheidung noch aussteht.

Aus Sicht von Frau Yoon ist die benötigte finanzielle Basis für die Versorgung in einem Heim durch die Pflegeversicherung gegeben. Außerdem fühlt sie sich vermutlich durch das Sozialversicherungssystem gegen weitere Risiken gewappnet („Ich bin hier für alle wichtigen Sachen versichert“). Sie sieht keine Kommunikationsprobleme um Umgang mit Pflegekräften und anderen HeimbewohnerInnen („kein Problem mit der deutschen Sprache“), was in Hinblick auf die Unterstützung durch das Pflegepersonal sowie den sozialen Austausch im stationären Lebensumfeld durchaus von Bedeutung ist. Hingegen sind erneut fehlende koreanische Mahlzeiten im Ernährungsangebot eines Heims ein Hemmnis beim Eintritt in stationäre Pflege. Zwar steht sie – im Vergleich zu anderen SüdkoreanerInnen – der einheimischen Esskultur aufgeschlossener gegenüber; ihre Mahlzeiten bestehen bereits jetzt zum Teil aus dem, was in der Aufnahmekultur normal ist („Ich esse doch viel Brot. Ich esse morgens und abends Brot“). Nichtsdestoweniger habe sie das Bedürfnis, „mindestens einmal am Tag“ koreanisch zu essen. Die Erfüllung dieses Bedürfnisses ist für Frau Yoon keine Nebensächlichkeit: Die Aufnahme von täglich drei, aus deutschen Nahrungsmitteln bestehenden Mahlzeiten würde ihr „schwer“ fallen. Aus diesem Grund geht sie davon aus, dass eine stationäre Pflege mit Schwierigkeiten verbunden wäre, eben weil sie dort „in einer sowieso schwierigen Zeit den ganzen Tag [...] nur deutsches Essen“ erhalte. Einerseits erscheint der Einzug ins Heim generell als Belastung, andererseits verkörpert dieses Heim für Frau Yoon – trotz einer weitreichenden Anpassung an die (Essens-)Kultur der Aufnahmegesellschaft – einen Ort, welcher fremd bleibt und eine kulturell durch das Herkunftsland geprägte und weiter gepflegte Alltagsroutine („aber ich esse mittags koreanisch“) unmöglich machen könnte. So bereitet ihr der Gedanke an ein exklusiv mit deutscher Kost aufwartendes Pflegeheim große Schwierigkeiten, obwohl sie zum Zeitpunkt der Befragung nach eigenen Aussagen schon deutsche Mahlzeiten zu sich nahm: Sie kann es nicht „aushalten“, wenn sie ihre jetzige Routine aufgeben muss. Offensichtlich besteht bei Frau Yoon eine starke Bindung an ihre Essgewohnheiten: In gewisser Hinsicht geben sie ihr Geborgenheit, Schutz und Trost. Sie sind ein emotionaler Ankerpunkt in einer erwartbar schwierigen Zeit. Und so wird das vermutete Essensangebot einer deutschen Pflegeeinrichtung ein wesentliches Hindernis bei der Entscheidung, sich in einem Pflegeheim versorgen zu lassen – obwohl die stationäre Pflege für Frau Yoon das einzig vorstellbare, mögliche Szenario scheint. Hier liegt die Vermutung nahe, dass der Gedanke an stationäre Pflege der Befragten starken

Kummer bereitet, da sie einerseits keine Alternative sieht, andererseits dort aber wenig Trost in Aussicht steht.

### Essen als Zement sozialer Bindung

Wie bereits erwähnt, verbinden die Interviewten das gemeinsame Essen mit Gemeinschaft, also sozialer und emotionaler Verbundenheit. Dies betrifft sowohl das Miteinander mit Einheimischen als auch das mit der eigenen ethnischen Gruppe. Herr Yang grillt beispielsweise oft zusammen mit seinen einheimischen Nachbarn; seinem Eindruck nach hat er ein gutes Verhältnis zu diesen, denn er vertraut ihnen seine Hausschlüssel an mit der Bitte, auf sein Domizil aufzupassen, wenn er und seine Familie verreisen (Herr Yang, Z. 540 f.). Frau Shin nimmt koreanische Gerichte mit, wenn sie zu einem Treffen mit anderen MigrantInnen aus Korea geht (Frau Shin, Z. 90-93). Ein gemeinsames Essen ist ein bedeutsames soziales Ereignis, bei welchem je nach Kontext unterschiedliche Speisen verzehrt werden. Frau Na erzählt davon in ihrem Interview:

*„Ich koche etwas Leckeres, damit mache ich meinen Kindern Freude. Manchmal koche ich etwas Leckeres, damit mache ich den Mitgliedern meiner Kirchengemeinde am Sonntag Freude. Und wenn ich Zeit habe, wenn ich kann, solange ich mich bewegen kann, dann lade ich Leute zu mir ein. Ich lade sie zu mir ein und biete ihnen etwas Leckeres an, damit sie sich daran erinnern können, ‚Ach, meine Mama hat das für uns gekocht. Das war wirklich lecker‘, ‚Meine Großmama hat uns das gekocht, das war wirklich gut‘. Dafür gebe ich mir wirklich große Mühe“ (Frau Na, Z. 342-346).*

Der Interviewtext veranschaulicht, dass hier soziale Interaktionen um „Leckeres“ kreisen: Während die eine Seite schmackhafte Speisen gezielt zur Freude ihr nahe stehender Menschen („meinen Kindern“, „den Mitgliedern meiner Kirchengemeinde am Sonntag“) zubereitet, nimmt die andere Seite an dem gemeinsamen Essen teil und genießt die Zusammenkunft – wobei „etwas Leckeres“ zum Mittel zur Vergemeinschaftung wird, also ein gemeinsames Geschmackserlebnis eine Voraussetzung dafür ist, dass alle Beteiligten das Zusammensein wertschätzen. Die mit Essen verbundene Sinnlichkeit wird zum Zement sozialer Beziehungen und bestimmter Gemeinschaften. Aus Sicht von Frau Na stiftet das schöne Erlebnis mit einem guten Essen soziale und emotionale Verbundenheit, welche sogar über den Tod hinausgehen kann („Ach, meine Mama hat das für uns gekocht. Das war wirklich lecker“, „Meine Großmama hat uns das gekocht, das war wirklich gut“). Diese Verbundenheit betrifft nicht nur den Augenblick

der gemeinsamen Mahlzeiten, sondern lebt offenbar in Gesprächen über das Ereignis weiter, an das sich alle gerne erinnern.

Herr Kim projiziert die Gemeinschaftsorientierung auf das Leben im Heim und vermutet, dass südkoreanische ArbeitsmigrantInnen an gemeinsame Mahlzeiten in einer Pflegeeinrichtung anders herangehen würden als einheimische BewohnerInnen. Er schildert dies wie folgt:

*„Unterstellen wir einmal, dass ein Südkoreaner im Pflegeheim wohnt. In einem solchem Fall ist er ein Außenstehender. Denn SüdkoreanerInnen essen vor allem die deutschen Speisen nicht gerne und sie haben dann womöglich auch die deutsche Sprache vergessen“ (Herr Kim, Z. 1346 f.).*

In der Darstellung von Herrn Kim ist ein Südkoreaner im stationären Setting sozial isoliert („Außenstehender“). Dafür nennt er zwei Gründe: zum einen die negative Haltung gegenüber deutschen Speisen („SüdkoreanerInnen essen vor allem die deutschen Speisen nicht gerne“) und zum anderen unzureichende Sprachkenntnisse. Für ihn hat damit die Ernährung in einem Pflegeheim für SüdkoreanerInnen eine eher primitive Funktion, denn sie würde einzig und allein dem Überleben dienen. Andere Funktionen von gemeinsamen Mahlzeiten kämen demgegenüber zu kurz. Die gemeinsame Einnahme ungeliebter deutscher Speisen wird hier nicht als soziales Ereignis begriffen, obwohl die südkoreanischen BewohnerInnen, von außen betrachtet, während der Mahlzeiten sehr wohl als Teil der Gemeinschaft in einem Pflegeheim aufträten. Das Problem Sprachkompetenz spielt hier eine wichtige Rolle: Für SüdkoreanerInnen sei Deutsch keine Muttersprache, vorhandene Kenntnisse ließen im Alter auch nach („womöglich auch die deutsche Sprache vergessen“). Aufgrund dessen könnten ältere SüdkoreanerInnen in einer stationären Einrichtung leicht marginalisiert werden (eben „Außenstehende“ sein) – und diese Gemengelage ist für Herr Kim der Grund, dass er nicht in einem deutschen Pflegeheim versorgt und betreut werden möchte.

#### *Vegetarisches Essen aus Korea als Heilmittel*

Aus Sicht von Frau Suh ist Ernährung untrennbar mit dem Körper, der Einstellung zu sich selbst und der Umwelt verbunden. Bei ihr geht es um vegetarische Rezepte, sie stehen im Mittelpunkt ihrer Auseinandersetzung mit dem Szenario stationäre Pflege – wobei die von ihr angenommene Heilkraft dieser Kost sowie die Einstellung zu anderen Lebewesen grundlegend

sind. Bei der Massenversorgung in einem Pflegeheim kämen, so die Befragte, individuelle Essgewohnheiten zu kurz, wodurch eine stationäre Versorgung für sie selbst nicht in Frage kommt. Der folgende Interviewtext veranschaulicht dies:

*„Natürlich, äh, ich meine nicht, dass ich nicht gut Deutsch spreche, sondern ähm jeder hat lange Gewohnheiten. Zum Beispiel esse ich auch gerne deutsche Speisen äh wie Kartoffeln, wie Kartoffel, wie Spaghetti so etwas alles. Trotzdem ist das, was ich gerne esse, vegetarisch. Darum brauche ich Kimchi, äh mir passt koreanische Speise wie Kkakdugi oder Sigeumchi Namul. Aber wenn ich ähm ins deutsche Pflegeheim einziehe, dann muss ich essen, was ich von dort bekomme. Das allein passt mir bereits nicht, äh das passt mir nicht“ (Frau Suh, Z. 614-620).*

In der Vision von Frau Suh ist die Welt eines Pflegeheims durch Unterschiede zu ihrem Alltagsleben charakterisiert, wobei hier vor allem Sprache und Ernährungsgewohnheit eine Rolle spielen. Während sie mit der einheimischen Sprache, welche für das Leben in einem Heim wichtig ist, kein Problem habe, bereitet ihr der Gedanke an die Essensversorgung im Heim Sorgen – und zwar nicht zuletzt aufgrund ihrer langjährigen, vegetarischen Ernährung. Zwar hat sie offenbar die einheimische Esskultur angenommen (und aße „gerne deutsche Speisen“ wie „Kartoffeln“ und „Spaghetti“). Dies deutet an, dass die Befragte sich zumindest teilweise mit der einheimischen Esskultur angefreundet hat (sie isst das „gerne“). Jedoch bevorzugt sie vegetarische Speisen („trotzdem“), wobei sie als Beispiel *koreanische* Gerichte, wie „Kimchi“, „Kkakdugi“ (Kimchi aus Rettichwürfeln) und „Sigeumchi Namul“ (Spinat-Beilage) nennt. Dies zeigt, dass Frau Suh über ihre vegetarische Ernährung eine Verbindung zur Heimatkultur herstellt, obwohl sie deutsche Gerichte ebenfalls gerne isst und damit die Esskultur des Aufnahmelandes nicht ablehnt. So entsteht eine gelungene Verknüpfung beider Kulturwelten. Allerdings: Eine möglicherweise im Pflegeheim angebotene, vegetarische Ernährung ist für Frau Suh *keine* akzeptable Lösung. In einer weiteren Interviewstelle offenbart die Befragte, die schon seit 20 Jahren Vegetarierin ist, was diese Ernährungsform für sie bedeutet.

Der Ausgangspunkt für die Ernährungsumstellung war eine Lebenskrise<sup>139</sup>, die sie dazu brachte, „wirklich meinen inneren Ausgleich“ zu finden (Frau Suh, Z. 561). Dabei fand sie das vegeta-

---

<sup>139</sup> Sie erzählte im Interview nicht, um welche Lebenskrise es sich handelte.

rische Leben neben der Meditation als den für sie passenden Weg hin zu mehr innerer Ausgeglichenheit (Frau Suh, Z. 561-565). Seit sie vegetarisch lebe, fühle sie sich „innerlich ruhiger“ (Frau Suh, Z. 340). Außerdem brächte das vegetarische Leben positive Auswirkungen mit sich, welche sie nicht vorhergesehen habe: einerseits „dass ich dadurch keine Tiere töte und alle lebendigen Wesen wie meinen Körper achte und liebe“ (Frau Suh, Z. 340 f.) und andererseits „dass ich keine Allergien mehr habe. Ich hatte ganz schlimmen Heuschnupfen“ (Frau Suh, Z. 584 f.). Vegetarische Gerichte aus Korea sind folglich für Frau Suh direkt mit einer heilsamen Wirkung auf Körper, Psyche und Seele sowie einer ethischen Einstellung zum Leben, zu Tieren und zur Umwelt verbunden. Die Pflege in einer stationären Einrichtung bedeutet für die Interviewte, dass sie auf genau diese Ernährungsgewohnheit zwangsweise verzichten müsste und stattdessen einer Massenversorgung ausgeliefert wäre („dann muss ich essen, was ich von dort bekomme“). Das wiederum würde ihre neue Identität angreifen: Denkbar wird der Verlust der gefundenen und gut funktionierenden Strategie zur Bewältigung des Lebensalltags. Möglicherweise hat die Befragte im Sinn, dass so ihr Lebenssinn infrage gestellt werden könnte und dies eine neue Lebenskrise nach sich ziehen würde, da angesichts der Pflegebedürftigkeit und dem damit einhergehenden Autonomieverlust im stationären Setting kaum Wahlmöglichkeiten vorhanden wären. Also kommt eine stationäre Pflege bei den Überlegungen zu denkbaren Pflegearrangements aus Sicht der Interviewten *grundsätzlich* nicht in Frage („Das allein passt mir bereits nicht“).

### Essverhalten als Privatsphäre

Aus Sicht der Interviewten stellt das Essverhalten einen sehr privaten Bereich dar. So lässt sich der Anpassungsdruck nachvollziehen, der hinsichtlich der Essgewohnheiten im Falle von Pflegebedürftigkeit antizipiert wird, selbst wenn die Betroffenen in anderen Bereichen bereits gut in Deutschland integriert sind. Jedoch wird das bisherige Essverhalten in Hinblick auf die stationäre Pflege kritisch wahrgenommen, was der folgende Interviewabschnitt veranschaulicht:

*„Na ja, natürlich haben wir uns mittlerweile an das Leben hier gewöhnt. Darum haben wir mit dem Leben keine großen Schwierigkeiten. Trotzdem ist das Essen, das Essen wirklich ein Problem. Ich mache immer noch Kimchi. Mein Lebensgefährte sagt, dass das stinkt. Ich sage dann, ‚Das ist in Ordnung, du brauchst das nicht zu essen. Aber ich esse es trotzdem‘“ (Frau Choe, Z. 362-364).*

Ausgangspunkt ist hier die Frage nach der Einstellung der Befragten zu Pflegeheimen („Was halten Sie von einem Pflegeheim in Deutschland?“). Die unmittelbar darauf folgende Reaktion („Na ja“) reflektiert einen gewissen Zweifel bzw. eine Skepsis gegenüber stationärer Pflege, was wiederum mit dem danach folgenden Ausdruck „natürlich“ etwas relativiert wird. Aus Sicht von Frau Choe haben sich südkoreanische ArbeitsmigrantInnen „mittlerweile an das Leben hier gewöhnt“ und „mit dem Leben keine großen Schwierigkeiten“. Dies deutet darauf hin, dass für die Befragte die ‚deutsche‘ Lebensart und -weise *in der ersten Zeit* sehr fremd war und sie damit Schwierigkeiten hatte. Dann aber, im Lauf der Zeit, habe sie sich gut an die ‚deutsche‘ Kultur angepasst und komme nun mit der ‚deutschen‘ Kultur gut zurecht. Zugleich bestärkten die wahrgenommenen kulturellen Unterschiede zwischen Deutschland und Südkorea die eigene ethnische Identität; im Ergebnis gibt es einen guten Zusammenhalt unter südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen (was das Sprechen in der Wir-Form anzeigt).

Nun ist ein Pflegeheim in Deutschland für Frau Choe ein Ort, in dem die ‚deutsche‘ Kultur dominiere. Obwohl die Befragte diese Kultur (partiell) angenommen hat, hat sich bei ihr die Esskultur aus dem Heimatland erhalten („Ich mache immer noch Kimchi“). Dies wiederum stellt aus ihrer Sicht „wirklich ein Problem“ dar, wenn es um das Szenario stationäre Pflege geht. Hier liegt die Vermutung nahe, dass eine Anpassung in öffentlichen Bereichen, zum Beispiel im Arbeitsleben zunächst deshalb stattgefunden hat, weil die berufliche Tätigkeit für SüdkoreanerInnen der ursprüngliche Grund der Migration war und eine schnelle Anpassung notwendig – vor allem bei einer Tätigkeit im Gesundheitswesen, in dem die Interviewte tätig war. Hingegen gehört das Essverhalten zum privaten Bereich, sodass der Anpassungsdruck in diesem Bereich als weniger dringlich erfahren wurde und das Essverhalten aus dem Heimatland beibehalten werden konnte, ohne die weitere Integration zu beeinträchtigen. Die Interviewte erläutert, dass koreanische Speisen potenzieller Konfliktherd („das stinkt“) zwischen ihr und ihrem einheimischen Lebensgefährten seien, wobei sie hier aber Kompromissoptionen sieht („Das ist in Ordnung, du brauchst das nicht zu essen“) sieht. Es ist der Interviewten offensichtlich bewusst, dass koreanische Speisen für Einheimische fremd sind und vor allem der Geruch von „Kimchi“ stören könnte, an den diese sich oftmals schwer bzw. kaum gewöhnen können. Demgegenüber bedeuten koreanische Nahrungsmittel für die Interviewte etwas, auf das sie nicht verzichten kann und will („Aber ich esse es trotzdem“). Bislang ist Frau Choe mit dem Essverhalten aus ihrem Herkunftsland in Deutschland insofern zurechtgekommen, als dass koreanische Speisen im privaten Bereich relativ problemlos möglich sind (zum Beispiel durch getrennte Speisezetteln für sich selbst und ihren Partner). Dahingegen sieht sie keine Lösung,

wenn es um das Essen in einer stationären Pflegeeinrichtung geht („ist das Essen, das Essen wirklich ein Problem“). Einerseits kann sie dort keine koreanischen Speisen mehr zu sich nehmen, obwohl ihr dies ein ‚Grundbedürfnis‘ ist; andererseits hat sie sich trotz des langen Lebens in Deutschland nicht daran gewöhnen können, ausschließlich einheimische Speisen zu verzehren, was im Falle eines Umzugs ins Heim wahrscheinlich nicht anders sein würde. Für Frau Choe ist es nicht einmal *vorstellbar*, im Pflegeheim deutsche Kost zu sich zu nehmen: „Mit anderen Dingen dort könnte ich zurechtkommen, aber mit dem Essen, tja“ (Frau Choe, Z. 371 f.). Daraus folgend werden privat reibungslos geregelte Essgewohnheiten zu einem Kardinalproblem, wenn über die Eventualität einer stationären Pflege nachgedacht wird.

Insgesamt ist festzuhalten, dass das eingespielte Essverhalten älterer südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen und die (Art der) Ernährung bei möglichen Pflegeszenarien von entscheidender Bedeutung sind. Koreanische Speisen zu sich zu nehmen, ist für viele ältere SüdkoreanerInnen ein essentielles ‚Grundbedürfnis‘. In dieser Hinsicht wird das einseitige Essensangebot in einem Pflegeheim als eine Gefährdung der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens wahrgenommen. Insoweit die Essgewohnheiten auch als Symbol für kulturelle Identität begriffen werden, wird diese Gefährdung mitunter als substanziiell erfahren. Zuweilen gelten koreanische Speisen auch als ein emotionaler Ankerpunkt, der in der schwierigen Zeit der Pflegebedürftigkeit sehr wichtig sein kann, denn sie vermitteln potenziell Geborgenheit, Schutz und Trost. Außerdem sind sie auch im sozialen Alltag von erheblicher Relevanz: Sie stiften Zugehörigkeitsgefühl sowie Zusammenhalt, auch perspektivisch im Alter sowie in familiären Beziehungen. Für die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen impliziert eine ‚deutsche‘ stationäre Pflege den Wegfall all dieser Funktionen des Essens, wiewohl letzteres im Pflegefall von immenser Bedeutung ist. Dieser Wegfall erscheint einigen Befragten als fundamentales Problem; er wird assoziiert mit physischen und psychischen Gefährdungen. Viele Befragte sehen keine Möglichkeit, ihre diesbezüglichen Gewohnheiten in einer stationären Einrichtung aufrechtzuerhalten; gleichzeitig wird die Einnahme deutscher Kost als kaum möglich betrachtet – sie erscheint einem Teil der befragten SüdkoreanerInnen vielmehr als äußerst befremdlich. Somit avanciert das Thema Essen, welches im gegenwärtigen Leben der Befragten zur geschützten privaten Lebenssphäre gehört, zu einem kritischen Faktor, wenn es um den Pflegehorizont der Befragten bzw. die Perspektive auf eine zukünftige (stationäre) Versorgung im Pflegefall geht.

### 8.3.2 Die traditionelle, koreanische medizinische Behandlung

Ein weiteres in den Interviews angesprochenes Thema ist die Krankheitsbehandlung. Für einen Befragten spielt die Möglichkeit, weiterhin die traditionelle, koreanische medizinische Versorgung zu erhalten, eine wichtige Rolle bei den Überlegungen zu der Frage, wie eine potenzielle Pflegebedürftigkeit gemeistert werden könnte. Dies geht einher mit dem Wunsch, später in einem ‚südkoreanischen‘ Pflegeheim versorgt zu werden – eine Option, die, wie bereits erwähnt, so nicht existiert. Im Folgenden werden das Thema der medizinischen Behandlung sowie darauf bezogene Initiativen von Seiten südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen in Deutschland dargestellt.

#### 8.3.2.1 Akupunktur bei „kaputten Knochen“

Ein Teil der geführten Interviews zeigt, dass einige MigrantInnen neben der deutschen medizinischen Behandlung auch gesundheitsrelevante Ressourcen aus dem Herkunftsland in Anspruch nehmen. Einerseits werden rezeptfreie Medikamente sowie Pflaster nach Deutschland geholt und eingesetzt („Schau mal, dieses Pflaster dieses Pflaster „Sinsinpas“ habe ich von Südkorea besorgt und benutze es“, Herr Jeon, Z. 293 f.). Andererseits fliegen einige Befragte nach Südkorea, um sich dort vor allem traditionellen, koreanischen medizinischen Behandlungen zu unterziehen, wobei die Akupunktur im Mittelpunkt steht. Herr Jeon berichtet von diesbezüglichen Beobachtungen in der nach Deutschland eingewanderten südkoreanischen *Community*. Demnach reist in der Regel meistens ein Ehepaar gemeinsam nach Südkorea, wobei ein Teil des Paares den anderen als Patienten begleiten, unterstützen und gegebenenfalls pflegen kann (Herr Jeon, Z. 78-81). Der Interviewte war selbst schon in Südkorea, um dort eine Akupunkturbehandlung zu bekommen. Aufgrund der aus seiner Sicht positiven Wirkung betrachtet er eine solche Behandlung mittlerweile als unverzichtbar für seine Gesundheit, wie folgende Interviewpassage zeigt:

*„Die traditionelle koreanische Behandlung, die Akupunkturbehandlung in Südkorea ist dabei, äh bei kaputten Knochen am besten. Ich gehe zur traditionellen koreanischen Behandlung. Wenn ich Schmerzen im Rücken hier habe, dann wird der ganze Körper hier steif. Diese ganzen Bereiche werden steif, dann kann ich mich gar nicht bewegen. Darum war ich nun in Südkorea, dort habe ich einen Monat lang Akupunktur bekommen. Danach wurden diese Bereiche, die Bereiche, der ganze Körper locker“ (Herr Jeon, Z. 298-301).*

Aus der Perspektive von Herr Jeon ist bei chronischen Schmerzen die südkoreanische Akupunkturbehandlung die beste Heilungsmethode; jedenfalls berichtet er von einer positiven Erfahrung diesbezüglich. Seine Schmerzen im Rücken, welche seiner Ansicht nach auf einen Arbeitsunfall<sup>140</sup> und eine dabei eingetretene Verletzung im Lendenbereich in der ersten Zeit in Deutschland zurückzuführen ist und mit zunehmenden Alter schlimmer und häufiger werden (Herr Jeon, Z. 290-293), führen zu fundamentalen Beeinträchtigungen (am „ganzen Körper“) – oft könne er sich gar nicht bewegen. Die Beschwerden scheinen für ihn bereits seit langem ein großes Thema zu sein, wobei er offenbar befürchtet, dass eine Vernachlässigung der Behandlung des Rückens (und der damit zusammenhängenden Schmerzen) schwerwiegende Folgen haben könnte („dann kann ich mich gar nicht bewegen“). Wahrscheinlich hat er vor der Akupunkturbehandlung in Südkorea mehrere medizinische Behandlungen in Deutschland erhalten, welche seine Erwartung nicht erfüllt bzw. bei dem Schmerz nicht abgeholfen haben. Hingegen empfand er die Akupunkturbehandlung im Herkunftsland als wirkungsvoll, weshalb er sie bezüglich der Linderung seiner Schmerzen „am besten“ fand und auch zukünftig gedenke, immer wieder „zur traditionellen Behandlung“ nach Südkorea fliegen. Dies verweist auf ein großes Vertrauen in die herkömmlichen koreanischen Heilmethoden und gleichzeitig ein Misstrauen, dass er, zumindest in Bezug auf seine Rückenschmerzen, gegenüber den in Deutschland vorherrschenden Heilmethoden hegt.

In einem weiteren Interviewabschnitt zeigt sich zudem, dass Herr Jeon kein Vertrauen in die deutschen Fachkräfte der Akupunkturbehandlung hat. Er bezeichnet diese als „Quacksalber“ (Herr Jeon, Z. 307), wobei er den Grund für ihre (angeblich) geringe Leistungsfähigkeit in einer mangelhaften Ausbildung (es gebe nur „eine Art Ausbildung untereinander“, Herr Jeon, Z. 309) und damit in ungenügender Fachkompetenz sucht. Die Akupunkturbehandlung in Deutschland könne gar eine *Gefährdung* der Gesundheit mit sich bringen („Soll ich diesen Quacksalbern meinen Körper anvertrauen?“; Herr Jeon, Z. 307 f.). Hingegen werde die Akupunkturbehandlung in Südkorea durch Ärzte erbracht, welche traditionelle koreanische Medizin an Universitäten studiert hätten. Sie seien dementsprechend hoch kompetent (Herr Jeon, Z. 308). Folglich hat der Befragte kein Vertrauen in Institutionen der Aufnahmekultur („Ich kann

---

<sup>140</sup> Herr Jeon hat drei Jahre lang als Bergmann gearbeitet. Danach war er fast 30 Jahre lang in der Stahlverarbeitung eines Industrieunternehmens tätig.

mich auf diese Leute nicht verlassen“, Herr Jeon, Z. 307 f.), und die ‚deutsche‘ Akupunkturbehandlung ist für ihn keine Alternative zur ‚südkoreanischen‘.

Die Akupunkturbehandlung erweist sich in seinen Überlegungen zur Situation einer etwaigen Pflegebedürftigkeit als relevantes Thema. Einerseits besteht für ihn das Bedürfnis nach weiteren Akupunkturbehandlungen fort; andererseits sei das Pendeln zwischen Deutschland und Südkorea im Pflegefall nicht mehr möglich. Die Behandlung könne in seiner neuen Heimat durch Unterstützung und Hilfe aus dem Herkunftsland Südkorea erfolgen, wofür er sich aktiv in einem ethnischen Verein engagiert. Im Folgenden wird darauf näher eingegangen.

### **8.3.2.2 Akupunkturbehandlung in einem südkoreanischen Pflegeheim**

Laut eigener Angaben hat Herr Jeon eine führende Position in einem ethnischen Verein inne, an dessen Gründung er selbst beteiligt war. Diese Organisation widmet sich den gesundheitlichen Bedürfnissen von SüdkoreanerInnen und setzte u.a. sich mit einem Bittbrief an Politiker in Korea dafür ein, dort für die Dauer einer Akupunkturbehandlung Unterkünfte bereitzustellen. Konkret ging es darum, dass die südkoreanische Regierung älteren ArbeitsmigrantInnen ermöglichen sollte, im Heimatland „übernachten und selber kochen [zu] können, damit wir dort die Akupunkturbehandlung bekommen“ (Herr Jeon, Z. 85 f.). Auslöser für die Petition war, dass eine im Heimatland stattfindende Akupunkturbehandlung für die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen mit großen finanziellen Lasten (für Behandlung, Unterkunft, Verpflegung und Anreise) verbunden ist. Herrn Jeon schätzt den Bedarf an einer solchen medizinischen Behandlung als hoch ein (Herr Jeon, Z. 78-84), aber er meint, die Kosten seien für einen Großteil der südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen nicht tragbar.

Ein weiteres Ziel des Vereins ist der Aufbau eines ‚südkoreanischen‘ Alters- und Pflegeheims in Deutschland, und zwar mithilfe einer Förderung durch die südkoreanische Regierung (Herr Jeon, Z. 86 f.) (siehe auch 8.2.2). Dabei sollen Humanressourcen aus dem Heimatland eingesetzt werden, auch für Akupunkturbehandlungen durch ‚traditionelle‘ Mediziner („selbst diese Leute können uns dann irgendeine Akupunktur geben, wenn wir zum Beispiel in einem Ort zusammen sind“, Herr Jeon, Z. 464). Bei dem von Herrn Jeon genannten Beispiel geht es um die Behandlung in einem angedachten ‚südkoreanischen‘ Pflegeheim, wobei er auf eine medizinische Hilfsorganisation hofft, welche sich dafür einsetzt, „Menschen äh in Afrika oder sonst irgendwo zu helfen“ (Herr Jeon, Z. 463). Der Befragte geht davon aus, dass diese südkoreanische Organisation nicht nur bedürftigen Menschen in einem sogenannten Dritte-Welt-Land,

sondern auch älteren SüdkoreanerInnen in Deutschland helfen könnte. Letztere seien, was die medizinische Versorgung betrifft, ebenso bedürftig und könnten sich eine entsprechende (traditionelle) Behandlung selbst nicht leisten: „Wir SüdkoreanerInnen sind hierhergekommen. Wir sind nun arm. Diese Organisation könnte uns auch helfen“ (Herr Jeon, Z. 478 f.). Der Befragte setzt mithin Hoffnung in eine Institution aus dem Heimatland bzw. seiner Herkunftskultur; die nach Deutschland emigrierten Landsleute begreift er als Teil der südkoreanischen Bevölkerung, welche nunmehr im Ausland altersbedingt hilfsbedürftig geworden ist; bei der Organisation im Heimatland vermutet er ausreichende Ressourcen auch für die medizinische Unterstützung der EmigrantInnen. Das Interviewzitat signalisiert die starke Identifizierung Herr Jeans mit seiner Heimat bzw. seiner Identität als Südkoreaner, aber auch eine hohe moralische Erwartung an Institutionen in dieser Heimat. Sein Modell hält er offenbar für sehr realistisch:

*„Wenn zehn Leute kommen, es heißt, drei Leute kommen für drei Monaten hierher. Drei Leute kommen für drei Monate, drei Monate, sie behandeln uns mit Akupunktur einen Monat lang und gehen zurück, dann kommen die nächsten für drei Monate und gehen wieder, dann die nächsten für drei Monate, so geht ein Jahr herum“ (Herr Jeon, Z. 466-469).*

Ihm scheint die Akupunkturbehandlung in Deutschland durch im Rotationsverfahren eingesetzte, in traditionellen Methoden geschulte südkoreanische Mediziner, sehr gut möglich. Für ihn ist es zumutbar, dass Ärzte für einen begrenzten Zeitraum ehrenamtlich in Deutschland tätig werden. Dies könne systematisch gewährleistet werden, wenn nicht für drei Monate, so wenigstens durch einen einmonatigen Einsatz eines Arztes. Unterstellt wird, dass eine ehrenamtliche Tätigkeit mit keinem großen Zeitaufwand verbunden ist, wenn nur die Hilfsorganisation in Südkorea zur Aussendung von Ärzten nach Deutschland bereit wäre, so wie sie Ärzte nach Afrika schickt („Wieso sollen sie nur Menschen in Afrika helfen? Sie könnten uns hier ja auch helfen“, Herr Jeon, Z. 479 f.). Das Heimatland steht also gewissermaßen in der Pflicht der Emigranten.

Obwohl der Interviewte Initiativen ergreift, um südkoreanische Akupunkturbehandlungen in Deutschland zu realisieren und überdies (mit Unterstützung der südkoreanischen Regierung) im Aufnahmeland ein Pflegeheim für Koreaner aufzubauen, scheint es, als sei er im Hinblick auf die Erfolgsaussichten hin und her gerissen. So habe die Regierung Südkoreas (bislang) keine Stellungnahme zum Pflegeheimprojekt abgegeben, was ihn zu verärgern scheint („Unser Heimatland sollte uns sagen, das sollte es uns deutlich sagen. Entweder das sagt uns ja oder

nein“, Herr Jeon, Z. 508 f.). Implizit bedeutet dies, dass es für Herrn Jeon persönlich wenig Orientierung und Planbarkeit in Bezug auf die Eventualität einer späteren Pflegebedürftigkeit gibt. Auch vom Ergebnis der Kontaktaufnahme zur o.g. Hilfsorganisation in Südkorea ist er enttäuscht:

*„Sie möchten sich nur in Südkorea äh im Ausland Anerkennung verschaffen, wodurch sie dort gearbeitet haben. Aber wir SüdkoreanerInnen hier sind wirklich diejenigen, denen von SüdkoreanerInnen geholfen werden sollten“ (Herr Jeon, Z. 485-487).*

Aus Sicht von Herr Jeon ist die besagte Hilfsorganisation lediglich an einer nationalen und internationalen Anerkennung für ihren medizinischen Einsatz in Afrika interessiert – einem Kontinent, in dem viele Menschen sicherlich in Notlage seien. Hingegen werde die Notlage der südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen in Deutschland von der medizinischen Hilfsorganisation nicht ernst genommen, obwohl diese Gruppe zum eigenen Volk gehöre („SüdkoreanerInnen“ müssen „von SüdkoreanerInnen geholfen werden“). Der Interviewte scheint frustriert und fühlt sich offenbar von den eigenen Landsleuten in Südkorea in Stich gelassen. Seine Bindung an die Heimatkultur wird insofern durch diese nicht erwidert.

### **8.3.3 Wohngewohnheit**

Im Pflegehorizont der Befragten spielen auch die bisherigen Wohngewohnheiten und die diesbezügliche Umstellung durch eine etwaige stationäre Unterbringung eine Rolle. Im Mittelpunkt steht dabei das im Falle einer stationären Versorgung oftmals unabwendbare Zusammenleben mit einer fremden Person in einem gemeinsamen Zimmer. Die Bereitschaft dazu variiert unter den Befragten und so wird die Aussicht auf eine Pflege im Heim unterschiedlich wahrgenommen. Herrn Koh ist die Harmonie mit anderen wichtig. Folglich sei er bereit, sich an die Bedingungen im Pflegeheim anzupassen und mit Anderen ein Zimmer zu teilen, so wie es üblich sei („Es ist füreinander gut, wenn man alles so macht, wie es die anderen auch machen“, Herr Koh, Z. 789) – obwohl er ein Einzelzimmer für sich allein bevorzugen würde (Herr Koh, Z. 783). Demgegenüber erscheint Frau Lee das Zusammenleben mit einer fremden Person in einem Raum unzumutbar. Das ist in ihren Augen ein Fall von Altersdiskriminierung:

*„Ist es zumutbar, dass man nur wegen des Alters auf einmal mit einer ganz fremden Person in einem Zimmer zusammenwohnt, obwohl man bis dahin sein ganzes Leben lang allein im eige-*

*nen Haus, in der eigenen Wohnung gewohnt hat? Meiner Meinung nach ist das wirklich unzumutbar. Leider gibt es immer noch viele Pflegeheime in Deutschland, in denen sich zwei Leute ein Zimmer teilen müssen“ (Frau Lee, Z. 821-824).*

Frau Lee verweist hier auf den enormen Bruch mit dem Leben vor dem Heim, da man „sein ganzes Leben lang“ bis zum Eintritt in selbiges daran gewöhnt war, einen privaten Rückzugsort bzw. einen geschützten Raum für die eigene Privat- und Intimsphäre („allein im eigenen Haus“) zu haben. Dies gilt für sie offenbar auch unabhängig von der finanziellen Lage („Haus“ oder „Wohnung“). Lebenslange Gewohnheiten sieht sie im Heim gleichsam institutionell ignoriert, wenn man „mit einer ganz fremden Person in einem Zimmer“ zusammenwohnen muss. Man ist dann mit einer unfreiwilligen, rasanten Veränderung („auf einmal“) konfrontiert, einerseits durch den Eintritt ins Pflegeheim und andererseits durch die neue Wohnsituation (Zwei-Bett-Zimmer), durch die der persönliche und geschützte Rückzugsort verloren geht. Für die Interviewte ist das trotz Pflegebedürftigkeit nicht selbstverständlich. Stattdessen hat diese Unterbringung Zwangscharakter („wirklich unzumutbar“) und ist mit (gesellschaftlicher) Altersdiskriminierung („nur wegen des Alters“) verbunden. Aus Sicht der Interviewten ist die Unterbringung in Zwei-Bett-Zimmern geläufig, obwohl sie offenbar weiß, dass deren Anzahl im Vergleich zu früheren Zeiten rückläufig ist („gibt es *immer noch* viele Pflegeheime“). Es ist ihr bewusst, dass die Wohnsituation je nach Pflegeheim unterschiedlich gestaltet sein kann und es nicht nur Zwei-Bett-Zimmer gibt. Aber die Aussicht auf die Möglichkeit, mit einer fremden Person ein Zimmer teilen zu müssen, empört sie („wirklich unzumutbar“). Die Enttäuschung über die Pflegeinfrastruktur in Deutschland ist spürbar („Leider“). Die potenzielle Wohnsituation im Falle der stationären Pflege wird zu einem Faktor, der zur Schließung des fernen Pflegehorizontes beiträgt.

## **Zwischenfazit**

Bei dem Gedanken, möglicherweise einmal stationär gepflegt werden zu müssen, kommen den befragten südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen verschiedene Aspekte in den Sinn: die bisherigen Lebensgewohnheiten und hierbei insbesondere das Essverhalten, ferner die Inanspruchnahme traditionell koreanischer medizinischer Behandlungen sowie die Wohnsituation. Vor allem sind sie bei der Öffnung bzw. Schließung der fernen Pflegehorizonte in Bezug auf eine Versorgung in einer ‚einheimischen‘ und/oder einer ‚ethnisierten‘ stationären Einrichtung in Deutschland von entscheidender Bedeutung. Die folgende Tabelle 13 veranschaulicht dies:

Tabelle 13: Ferne Pflegehorizonte und Faktoren aus dem Thema Lebensstil

| Thema      | Faktoren  | DPD | SPD | PS |
|------------|---|-----|-----|----|
| Lebensstil | Essgewohnheit aus Südkorea                        | X   | O   |    |
|            | Traditionelle koreanische medizinische Behandlung |     | O   |    |
|            | Wohngewohnheiten                                  | X   |     |    |

DPD: Deutsches Pflegeheim in Deutschland/ SPD: Südkoreanische Pflegeheim in Deutschland/ PD: Pflege(heim) in Südkorea  
 O Öffnend X Schließend

Quelle: Eigene Darstellung.

Bezüglich der Ernährungsfrage stehen der Erhalt der Esskultur aus dem Heimatland und die Akzeptanz der Esskultur der Aufnahmegesellschaft im Mittelpunkt. Die Unterschiede zwischen beiden Esskulturen werden von den Befragten deutlich herausgestellt (,koreanisch‘ und ,deutsch‘ werden hier immer wieder explizit unterschieden). Die vor allem in der ersten Zeit nach der Einwanderung erlebte Empfindung, dass koreanische Kost in Deutschland sehr fremd war, erweist sich mitunter als sehr einprägsam: Es beeinflusste Wohnsituation und das soziale Verhalten, konkret: Die Suche nach räumlicher Distanz zu Nachbarn sowie nach Kontakten zu Personen, die keine Abneigung gegenüber koreanischen Essgewohnheiten hegen.

Das Leben in einem Pflegeheim bedeutet für diese Interviewten den Verlust dieser lebenspraktischen Autonomie auch hinsichtlich der räumlichen Trennung und Auswahl sozialer Kontakte. Im Hinblick auf das bisherige, von ihrer Herkunftskultur geprägte Essverhalten gibt es Verlustängste sowie die Befürchtung einer Ablehnung durch andere. Somit kommt für viele eine stationäre Versorgung in einem ,deutschen‘ Pflegeheim nicht in Frage. Gleichzeitig kommt der Gedanke auf, dass man bei Pflegebedürftigkeit in einer ,ethnisch‘ passenden Einrichtung leben könnte, obwohl diese Möglichkeit in Deutschland eigentlich nicht besteht. Dort könnten die Betroffenen ihre koreanischen (Ess-)Gewohnheiten auch im Pflegefall uneingeschränkt ausleben. Die Fremdheitserfahrung, die die Konfrontation mit der anderen Esskultur und der wahrgenommenen Ablehnung koreanischer Speisen in Deutschland erzeugt (hat), schließt mithin den fernen Pflegehorizont in Bezug auf ,deutsche‘ Institutionen und öffnet ihn gleichzeitig dahingehend, dass über Optionen für ein ,südkoreanisches‘ Pflegeheim innerhalb der Aufnahmegesellschaft nachgedacht wird. Die Fremdheit ist offensichtlich, manch ein Interviewter hat bislang kaum einheimische Gerichte zu sich genommen. Die Versorgung in einem von der

deutschen (Ess-)Kultur geprägten Heim wird als unangemessen betrachtet, es kommt diesbezüglich also zur Schließung des fernen Pflegehorizontes. Das Interviewmaterial zeigt außerdem, dass die Gewöhnung an die Aufnahmegesellschaft, welche sich im regelmäßigen Verzehr einheimischer Kost manifestiert, zwar die Bereitschaft zur Versorgung in einem ‚deutschen‘ Pflegeheim fördert. Jedoch fördert diese Gewöhnung die Bereitschaft zu einem Leben in stationären Settings nicht umstandslos. Entscheidend ist die relative Bedeutung, welche das Essen aus dem Heimatland für die Befragten hat. So sind diejenigen Interviewten, welche weniger Wert auf das (koreanische) Essen legen, eher bereit, stationäre Versorgung im Bedarfsfall zu akzeptieren. In einem solchen Fall wird der ferne Pflegehorizont geöffnet.

Für die, die über ihre Ernährungsgewohnheiten eine starke Bindung an die Herkunftskultur zum Ausdruck bringen, ist es kaum vorstellbar, in einem ‚deutschen‘ Pflegeheim gepflegt und versorgt zu werden, was zu einer Schließung des fernen Pflegehorizontes beiträgt. Der Konsum koreanischer Speisen erscheint hier als ‚Grundbedürfnis‘, ‚emotionaler Anker‘ bzw. ‚ethnischen Identitätsanker‘, ‚Mittel für die soziale und emotionale Bindung‘ oder auch als ‚Heilmittel‘. Die Perspektive Heim macht die kulturelle Spannung akut: Die Essgewohnheiten konzentrierten sich im bisherigen Leben auf den privaten Bereich, wodurch die Kultur des Heimatlands besser beibehalten werden konnte. In den Überlegungen zu einer etwaigen erforderlichen stationären Pflege bricht nun eine Problemzone auf. Es liegt die Vermutung nahe, dass die Fremdheit ‚deutscher‘ Pflegeheime durch das, was man als Esskultur der Aufnahmegesellschaft wahrnimmt, verstärkt wird – so dass ein Übergang in stationäre Pflege kaum vorstellbar ist. Dort, wo eine stationäre Versorgung als einzig denkbare Pflegearrangement erscheint, kommt diese Haltung besonders stark zum Ausdruck.

Ein ähnlicher Zusammenhang zeigt sich im Hinblick auf Erwartungen an die Gesundheitsversorgung im Alter. Neben dem Essverhalten spielt die bislang in Anspruch genommene traditionelle koreanische Medizin, vor allem die Akupunkturbehandlung des Heimatlands, beim Nachdenken über eine mögliche Pflegebedürftigkeit eine relevante Rolle. Hier zeigt sich ein großes Vertrauen in Institutionen des Heimatlands (herkömmliche koreanische Heilungsmethoden) und ein Misstrauen gegenüber den Behandlungsmethoden (und auch der Qualität der Akupunkturpraxis) in Deutschland. Mitunter will man die Institutionen des Heimatlands in die Aufnahmegesellschaft importieren; geäußert wird der Wunsch, mit Hilfe der Regierung Koreas ein ‚südkoreanisches‘ Pflegeheim in Deutschland aufzubauen oder im Rückgriff auf

eine südkoreanische Hilfsorganisation Akupunkturbehandlungen in einem Pflegeheim zu erhalten. So öffnen die aus der Sicht der Interviewten verfügbaren Ressourcen des Heimatlands den fernen Pflegehorizont im Hinblick auf eine eventuell erforderliche (stationäre) Versorgung für SüdkoreanerInnen in Deutschland. Gleichzeitig ahnt man, dass die Bedarfe der SüdkoreanerInnen in Deutschland (nach einer ethnisch geprägten Pflegeinfrastruktur bzw. Gesundheitsversorgung) nicht anerkannt bzw. ernst genommen werden. Dies wiederum führt zur Schließung des fernen Pflegehorizontes.

Jenseits der kulturell geprägten Lebensstile spielen im Pflegehorizont der ArbeitsmigrantInnen auch alltagspraktische Fragen eine wichtige Rolle. Die Vorstellung, in einem Pflegeheim das Zimmer mit einer fremden Person teilen zu müssen, macht nachdenklich. Die Bereitschaft dazu variiert je nach der Präferenzstruktur der Befragten. Hat die Harmonie mit Anderen einen hohen Stellenwert, wird Anpassung (als Akzeptanz der gemeinsamen Unterbringung) vorstellbar, wodurch der ferne Pflegehorizont geöffnet bleibt. Dominiert der Wunsch nach privaten Rückzugsmöglichkeiten und einem geschützten Raum für die eigene Privat- und Intimsphäre, schließt sich der ferne Pflegehorizont.

## **8.4. Sozialer Austausch**

In dem fernen Pflegehorizont älterer südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen tritt der soziale Austausch mit Einheimischen bzw. Landsleuten als ein relevantes Thema auf. Einerseits wird die stationäre Pflege als eine Chance für sozialen Austausch wahrgenommen. Andererseits besteht die Befürchtung, in einer stationären Einrichtung zu vereinsamen oder sozial isoliert zu werden. Laut der Analyse des Materials spielen hierbei verschiedene Faktoren eine Rolle: soziale Kontakte und Zugehörigkeitsgefühl (8.4.1), Fremdheitsgefühl gegenüber Einheimischen (8.4.2), Entfremdung von der südkoreanischen Gesellschaft (8.4.3), Sprache als Instrument des sozialen Austauschs (8.4.4), Konfliktgefahr im Zusammenleben mit Landsleuten (8.4.5), die Wahrnehmung der ethnischen Gruppe als Heimat (8.4.6) sowie Geselligkeit und soziale Aktivitäten (8.4.7). Diese Faktoren tragen zu unterschiedlichen Orientierungen der Interviewten bezüglich eines ‚deutschen‘ oder ‚koreanischen‘ Pflegeheims in Deutschland sowie einer Pflege in Südkorea bei. Im Folgenden werden die einzelnen Faktoren näher betrachtet.

### 8.4.1 Soziale Kontakte und Zugehörigkeitsgefühl

Einige der älteren südkoreanischen Interviewten verstehen unter Pflegebedürftigkeit eine Einschränkung der Mobilität, welche mit einer Verringerung bzw. dem Verlust der sozialen Kontakte einhergeht. Eng daran gekoppelt ist die Befürchtung, durch die Pflegebedürftigkeit zu vereinsamen. So könne man im Pflegefall z.B. „kein Auto mehr fahren“ (Herr Kim, Z. 43; auch Frau Ahn, Z. 295): Da die älteren südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen relativ weit voneinander entfernt wohnen, könne man sich dann etwa nicht mehr einfach zu Fuß besuchen (Herr Min, Z. 604 f.; Herr Kim, Z. 45 f.). Kontakte mit Einheimischen werden von manchen Befragten aufgrund ihrer eingeschränkten deutschen Sprachkenntnisse kaum für möglich gehalten (Herr Min, Z. 600-602)<sup>141</sup>. Man geht also davon aus, dass man „nur zu Hause [bleibt]“ (Herr Kim, Z. 44) und „dann am offenen Fenster [steht] und nach draußen [guckt]“ (Herr Min, Z. 597 f.). Soziale Isolation infolge von Pflegebedürftigkeit wird vor allem von denjenigen erwartet, die alleine wohnen. So erwähnte Herr Min folgende Aussage eines allein lebenden Freundes, der als Arbeitsmigrant aus Südkorea nach Deutschland gekommen war: „Wenn ich sterbe, wer weiß dann, dass ich gestorben bin“ (Herr Min, Z. 606). Hier wird signalisiert, dass der potenzielle Pflegefall mit Gedanken an soziale Isolation und Vereinsamung sowie der Angst davor einhergeht, einsam und allein zu sterben, wobei der eigene Tod von niemanden bemerkt und betrauert würde. Dies deutet einen starken Wunsch nach sozialer Zuwendung an. So wäre aus Sicht eines Interviewten – trotz möglicher Diskriminierungen – das Leben in einem deutschen Pflegeheim immer noch besser, als ohne Familie allein zu Hause zu sein (Herr Min, Z. 752-754; auch Herr Woo, Z. 160 f.). Somit wird die stationäre Pflege als Möglichkeit begriffen, um weiterhin soziale Kontakte zu unterhalten.

Die Interviews mit älteren südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen zeigen, dass das Zugehörigkeitsgefühl gegenüber Landsleuten und der Aufnahmegesellschaft für eine Orientierung hinsichtlich einer möglichen stationären Pflege in Bezug auf die dort vorhandenen sozialen Kontakte von besonderer Bedeutung ist. Insbesondere diejenigen Interviewten, welche kaum Kontakt mit Einheimischen, demgegenüber aber häufig Kontakte mit Landsleuten haben, äußern

---

<sup>141</sup> Dies schlägt sich auch darin nieder, dass alle Interviews für die vorliegende Arbeit auf Koreanisch geführt werden mussten. Die Interviewten haben die (koreanische) Sprache zur Bedingung gemacht, überhaupt interviewt zu werden; zu Interviews auf Deutsch waren sie nicht bereit.

den Wunsch, in einem ‚südkoreanischen‘ Pflegeheim versorgt zu werden – wobei solche Einrichtungen wie erwähnt nicht vorhanden sind. In diesem Zusammenhang wird z.B. argumentiert, dass ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen dort unter sich seien (Herr Min, Z. 802), diese die gleiche Mentalität hätten (Herr Woo, Z. 169 f.) oder miteinander über Südkorea sprechen könnten (Frau Hong, Z. 193 f.). Gleichzeitig geht ein starkes Zugehörigkeitsgefühl gegenüber Landsleuten und der Wunsch, mit diesen Kontakt zu pflegen, mit einer Distanzierung gegenüber der Versorgung in einem ‚deutschen‘ Pflegeheim einher.

In diesem Zusammenhang zeigt das Interview mit Frau Lee, dass bei einem *gleichzeitigen* Zugehörigkeitsgefühl zu beiden Gruppen, also der Möglichkeit, sowohl mit Einheimischen als auch mit Landsleuten Kontakte zu unterhalten, besondere Bedürfnisse bezüglich der Ausrichtung des angedachten Pflegeheims geäußert werden. Der folgende Interviewtext veranschaulicht dies beispielhaft:

*„Ich bin dagegen, dass Pflegeheime getrennt, auf solche Weise getrennt werden. Ich denke, dass wir möglichst mit Deutschen zusammenleben müssen, weil wir in Deutschland leben, weil ich davon ausgehe, dass wir auch teilweise Deutsche sind. Ich denke, wir müssen mit einigen Stunden Freizeitangebot nur für uns, äh mit einigen Stunden nur für AusländerInnen zufrieden sein. [...] Vielleicht könnten südkoreanische Ehepaare anderer Meinung sein. Es könnte sein, dass sie nur unter SüdkoreanerInnen sein möchten. Aber ich bin äh dagegen, ich bin dagegen, äh ähm“ (Frau Lee, Z. 900-905).*

Aus Sicht von Frau Lee ist die Lebensführung einer binationalen Ehe (in der sie lebt) mit der sozialen Integration in die Aufnahmegesellschaft verbunden. Dies geht – im Fall der Interviewten – mit einem Zugehörigkeitsgefühl zur Aufnahmegesellschaft, einer Veränderung der Identität („teilweise Deutsche“) und dem Wunsch nach weiteren Kontakten mit Einheimischen im Pflegefall („mit Deutschen zusammenleben“) einher. Dabei stellt die Interviewte ihre Einstellung der mutmaßlichen Einstellung rein südkoreanischer Ehepaare gegenüber: SüdkoreanerInnen, welche mit Landsleuten verheiratet sind, würden eher soziale Kontakte innerhalb ihrer eigenen ethnischen Gruppe pflegen. Vor dem Hintergrund ihrer sozialen Integration in die Aufnahmegesellschaft, mit der sie sich identifiziert und der sie sich zugehörig fühlt, stellt aus Sicht von Frau Lee eine getrennte Versorgung und Betreuung älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen in einem ‚ethnischen‘ Pflegeheim keine zufriedenstellende Lösung dar. Demnach würde ein solches Pflegearrangement mit der Isolation und Trennung von der Aufnahmegesellschaft

schaft einhergehen, was wiederum eine Aufgabe der Kontakte mit Einheimischen und den Verlust ihrer partiellen Identität als Deutsche bedeuten würde. Gleichzeitig weist die Bezeichnung „wir“ auf eine ethnische Identität und ein Zugehörigkeitsgefühl der Interviewten gegenüber Landsleuten hin; ein vollständiger Verzicht auf sozialen Austausch mit Angehörigen ihrer ethnischen Gruppe scheint nicht vorstellbar. So wünscht sich Frau Lee im Pflegefall weiterhin soziale Kontakte sowohl mit Landsleuten als auch mit Einheimischen. Die Entscheidung über ein ‚ethnisches‘ oder ein ‚einheimisches‘ Pflegeheim scheint also ihrer Überlegung nach mit der Aufgabe der jeweils anderen Seite und einem Verlust entsprechender Kontakte einherzugehen. Das ideale Arrangement besteht aus ihrer Sicht offenbar in besonderen ethnisch ausgerichteten Angeboten in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim. Nach ihrer Vorstellung sollten pflegebedürftige südkoreanische ArbeitsmigrantInnen also durchaus in ein ‚deutsches‘ Pflegeheim einziehen, in dem jedoch ein Rahmen für gemeinsame Freizeitaktivitäten *nur* für diese geschaffen werden sollte. Letzteres weist wiederum darauf hin, dass die Bedürfnisse der Befragten über eine schlichte gemeinsame Unterbringung von SüdkoreanerInnen in einem Pflegeheim hinausgehen. Vielmehr scheinen Freizeitaktivitäten innerhalb der eigenen ethnischen Gruppe für die Interviewte eine besondere Bedeutung zu haben, was weiter unten nochmals ausführlicher dargestellt wird (siehe 8.4.7).

Insgesamt wird deutlich, dass die Betrachtung einer stationären Pflege als Ressource für den sozialen Austausch in einem potenziellen Pflegefall den fernen Pflegehorizont öffnet. Während ein Zugehörigkeitsgefühl zu den Landsleuten den fernen Pflegehorizont im Hinblick auf eine mögliche Versorgung in einem ‚ethnischen‘ Pflegeheim tendenziell öffnet, legt dahingegen ein stärkeres Zugehörigkeitsgefühl gegenüber Einheimischen eher eine Versorgung in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim nahe. Jedoch beeinflusst das Zugehörigkeitsgefühl zu beiden Gruppen den fernen Pflegehorizont im hiesigen Fall in der Form, dass eine Versorgung in einem rein ‚südkoreanischen‘ Pflegeheim ausgeschlossen wird. Der ferne Pflegehorizont bleibt aber dennoch geöffnet – unter dem Vorbehalt ethnienspezifischer Angebote in der ‚einheimischen‘ stationären Einrichtung.

#### **8.4.2 Fremdheitsgefühl gegenüber Einheimischen**

Die empfundene Fremdheit gegenüber Einheimischen und die mutmaßliche Vereinzelung in der stationären Pflege (gerade für ältere Menschen mit Migrationshintergrund aus Asien) stel-

len mit Blick auf die Ausgestaltung von Pflegehorizonten älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen relevante Komponenten dar, was eine Distanzierung von einem stationären Pflegearrangement zur Folge haben kann. Der folgende beispielhafte Interviewtext veranschaulicht dies:

*„Also, wenn ich dorthin gehen würde, dann wäre ich doch allein, äh man weiß nicht, ob bis dahin noch andere schwarzhaarige Menschen dort wohnen würden. Aber wenn ich ganz allein wäre, äh/ aber wenn ich so weit bin, in ein Altersheim in Deutschland zu gehen, dann wäre ich nicht in der Lage, dieses und jenes wahrzunehmen. Oder es könnte auch sein, während mein Geist klar ist, könnte mein Körper von einem Schicksal getroffen sein. In einem solchen Fall, wenn mein Geist klar ist und nur mein Körper in einem solchen Zustand wäre, dann würde ich sehr stark fühlen, dass ich Ausländerin bin. Ich würde fühlen, ‚Ich habe hier als Ausländerin bewusst und unbewusst immer in einer bestimmten Spannung gelebt. Ich befinde mich immer noch in einer solchen Lage‘“ (Frau Bae, Z. 540-546).*

Aus Sicht von Frau Bae ist ein Pflegeheim eine von Einheimischen dominierte Welt. Dort seien – zum Zeitpunkt des Interviews – kaum (Ost-)AsiatInnen („schwarzhaarige Menschen“) vorhanden, wobei Frau Bae offenbar hofft, dass sich das in Zukunft ändert. Dies deutet zunächst an, dass südkoreanische ArbeitsmigrantInnen aus Sicht der Befragten noch relativ „jung“ sind und erst im Laufe der Zeit langsam in ein Alter vorrücken werden, in dem eine Pflegebedürftigkeit wahrscheinlich ist. Zudem scheint sich die Interviewte nicht nur unter Landsleuten, sondern unter (Ost-)AsiatInnen allgemein vertrauter zu fühlen als unter Einheimischen. Sie grenzt sich anhand *äußerlich* auffälliger körperlicher Merkmale (nämlich der Haarfarbe) von den Einheimischen ab. Dies signalisiert, dass dieses offensichtliche Anderssein bei ihr ein Gefühl der Fremdheit gegenüber Einheimischen hervorruft. Mit anderem Worten: Das Fremdheitsgefühl steht im Fall von Frau Bae in einem engen Zusammenhang mit dem Grad der wahrgenommenen äußerlichen Unterschiede – der kulturelle Hintergrund wird hier gar nicht erwähnt, ist aber vermutlich mit gemeint. Die Bezeichnung „schwarzhaarige Menschen“ verweist offenbar auf einen gemeinsamen kulturellen Hintergrund der OstasiatInnen, dem sie sich verbunden fühlt. Dagegen zeigt die Interviewte eine große Distanz gegenüber Einheimischen: Sie sei allein, wenn sie in ein Pflegeheim gehen würde, in dem keine „andere[n] schwarzhaarige[n] Menschen [...] wohnen würden“.

Des Weiteren zeigt der Interviewtext von Frau Bae deutlich die subjektive Bedeutung der Vereinzelung und des Fremdheitsgefühls in einem Pflegeheim. Sie geht davon aus, dass sie erst

bei fortgeschrittener Pflegebedürftigkeit (wenn sie „so weit“ wäre) in eine stationäre Einrichtung gehen würde, was eine Präferenz für häusliche Pflege, insbesondere in der ersten Zeit der Pflegebedürftigkeit, impliziert; die stationäre Pflege ist für die Befragte offenbar kein bevorzugtes Pflegearrangement und kommt erst in Betracht, wenn eine häusliche Pflege nicht mehr möglich ist. Im Hinblick auf eine potenzielle Vereinzelung in einer stationären Einrichtung spielen, je nach Ursache der Pflegebedürftigkeit, zwei unterschiedliche Pflegeszenarien eine Rolle, nämlich die der kognitiven und der körperlichen Funktionsbeeinträchtigung. So sei sie im Falle einer fortgeschrittenen Demenz „nicht in der Lage, dieses und jenes wahrzunehmen“. Dies signalisiert, dass die Eigenschaft der Demenz, nichts wahrzunehmen und in einer eigenen Welt zu versinken, für sie die Möglichkeit eröffnet, in einem Pflegeheim betreut zu werden – unter der Prämisse einer wesentlichen Beeinträchtigung der Umweltwahrnehmung. Hier wird eine fatalistische Einstellung zu Demenz deutlich: Man kann demnach gegen die und mit der Krankheit nichts (mehr) machen, nichts mehr wahrnehmen. Im Vergleich dazu scheint der Interviewten eine Heimaufnahme aufgrund einer körperlichen Pflegebedürftigkeit, die sie als Schicksalsschlag betrachtet, besorgniserregender, weil sie dann infolge weiterhin funktionierender kognitiver Funktionen die Vereinzelung in einem Pflegeheim und die Fremdheit gegenüber (einheimischen) MitbewohnerInnen stärker wahrnehmen würde.

Der Migrationshintergrund der Befragten ist für diese mit einer andauernden, bewussten und unbewussten, inneren Spannung verbunden. An einer anderen Stelle des Interviews erzählt sie, dass sie sich nach dem Eintritt in die Rente, der zusammen mit ihrem Mann erfolgten Heimkehr nach Südkorea und dem danach stattfindenden Pendeln zwischen Südkorea und Deutschland *frei* gefühlt habe („Wow, ich bin jetzt frei“, Frau Bae, Z. 549), obwohl ihr die Aufnahmegesellschaft Deutschland *eigentlich* gut gefiel (Frau Bae, Z. 550). Interessant ist dabei, dass sie seit ihrer Ankunft in Deutschland bis zur Rente über mehrere Jahrzehnte hinweg im Gesundheitswesen tätig war und daher ständig mit einheimischen KollegInnen und PatientInnen Kontakt hatte. Trotz der langzeitigen, beruflichen Beschäftigung fühlte sie sich jedoch unter Einheimischen immer wieder fremd, was sie latent innere Kraft kostete. Dies deutet an, dass eine berufliche Integration nicht immer mit einer sozialen Integration bzw. Vertrautheit einhergehen muss. Eine Heimaufnahme aufgrund körperlicher Pflegebedürftigkeit würde für die Interviewte bedeuten, wieder unter demselben inneren Druck zu leiden, den sie während ihrer Berufstätigkeit spürte und von dem sie mit dem Eintritt in die Rente befreit wurde. Außerdem ginge eine eventuelle Heimaufnahme mit einer für die Befragte möglicherweise bedeutenden Statusänderung einher: nämlich der von einer ehemals selbst (beruflich) pflegenden zu einer pflegebedürftigen

Person, die noch dazu auf einheimische Pflegekräfte angewiesen wäre. Die Heimaufnahme kommt für die Interviewte somit einer schicksalsbedingten Auslieferung in eine Lage gleich, aus der es aus ihrer Sicht kein Entkommen mehr gibt. Sie fühle sich allein und fremd in einem Pflegeheim. Dort auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, wäre für sie („immer noch“ bzw. wieder) mit einem Gefühl der Ohnmacht verbunden. Vor diesem Hintergrund wird die Pflege in einem ‚deutschen‘ Pflegeheim nur sehr bedingt als zumutbare Lösung für die Zeit der Pflegebedürftigkeit wahrgenommen. Insgesamt verdeutlicht das Interviewzitat von Frau Bae, dass die wahrgenommene Fremdheit gegenüber Einheimischen (u. a. schon aufgrund wahrgenommener physischer Unterschiede) einen spezifischen Einfluss auf die Ausbildung der Pflegehorizonte hat, indem es den fernen Pflegehorizont in Bezug auf eine Versorgung in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim schließt.

#### **8.4.3 Entfremdung von der südkoreanischen Gesellschaft**

Bei einigen Interviewten steht die Aufgabe einer ursprünglich angedachten Rückkehr in die Heimat in Zusammenhang mit der Wahrnehmung einer Entfremdung von der Herkunftsgesellschaft (Frau Choe, Z. 84-87), wodurch die dortige Pflege nicht mehr in Betracht kommt. Die Versorgung und Betreuung in einer Wohngemeinschaft mit Landsleuten in Deutschland ist für manche von ihnen jedoch durchaus vorstellbar. Der folgende Interviewtext stellt dies anschaulich dar:

*„Wenn so eins hier existieren würde, wo gleichaltrige SüdkoreanerInnen zusammen wohnen, dann würde ich auch gerne dort wohnen. Nach meiner Erfahrung in Südkorea verstehe ich mich besser mit SüdkoreanerInnen, die hier in Deutschland gelebt haben, weil wir in derselben Kultur dreißig, vierzig Jahre lang gelebt haben. Wenn ich mich in Südkorea mit den Leuten unterhalte, dann verstehe ich sie nicht. Es gibt Dinge, die ich gar nicht verstehe. Äh, die Leute sagen mir, dass das daran liegt, dass ich lange im Ausland gelebt habe. Manchmal höre ich so etwas. Dadurch fühle ich irgendwie, dass ich nicht respektiert werde, obwohl ich in meinem Land bin“ (Frau Bae, Z. 563-568).*

Laut Darstellung von Frau Bae versteht sie sich besser mit Landsleuten in Deutschland als mit Menschen in Südkorea, was auf ihren Erfahrungen im Rahmen des Pendelns zwischen den beiden Ländern beruht. Aus Sicht der Interviewten liegt dies erstens an der gemeinsamen *Anpassung* an die deutsche Kultur, welche sich *sukzessive* über einen Zeitraum von dreißig bis

vierzig Jahren vollzogen hat. Zweitens hat sie die Entwicklungen bzw. Veränderungen innerhalb der südkoreanischen Gesellschaft, wie sie erklärt, nicht oder nur stark eingeschränkt miterlebt, wodurch sie der Kommunikation mit Menschen in Südkorea inhaltlich („Es gibt Dinge“) zum Teil „gar nicht“ folgen könne. Die Menschen in Südkorea hätten den Grund dieses Unverständnisses bei ihr gesucht: Frau Bae habe schlicht zu lange im Ausland gelebt. Dies vermittelte ihr wiederum das Gefühl, dass sie in ihrem Heimatland ausgegrenzt und „nicht respektiert werde“. Trotz ihres weiterhin bestehenden starken Zugehörigkeitsgefühls zum Herkunftsland („mein Land“) fühlte sie sich von ihren Landsleuten als ‚von außen kommend‘ behandelt und zum Teil nicht geachtet, wodurch eine innere Spannung hervorgerufen wurde. Dies signalisiert Gefühle der Entfremdung und Enttäuschung gegenüber dem Herkunftsland, die angesichts der großen Erwartungen an die Verwirklichung ihres Lebenstraums, im Alter im Heimatland zu leben, umso mehr Gewicht erhalten. Für Frau Bae bedeutet eine eventuelle Pflege in Südkorea, sich einer ihr (teilweise) fremd gewordenen Kultur auszusetzen.

Die wahrgenommene Entfremdung von Menschen im Heimatland scheint ferner mit der Verstärkung des Zugehörigkeitsgefühls zu Landsleuten in Deutschland einherzugehen. Vor dem Hintergrund des gemeinsamen Erlebens der südkoreanischen und deutschen Kultur versteht sich die Befragte mit diesen besser. Der Umgang mit Landsleuten in Deutschland stellt sich ihrer Schilderung zufolge als eine ‚Insel der Vertrautheit‘ gegenüber der zum Teil immer noch fremden deutschen Gesellschaft (siehe 8.4.2 Fremdheitsgefühl gegenüber Einheimischen) und der fremd(er) gewordenen südkoreanischen Gesellschaft dar. Folglich könnte man ihre Vorstellung, zusammen mit SüdkoreanerInnen in Deutschland gemeinsam in einem Haus zu wohnen, als Wunsch interpretieren, diese ‚Insel‘ zu institutionalisieren. Durch die immer noch bestehende große Fremdheit gegenüber der Aufnahmegesellschaft und die Entfremdung von der Herkunftsgesellschaft kommt eine normale stationäre Pflege weder in Deutschland noch in Südkorea in Betracht. Ihr ferner Pflegehorizont ist deshalb weitgehend geschlossen. Was ihn zum Teil offen hält, ist die Vorstellung, im Pflegefall in einer Wohngemeinschaft mit südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen in Deutschland zu leben.

#### **8.4.4 Sprache als Instrument für sozialen Austausch**

Die Beherrschung der Sprache der Aufnahmegesellschaft im Zusammenhang mit einer möglichen stationären Pflege wurde am häufigsten von den *männlichen* Befragten thematisiert. Hier ging es um die subjektiv wahrgenommene Sprachkompetenz und dementsprechend erwartete

soziale Kontakte mit Einheimischen in einem Pflegeheim. Die männlichen Interviewten schätzten ihre Beherrschung der deutschen Sprache überwiegend als gering ein und erwarteten daher Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit einheimischen MitbewohnerInnen.

Von den weiblichen Interviewten wurden dagegen kaum Sprachprobleme thematisiert, wobei die Vermutung naheliegt, dass dies auf deren frühere Berufstätigkeit im Gesundheitswesen zurückzuführen ist, wofür sie die deutsche Sprache gut beherrschen mussten. Während Frauen also kaum mit Kommunikationsschwierigkeiten im Kontext einer eventuellen stationären Pflege rechneten, sahen die Männer aufgrund von Sprachproblemen Gefahren sozialer Isolation, Vereinsamung, Marginalisierung und Ausgrenzung. Der folgende Text veranschaulicht dies:

*„Wenn man dort einzieht, erstens können achtzig Prozent von uns südkoreanischen Bergleuten kein Deutsch sprechen. Das heißt nicht, dass wir nicht das Allernötigste auf Deutsch sagen könnten. Das bedeutet, dass es im Alter schwer ist, äh sich mit Deutschen zu unterhalten. Man kann ja so etwas sagen wie ‚Ich habe Hunger, gebt mir etwas zu essen, gebt mir zu essen‘. Aber man kann nicht ausdrücken, was man denkt oder fühlt. Warum? Weil wir keine Schule hier besucht haben, deswegen. Wir schnappen einige Wörter im Alltag auf, sprechen, indem wir diese Wörter nebeneinander stellen, was von vorn nach hinten gar nicht passt. Auf diese Weise haben wir bislang mit solchen Wörtern soundso überlebt. Dennoch wenn man im Alter in einer Gemeinschaft mit anderen zusammenleben muss, ist es wirklich ein Jammer, ja wirklich ein Jammer“ (Herr Min, Z. 492-499).*

Nach der Darstellung von Herrn Min beherrscht die Mehrheit der südkoreanischen Arbeitsmigranten („achtzig Prozent von uns südkoreanischen Bergleuten“) die deutsche Sprache nur sehr mangelhaft. Dabei liegt die Vermutung nahe, dass die südkoreanischen Bergleute in der Vergangenheit überwiegend sozialen Austausch untereinander und damit in ihrer Muttersprache, Koreanisch, gepflegt haben. Aus Sicht von Herrn Min hängt das unzureichende Sprachniveau zudem mit den Rahmenbedingungen der Arbeitsmigration zusammen. Die berufliche Tätigkeit als Bergmann und der (im Lebenslauf späte) Zeitpunkt der Migration („Weil wir keine Schule hier besucht haben“) begrenzten die Möglichkeit, die Sprache der Aufnahmegesellschaft systematisch zu erlernen. Im Gegensatz dazu berichteten einige der weiblichen Interviewten, dass die Krankenhäuser, in denen sie angestellt waren, Sprachunterricht unterstützt haben. So boten die Arbeitgeber zum Beispiel den Besuch eines externen Sprachkurses (Frau Lee, Z. 151-154) oder selbst organisierte Kurse an (Frau Bae, Z. 410-412). Aus Sicht von Herrn Min war der

Spracherwerb der hauptsächlich als Bergmann angeworbenen Südkoreaner dagegen eine eher beiläufige, individuelle Angelegenheit („schnappen einige Wörter im Alltag auf“). So beherrsche er zwar einige unbedingt notwendige Wörter, aber z.B. kaum Wissen über die Grammatik („diese Wörter nebeneinanderstellen, was von vorn nach hinten gar nicht passt“). Mit dieser basalen sprachlichen Kompetenz sei die Bewältigung von Alltagsaufgaben nicht einfach gewesen („soundso überlebt“). So war es offenbar kaum möglich, soziale Kontakte mit Einheimischen zu unterhalten. Die Wahrnehmung von Sprachbarrieren geht so weit, dass der Befragte bekundet, „kein Deutsch“ zu sprechen.

Die Aufnahme einer stationären Pflege bedeutet in dieser Hinsicht für Herr Min einen Bruch mit dem gewohnten sozialen Umfeld („in einer Gemeinschaft mit anderen“) und eine große Herausforderung mit Blick auf die ihm fremd erscheinende deutsche Sprache. So würde er sich von seiner bisherigen sozialen Bezugsgruppe, den SüdkoreanerInnen, entfernen und einer von Einheimischen dominierten Welt aussetzen, der er sich nicht zugehörig fühlt. Die eigene sprachliche Kompetenz reicht seiner Einschätzung nach nicht aus, um einen Zugang zu den anderen (einheimischen) HeimbewohnerInnen zu finden. Zwar verfügten er und andere Südkoreaner über sprachliche Basiskompetenzen, sodass sie im Falle stationärer Pflege das „Altlernnötigste“ ausdrücken könnten („Ich habe Hunger, gebt mir etwas zu essen“). Dies würde jedoch nicht ausreichen, um mit Einheimischen tiefergehende Gespräche zu führen oder sich über Gefühle und Gedanken auszutauschen. Damit gehen Befürchtungen einer sozialen Isolation, Vereinsamung und Marginalisierung einher, was für den Befragten eine kritische Situation darstellt: Die Vorstellung, seinen Lebensabend völlig allein in einer fremden Umgebung zu verbringen, bereitet ihm großen Kummer („ist es wirklich ein Jammer, ja wirklich ein Jammer“).

Einige Interviewte gehen zudem – unabhängig von ihrem Geschlecht – davon aus, dass sich ihre Sprachschwierigkeiten und die damit zusammenhängende soziale Situation im Pflegeheim im Laufe der Zeit sogar noch verschlimmern könnten, weil man „später immer mehr die Sprache verlernt und alle Wörter vergessen“ werde (Herr Kim, Z. 1355 f.). Hier wird ein Zusammenhang zwischen der Sprachbeherrschung und dem Grad der Pflegebedürftigkeit hergestellt. Falls die Pflegebedürftigkeit mit einer Einschränkung der kognitiven Funktionen wie etwa Demenz einhergehen sollte, werde „eine spät erlernte Sprache schneller vergessen“ (Herr Kim, Z. 1342) – und zwar unabhängig davon, wie gut die Sprachkompetenz früher war (Frau Park, Z. 725 f.) oder wie intelligent man ist („egal ob man ein Doktor war“, Herr Kim, Z. 1343). Die

Kommunikation in einer Fremdsprache sorgt also bei der Überlegung über eine mögliche stationäre Pflege an sich für Unsicherheit und Distanz gegenüber einem solchen Pflegearrangement. All dies weist darauf hin, dass eine als gering eingeschätzte – und im Falle fortschreitender Pflegebedürftigkeit eher noch schwindende – sprachliche Kompetenz zur Schließung des fernen Pflegehorizontes im Hinblick auf eine Versorgung in einem ‚deutschen‘ Pflegeheim beiträgt.

#### 8.4.5 Konfliktgefahr im Zusammenleben mit Landsleuten

Manche Interviewte weisen darauf hin, dass sie trotz bisheriger Kontakte und gemeinsamer Freizeitaktivitäten mit Landsleuten im Fall der Pflegebedürftigkeit nicht mit diesen in einer stationären Einrichtung zusammenwohnen möchten. In diesem Zusammenhang wird argumentiert, dass Landsleute zu viel über andere Menschen sprechen und deren Persönlichkeit nicht respektieren würden (Frau Park, Z. 1189-1195), was auf die Befürchtung einer *sozialen Kontrolle* durch andere SüdkoreanerInnen hinweist. Letztere stellten ferner hohe Erwartungen an ihresgleichen, was gegebenenfalls Stress auslösen (Frau Suh, Z. 688 f.) und im Zusammenleben zu Konflikten führen könne (Frau Lee, Z. 910 f.). Der folgende Interviewtext veranschaulicht dies:

*„SüdkoreanerInnen sind hier einsam. Weil sie einsam waren und sind, so haben sie immer irgendwie so gelebt, als ob sie einer Unterdrückung nicht entkämen, irgendwie ähm, ja, sie haben immer einen innerlichen Druck. Obwohl keiner sagt, ‚Ich fühle innerlich so etwas‘, trotzdem leiden sie unbewusst immer an irgendeinem unterschweligen Druck. Sie haben dieses Gefühl, sie haben immer Minderwertigkeitsgefühle. Darum, wenn sie sich ignoriert fühlen, dann können sie das nicht so stehen lassen. Auch wenn jemand ihren Stolz verletzt, dann haben sie dafür absolut kein Verständnis, sie haben kein Verständnis. Darum können sie so etwas nicht verzeihen. Ähm, so etwas gibt es“ (Frau Hong, Z. 174-180).*

Der Ausgangspunkt dieser Erzählung war die Frage nach der eigenen Einstellung gegenüber Pflegeheimen („Was denken Sie über Pflegeheime in Deutschland?“). Daraufhin thematisierte die Interviewte den Umgang mit potenziellen MitbewohnerInnen, wobei eine distanzierte Haltung gegenüber Landsleuten deutlich wird. Aus ihrer Sicht leiden ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen an einem „*Minderwertigkeitsgefühl*“, welches auf den MigrantInnenstatus zurückgeführt wird: Sie gehören nicht zur Mehrheitsgesellschaft und unterhalten nur wenige Beziehungen zu Einheimischen, während die eigene ethnische Community verhältnismäßig klein

ist (man fühlt sich „einsam“). Ältere südkoreanischen MigrantInnen fühlten sich über mehrere Jahrzehnte hinweg von der Aufnahmegesellschaft abgegrenzt und hätten als Folge davon „Minderwertigkeitsgefühle“ entwickelt, welche zu einer permanenten psychischen Anspannung führten („Unterdrückung“, „einen innerlichen Druck“). Innerhalb der ethnischen Community werde dies zwar kaum offen thematisiert, unausgesprochen aber immer wieder deutlich. SüdkoreanerInnen, die sich „ignoriert“ oder in ihrem „Stolz verletzt“ fühlten, neigten zu unreflektiertem und übertriebenem Verhalten, weshalb man schnell mit ihnen in Konflikt gerate („nicht so stehen lassen“), was nur schwer wieder gelöst werden könne („so etwas nicht verzeihen“). Zudem würden Konflikte häufig tabuisiert. Aus Sicht der Befragten bedeutet das Zusammenleben mit anderen SüdkoreanerInnen in einer stationären Einrichtung also einen potenziellen Konfliktherd: Im Umgang mit Landsleuten müsse man sich ständig in Acht nehmen, wobei es in einem Pflegeheim kaum Möglichkeiten gebe, sich zurückzuziehen. Deshalb erscheint das Leben mit Landsleuten in einer stationären Einrichtung für die Interviewte nur schwer vorstellbar, während sie einem Zusammenleben mit Einheimischen eher aufgeschlossen gegenübersteht („könnte der Umgang mit Deutschen *viel einfacher* sein als mit SüdkoreanerInnen“, Frau Hong, Z. 167 f.). So trägt der antizipierte konflikthafte Umgang mit Landsleuten einerseits zu einer Schließung des fernen Pflegehorizontes im Hinblick auf eine stationäre Versorgung in einem ‚südkoreanischen‘ Pflegeheim bei, öffnet ihn aber andererseits im Hinblick auf eine eventuelle Pflege in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim.

#### **8.4.6 Die ethnische Gruppe als Heimat**

Einige Interviewte deuten an, dass sie im Alter eine immer stärker werdende Sehnsucht nach der Heimat entwickelt hätten (Frau Yoon, Z. 87-89; Frau Park, Z. 732 f.). Im Fall von Frau Lee fällt die Lebensgestaltung im Sinne der Herkunftskultur und der Kontakt mit der eigenen ethnischen Gruppe mit dem Alter immer mehr ins Gewicht (Frau Lee, Z. 350 f.), wodurch die Aufrechterhaltung von Kontakten mit Landsleuten im eventuellen Pflegefall an Bedeutung gewinnt. So kommt für sie die Versorgung in einem ‚südkoreanischen‘ Pflegeheim durchaus in Betracht (Frau Lee, Z. 345-347), wobei sie letztlich eine gemeinsame Unterbringung der SüdkoreanerInnen in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim für sinnvoller hält (siehe 8.4.1 Zugehörigkeitsgefühl). Der folgende Interviewtext veranschaulicht die Bedeutung von Heimweh für Frau Lee:

*„Ich weiß nicht, wie die anderen deutsch-südkoreanischen Familien sind. Aber in meinem Fall wird zum Beispiel das Heimweh stärker, wenn ich immer, immer älter werde. Man denkt, dass das Heimweh schwächer würde, wenn man lange hier lebt. Ich habe auch früher so gedacht. Aber was ich jetzt in diesem Moment fühle, wo ich alt werde, ist, dass das Heimweh stärker und stärker wird. Ich vermisse immer mehr die frühere Zeit, wie kann man das beschreiben? Das ist etwa so, als ob ich äh etwa, etwa in die Zeit zurückversetzt werden möchte“ (Frau Lee, Z. 351-355).*

Die Interviewte beschreibt, dass das Heimweh im Alter, entgegen dem allgemeinen („man denkt“) und ihrem eigenen, früheren Verständnis, eher stärker als schwächer werde. Zudem ist das Heimweh ihrer Darstellung nach unabhängig vom Grad der Anpassung an die Aufnahmegesellschaft. So verspürt sie selbst großes Heimweh, obwohl sie mit einem Einheimischen eine Familie in Deutschland gegründet hat („wie die anderen deutsch-südkoreanischen Familien“). Diese Empfindung ist offenbar so stark, dass das Wort „vermissen“ allein nicht genügt, das Gefühl auszudrücken – am liebsten möchte sie „in die Zeit zurückversetzt werden“. Es handelt sich also um die Sehnsucht nach jener Heimat, die sie vor der Migration selbst erlebt hat, in die sie hineingeboren und in der sie aufgewachsen ist. Das gegenwärtige Südkorea scheint dieser Vorstellung von Heimat nicht mehr zu entsprechen, was das Gefühl der Heimatlosigkeit und des Heimwehs noch verstärkt. So könnte der Wunsch nach weiteren Kontakten mit Landsleuten im möglichen Pflegefall eine Strategie darstellen, die (alte) Heimat zumindest teilweise zu erhalten und damit das Heimweh zu kompensieren. In ähnlicher Weise berichtet eine andere Interviewte, Frau Ahn, Folgendes: „Ich denke nicht, dass ich nach Essen Kray fahre, sondern in die Heimat“ (Frau Ahn, Z. 405 f.). Dieses Zitat zeigt deutlich, dass das südkoreanische Kulturzentrum in der Stadt Essen für sie eine Heimat darstellt. Insgesamt lässt sich aus dem Interviewmaterial schließen, dass empfundenenes Heimweh und die damit verbundene Orientierung an der eigenen ethnischen Gruppe zur Öffnung eines fernen Pflegehorizontes beiträgt – konkret in Form einer gemeinsamen Unterbringung in einem (südkoreanischen) Pflegeheim.

#### **8.4.7 Geselligkeit und soziale Aktivitäten**

Für einige Interviewte sind die verschiedenen Angebote der sozialen Aktivitäten in stationären Einrichtungen bei der Überlegung über die möglichen Pflegearrangements von großer Bedeutung. So kämen für Herr Woo diesbezüglich „viele Angebote“ in Betracht, welche es ihm er-

möglichen würden, sein Leben trotz Pflegebedürftigkeit abwechslungsreich gestalten zu können (Herr Woo, Z. 163). Die Interviewten Frau Ahn und Frau Hong gehen ebenfalls davon aus, dass es dort zahlreiche Gelegenheiten gäbe, sich zu beschäftigen (Frau Ahn, Z. 339 f.; Frau Hong, Z. 121 f.).

Einige Interviewte verweisen in diesem Zusammenhang auf eventuelle Vorzüge der gemeinsamen Versorgung und Betreuung in einem ‚ethnischen‘ Pflegeheim, wo man Geselligkeit und Freizeitbeschäftigungen auf koreanische Art und Weise gestalten könne, etwa „zusammen Karaoke singen, oder indem jemand Gitarre spielt und wir dabei alte Lieder zusammen singen“ (Frau Lee, Z. 338 f.; auch Herr Jeon, Z. 431 f.). Südkoreanische Lieder, welche die ArbeitsmigrantInnen früher in ihrem Heimatland gesungen haben („alte Lieder“), scheinen also ein wichtiges Element der Geselligkeit und sozialen Aktivitäten unter SüdkoreanerInnen zu sein, wobei Karaoke<sup>142</sup> oder Gitarrenbegleitung zum Einsatz kommt. Dies weist darauf hin, dass kultur- und generationsspezifische Gemeinsamkeiten für die Geselligkeit mit Landsleuten von besonderer Bedeutung sind. Für die Interviewten Herrn Jeon und Herrn Kim kommen im Pflegefall – im Rahmen der verbliebenen Kräfte – Gartenpflege, Anbau von Gemüse und Champignons, oder das Halten von Hühnern als mögliche Freizeitbeschäftigung in Betracht (Herr Jeon, Z. 336-338; Herr Kim, Z. 1389 f.). Das Leben im traditionell von der Landwirtschaft geprägten Südkorea (zu Zeiten vor der Migration) beeinflusst also offenbar ebenfalls die Vorstellung möglicher Beschäftigungen im Alter. Bilder von Geselligkeit und Freizeitbeschäftigung scheinen also stark kulturspezifisch geprägt. Der folgende Interviewtext veranschaulicht unterschiedliche Wahrnehmungen von Geselligkeit in Deutschland und Südkorea:

*„Obwohl ich hier viele Busreisen gemacht habe, bleiben die Leute hier still sitzen. Sie bleiben vom Einsteigen bis zum Aussteigen still sitzen und dann steigen sie aus. Wirklich, so etwas passt zu unserer Mentalität nicht. Uns gefällt eher so etwas Lautes. Darum greifen wir SüdkoreanerInnen uns gleich am Anfang das Mikrophon, wir greifen uns das Mikrophon und singen, auch wenn wir in Deutschland mit dem gemieteten Bus irgendwohin fahren. Man darf, man darf so etwas tun, wenn der Busfahrer es erlaubt, wenn der Busfahrer auf die Frage okay sagt, ob wir etwa laut sein dürfen. Aber wenn ein Deutscher dabei ist, dann sollte man so etwas nicht machen. Also, diese Mentalität, die Mentalität, mit der wir von Kindheit an aufgewachsen sind,*

---

<sup>142</sup> Karaoke ist eine übliche Freizeitbeschäftigung in Südkorea. Einige Interviewte haben sogar selbst Karaoke-Anlagen zu Hause.

*ist wirklich anders. Zu uns passt die Mentalität, die wir seit unserer Kindheit haben, wirklich gut. Interessant ist auch, dass ich mich frei fühle, wenn ich so eine Fahrt mache, als ob ich von meinem innerlichen Druck befreit würde, als ob ich davon geheilt würde, ja so fühle ich mich“ (Frau Lee, Z. 377-386).*

Die Interviewte beschreibt hier kulturell geprägte, unterschiedliche Gestaltungen von Geselligkeit und Freizeit am Beispiel ihrer Erfahrungen mit Busreisen. Demnach gestalte sich eine Busreise mit Landsleuten als „etwas Lautes“, während Deutsche „vom Einsteigen bis zum Aussteigen still sitzen“ würden. Dies wird auf unterschiedliche Mentalitäten zurückgeführt, welche in der Kindheit erworben und lebenslang erhalten blieben. So sei die Mentalität nachhaltig von der Herkunftskultur geprägt, was sich auch auf Formen der Geselligkeit und Freizeitaktivitäten im Alter auswirke. Gewohnheiten von Einheimischen scheinen aus Sicht der Interviewten nicht zu ihrer Mentalität zu passen. Zudem sei Geselligkeit auf südkoreanische Art und Weise letztlich nur in einer Gruppe von Landsleuten möglich („wenn ein Deutscher dabei ist, dann sollte man so etwas nicht machen“). Gemeinsame Freizeitaktivitäten von Deutschen und SüdkoreanerInnen werden also mit Konflikten verbunden: So müsse man auf anwesende Deutschen Rücksicht nehmen, da diese die „laute“, typisch südkoreanische Freizeitgestaltung als störend empfinden könnten und dabei gewohnte Formen der Freizeitgestaltung aufgeben. Aus Sicht von Frau Lee werden gemeinsame Freizeitaktivitäten mit Landsleuten demgegenüber gewissermaßen als Befreiung und Heilung von einem inneren Druck erlebt. Hier geht es offenbar nicht ausschließlich um Kontakte und Erlebnisse mit anderen SüdkoreanerInnen, sondern auch um das Ausleben einer spezifischen Mentalität, was bei Anwesenheit von Einheimischen oder in einem von deren Mentalität dominierten Alltagsleben schwierig erscheint. Dies zeigt deutlich, welchen Stellenwert gemeinsame Aktivitäten in einer homogenen Gruppe von Landsleuten für die Interviewte haben. An anderer Stelle gibt sie an, dass sie bislang häufig selbst Treffen mit anderen SüdkoreanerInnen organisiert habe („ich kann die Leute zu mir einladen“, Frau Lee, Z. 367 f.). Allerdings scheint eine mögliche Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in ihren Augen mit einem Verlust an Autonomie bezüglich einer solchen selbst organisierten Geselligkeit mit Landsleuten einherzugehen. Das Ausleben einer als spezifisch koreanisch empfundenen Mentalität und das damit zusammenhängende Gefühl der Befreiung von einem inneren Druck fiele dann weg. Vor diesem Hintergrund scheinen – wie bereits erwähnt – Freizeitangebote für SüdkoreanerInnen oder Optionen rein ‚südkoreanischer‘ Pflegeheime (vgl. Herr Min, Z. 553 f.) besonders bedeutsam. Die vorwiegend an einheimische BewohnerInnen gerichteten sozialen Angebote in stationären Einrichtungen werden dagegen offenbar als unzulänglich empfunden.

## Zwischenfazit

Die Analyse des Interviewmaterials zeigt, dass sozialer Austausch sowohl mit Landsleuten als auch mit Einheimischen bei den Überlegungen südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen im Hinblick auf (stationäre) Pflege eine wichtige Rolle spielt. Dabei steht die Auseinandersetzung mit Wünschen, wahrgenommenen Möglichkeiten und Grenzen des Austauschs mit Einheimischen und Landsleuten im Mittelpunkt. Die folgende Tabelle 14 veranschaulicht die Faktoren aus dem Thema Sozialer Austausch und deren möglichen Einfluss auf den fernen Pflegehorizont.

Tabelle 14: Ferne Pflegehorizonte und Faktoren aus dem Thema sozialer Austausch

| Thema              | Faktoren   | DPD | SPD | PS |
|--------------------|--|-----|-----|----|
| Sozialer Austausch | Soziale Kontakte mit Menschen                                  | O   |     |    |
|                    | Angebote der sozialen Aktivitäten in stationären Einrichtungen | O   |     |    |
|                    | Zugehörigkeitsgefühl zu Einheimischen                          | O   | X   |    |
|                    | Fremdheitsgefühl gegenüber Einheimischen                       | X   |     |    |
|                    | Mangelnde Sprachkompetenz                                      | X   |     |    |
|                    | Soziale Kontakte mit bzw. Zugehörigkeitsgefühl zu Landsleute   |     | O   |    |
|                    | Koreanische Geselligkeit bzw. Mentalität                       |     | O   |    |
|                    | Heimweh  |     | O   |    |
|                    | Konfliktgefahr im Zusammenleben mit Landsleute                 | O   | X   |    |
|                    | Entfremdung von der südkoreanischen Gesellschaft               |     |     | X  |

DPD: Deutsches Pflegeheim in Deutschland/ SPD: Südkoreanische Pflegeheim in Deutschland/ PD: Pflege(heim) in Südkorea  
O Öffnend X Schließend

Quelle: Eigene Darstellung.

Für einige Interviewte bedeutet eine eventuelle Pflegebedürftigkeit die (zunehmende) Einschränkung der Mobilität und damit auch der Möglichkeit, soziale Kontakte zu pflegen, was mit dem Risiko der sozialen Isolation und Vereinsamung vor allem im häuslichen Bereich verbunden wird. Insofern werden stationäre Einrichtungen als denkbare Ressourcen für soziale

Kontakte wahrgenommen, wodurch die stationäre Versorgung in einem (einheimischen) Pflegeheim als vorstellbares Pflegearrangement in Betracht kommt. Hierzu werden die sozialen Angebote wie Freizeitaktivitäten der stationären Einrichtungen als Möglichkeiten betrachtet, das Leben abwechslungsreich gestalten zu können. Dies wirkt sich öffnend auf den fernen Pflegehorizont in Bezug auf die Versorgung in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim aus.

Ein Bedarf nach (weiteren) sozialen Kontakten mit Einheimischen besteht vor allem bei denjenigen Interviewten, welche in die Aufnahmegesellschaft integriert sind und sich dieser zugehörig fühlen – die Lebensführung in einer binationalen Ehe dürfte dazu beitragen. Unter diesen Bedingungen kommt eine Versorgung in einem ‚südkoreanischen‘ Pflegeheim kaum in Betracht. Diese wird als ungewollte Trennung und Isolation von der Aufnahmegesellschaft angesehen, wodurch der ferne Pflegehorizont im Hinblick auf eine solche Einrichtung tendenziell geschlossen wird. Dahingegen wird er in Bezug auf eine mögliche Unterbringung in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim eher geöffnet.

Für andere Befragte wiederum birgt die Versorgung in einem ‚deutschen‘ Pflegeheim die Gefahren der sozialen Isolation, Vereinsamung und Marginalisierung. Dies ist insbesondere auf Fremdheitsgefühle und eine als gering eingeschätzte Kompetenz bezüglich der Beherrschung der deutschen Sprache zurückzuführen. Dabei sind Fremdheitsgefühle offenbar häufig schon in äußerlichen, körperlichen Merkmalen begründet. Zudem gehen die Befragten davon aus, dass Menschen mit einem Migrationshintergrund aus Südkorea bzw. Ostasien in Pflegeheimen eine *Minderheit* darstellen werden, was diese Gefühle noch verstärkt. Folglich wird eine stationäre Pflege kaum in Betracht gezogen und der ferne Pflegehorizont wird dementsprechend kaum geöffnet. Außerdem wird eine als eingeschränkt wahrgenommene deutsche Sprachkompetenz als mögliche Barriere für soziale Kontakte zu einheimischen HeimbewohnerInnen bewertet. Diesbezüglich gibt es starke *geschlechtsspezifische* Unterschiede, was auf die unterschiedlichen Berufsbereiche der angeworbenen ArbeitsmigrantInnen zurückzuführen ist: Während die weiblichen Interviewten kaum Kommunikationsschwierigkeiten mit einheimischen HeimbewohnerInnen thematisieren, wird die Sprache der Aufnahmegesellschaft von männlichen Interviewten überwiegend als große Barriere wahrgenommen. Folglich ist den männlichen Interviewten die Vorstellung, in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim gepflegt zu werden, weitaus fremder als den weiblichen.

Bei jenen Befragten, welche sich hauptsächlich an der eigenen ethnischen Gruppe und damit auch an der Vorstellung einer Versorgung in einem ‚ethnischen‘ Pflegeheim orientieren, spielen

insbesondere das Zugehörigkeitsgefühl zu und die wahrgenommenen kulturellen Gemeinsamkeiten mit den Landsleuten eine Rolle. Die Gestaltung von Geselligkeit und Freizeitaktivitäten ist hier stark verknüpft mit dem Ausleben einer als spezifisch koreanisch wahrgenommenen Mentalität, welche emotional positiv besetzt ist. Dies stellt für einige Befragte einen unersetzbaren Teil ihrer Lebensführung dar, auf den sie auch während einer eventuellen Pflegebedürftigkeit nicht verzichten möchten. Des Weiteren besitzt die eigene ethnische Gruppe für einige Befragte den Charakter einer zweiten Heimat in der Fremde. Kontakte und gemeinsame Aktivitäten mit Landsleuten kompensieren gewissermaßen ein (mit der Zeit tendenziell wachsendes) Heimweh. Im Vergleich dazu spricht die Befürchtung eines konflikthaften Umgangs mit Landsleuten und verstärkter sozialer Kontrolle gegen diese Option.

Für manche Interviewte kommt die Pflege in der Heimat durch die wahrgenommene Entfremdung von der südkoreanischen Gesellschaft nicht in Betracht. Dies führt, gegebenenfalls mit der immer noch bestehenden Fremdheit gegenüber der Aufnahmegesellschaft, zu einer starken Orientierung an ihren in Deutschland lebenden Landsleuten – diese erscheinen ihnen als eine ‚Insel der Vertrautheit‘. Obwohl die Vorstellung eines ‚südkoreanischen‘ Pflegeheims für manche Interviewte in Betracht kommt und insofern zur Öffnung des fernen Pflegehorizontes beiträgt, bleibt dies aufgrund der fehlenden Infrastruktur im Bereich des Imaginären.

Bei Überlegungen bezüglich einer möglichen (stationären) Pflege sind also sowohl Zugehörigkeitsgefühle zu Landsleuten als auch zu Einheimischen im Spiel. Die Betroffenen stehen gewissermaßen zwischen zwei Stühlen: Eine stationäre Versorgung in einem ‚südkoreanischen‘ Pflegeheim würde eine Trennung von der Aufnahmegesellschaft bedeuten, während die Aufnahme in einer ‚einheimischen‘ Einrichtung mit einem Verlust von Kontakten und gemeinsamen Aktivitäten mit Landsleuten einhergehen könnte. Insofern besteht offenbar ein besonderer Bedarf an Angeboten, die über eine schlichte gemeinsame Unterbringung mit Landsleuten in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim hinausgehen und spezifische Angebote für SüdkoreanerInnen schaffen.

## **8.5 Allgemeine und individuelle Versorgungsqualität**

In den Pflegehorizonten mancher Interviewter kommt der Qualität der formellen Pflege ein hoher Stellenwert zu. Dies ist eng mit der Aufnahme eines formellen Pflegeangebots verbunden.

Dabei stehen vier Kriterien einer qualitativen Versorgung im Mittelpunkt: Für eine warmherzige und vertrauensvolle Pflege werden die Kompetenzen des Pflegepersonals als relevant betrachtet (8.5.1). In Bezug auf die Befriedigung der pflegespezifischen Bedarfe und Bedürfnisse spielt daneben das Tätigkeitsspektrum des formellen Pflegeangebots eine wichtige Rolle, was mit der Einstellung zur formellen Pflege im Herkunftsland in Zusammenhang steht (8.5.2). Die Interviewten messen zudem der eigenen sprachlichen Kompetenz Relevanz für die Qualität der pflegerischen Versorgung bei. Hierbei kommt der Sprache als Instrument für die Vermittlung des eigenen gesundheitlichen Befindens – auch als Grundlage für die Gestaltung der Pflege – Bedeutung zu (8.5.3). Schließlich werden Vorstellungen von Vernachlässigung und Diskriminierung, die auf strukturelle Rahmenbedingungen stationärer Einrichtungen und den Migrationshintergrund der Befragten gründen, als mögliche Hindernisse einer qualitativen Pflege thematisiert (8.5.4). Im Folgenden werden diese Aspekte basierend auf dem empirischen Material der Arbeit detailliert betrachtet.

### **8.5.1 Kompetenzen des Pflegepersonals**

Bei den weiblichen südkoreanischen Interviewten steht die Qualität der formellen Pflege eng mit den Kompetenzen der Pflegekräfte in Zusammenhang. Hier spielen vor allem die persönlichen Eigenschaften und die sozialen Kompetenzen der Pflegekräfte, welche aus Sicht der Interviewten für eine warmherzige bzw. vertrauensvolle Pflege von enormer Bedeutung sind, eine Rolle. Es liegt die Vermutung nahe, dass südkoreanische Arbeitsmigrantinnen aufgrund ihrer eigenen beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen bei der Betrachtung formeller Pflegeangebote besonders sensibel sind, worauf im Folgenden näher eingegangen wird.

#### **8.5.1.1 Ausübung der Pflege als Berufung oder Beruf?**

Einige ältere südkoreanische Interviewte beurteilen, je nach ihrer Einstellung gegenüber der *Motivation der beruflichen Ausübung der Pflegekräfte*, die formelle Pflege unterschiedlich. Sie gehen davon aus, dass individuelle Charakteristika der Pflegekräfte, wie etwa das Interesse an oder die Warmherzigkeit gegenüber den Pflegebedürftigen, Einfluss auf die Erbringung der Pflege nimmt. Sie seien also entscheidend dafür, ob eine Pflege mehr oder weniger mechanisch, d. h. als eine rein auf körperliche Versorgungsansprüche beschränkte Verrichtung, oder warmherzig und damit bezogen auf die sozialen und emotionalen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen durchgeführt wird, was wiederum eng mit dem Vertrauen der Interviewten in die formelle Pflege verbunden ist. Die folgenden Aussagen von zwei Interviewten veranschaulichen dies:

*„Dass die Leute nachhause kommen und pflegen, dass sie das für eine Stunde oder zwei Stunden tun, ist ihr Beruf. Auch wenn man sagt, dass diese Arbeit ihr Beruf ist, kann man trotzdem dort nicht arbeiten, wenn man gar kein Interesse daran hat. Das heißt, dass diese Leute eine Begabung dazu haben sollten, äh nicht Begabung, äh sie müssen wirklich warmherzig sein. Darum würde ich mich nicht unangenehm fühlen, wenn diese Leute zu mir nachhause kommen und mich pflegen würden. Sie sind kompetent“ (Frau Bae, Z. 533-537).*

Diese Interviewpassage beinhaltet die Einstellung von Frau Bae zu Pflegekräften aus ambulanten Pflegediensten, vor dem Hintergrund einer (potenziellen) Inanspruchnahme einer ambulanten Pflege. Unter der ambulanten Pflege versteht die Interviewte, dass „Leute“ aus einem ambulanten Pflegedienst beruflich pflegebedürftige Menschen zu Hause für einen bestimmten Zeitraum versorgen („für eine Stunde oder zwei Stunden“). Hierbei weist die Benennung „Leute“ auf eine gewisse Distanz zu dieser Berufsgruppe hin. Es liegt die Vermutung nahe, dass Frau Bae keinen persönlichen Bezug zu Pflegekräften aus diesem beruflichen Bereich und zu einem ambulanten Pflegedienst hat, obwohl sie über diese Form professioneller Pflege informiert ist. Im Verlauf des Interviews beschreibt die Interviewte die Aufgabe eines ambulanten Pflegedienstes: „Jemand kommt von dort äh aus dem ambulanten Pflegedienst, gibt dem Pflegebedürftigen eine Spritze oder duscht ihn“ (Frau Bae, Z. 523 f.). Aus Sicht der Interviewten übernehmen die Pflegekräfte aus ambulanten Pflegediensten eine zeitintensive, schwierige, jedoch planbare Tätigkeit (z.B. Duschen), welche in einem geschlossenen Raum wie dem Badezimmer durchgeführt wird und unmittelbar die Intimsphäre eines Pflegebedürftigen berührt. Neben Grundpflegeleistungen, wozu die Körperpflege zu zählen ist, erbringen Pflegekräfte aus den ambulanten Pflegediensten auch Aufgaben der medizinischen Behandlungspflege, welche die pflegenden Angehörigen nicht selbst ausführen können (z.B. medikamentöse Injektionen, also die Verabreichung einer Spritze). Diese Dienstleistungen der Pflegekräfte können aus Sicht von Frau Bae entgegen dem bestehenden allgemeinen Verständnis nicht mit der ausschließlichen Motivation des Gelderwerbs erklärt werden („man sagt, dass diese Arbeit ihr Beruf ist“). Stattdessen wird eine an-sozialisierte, persönliche Eigenschaft („Begabung“), die sogenannte „Berufung“ vorausgesetzt, worunter die Interviewte Interesse und Warmherzigkeit gegenüber pflegebedürftigen Menschen versteht. Diese Charakteristika können nicht durch die berufliche Ausbildung erworben werden. Das heißt, dass Pflegekräfte, dem Kompetenzverständnis von Frau Bae folgend, sowohl Fähigkeiten, welche sie durch ihre Ausbildung erwerben, als auch spezielle persönliche Eigenschaften mit einbringen müssen, um als „kompetent“ zu gelten. Damit die Interviewte Pflegekräften volles Vertrauen entgegenbringen kann,

dürfen diese nach ihrer Auffassung den Tätigkeiten der Pflege nicht nur mechanisch nachgehen, sondern müssen sie auch sozial und emotional ausgestalten, auch in dem Bewusstsein, dass eine Pflegekraft als fremde Person in ihre Intimsphäre eindringen würde („mich nicht unangenehm fühlen“).

Im Vergleich zu Frau Bae nimmt die Interviewte Frau Yoon die formelle Pflege als eine rein berufliche Tätigkeit wahr, was ihr bezüglich der stationären Pflege Sorgen bereitet. Der folgende Interviewtext veranschaulicht dies:

*„Hier pflegen die Leute als Beruf. Pflegen die Leute hier etwa aus Liebe? Die Leute hier pflegen aus beruflicher Verpflichtung, darum, darum ist es nicht einfach. Ach (seufzend) ich mache mir deswegen große Sorgen“ (Frau Yoon, Z. 267-269).*

Aus Sicht von Frau Yoon besteht hinsichtlich der Pflege alter Menschen zwischen Deutschland („Hier“) und Südkorea eine unterschiedliche Herangehensweise, wobei sie in einem weiteren Interviewtext ihre Einstellung zur Pflege in Südkorea beschreibt. Demnach habe sich die Pflege alter Menschen in der südkoreanischen Gesellschaft im Lauf der Zeit geändert, während ihre eigene Einstellung zur Pflege an dem südkoreanischen Pflegebild vor ihrer Migration und damit an den traditionellen Werten orientiert geblieben ist („Ja, die Zeit hat sich geändert, ich lebe noch im neunzehnten Jahrhundert, aber es ist jetzt äh das einundzwanzigste Jahrhundert“, Frau Yoon, Z. 259). Die Befragte macht deutlich, dass die alten Menschen in Südkorea ehemals durch ihre Kinder versorgt und gepflegt worden sind („wenn ich noch jünger wäre, dann würde ich mit Älteren zusammenwohnen“, Frau Yoon, Z. 260). Hier liegt die Vermutung nahe, dass Frau Yoon Maßstäbe an die Pflege in Deutschland setzt, die ihrer vor der Migration in Südkorea erworbenen Einstellung zur Pflege entsprechen, wodurch sie der formellen Pflege in Deutschland skeptisch gegenübersteht. So werden pflegebedürftige Menschen in Deutschland nicht „etwa aus Liebe“, sondern „aus beruflicher Verpflichtung“ versorgt und betreut. Dies signalisiert, dass die Pflegekräfte in Deutschland lediglich den vorher festgelegten, verbindlichen Tätigkeiten nachgehen. Folglich steht für die Pflegekräfte nicht der pflegebedürftige Mensch, sondern die beruflichen Aufgaben bei der Ausübung der Tätigkeiten im Mittelpunkt, wodurch der Umgang mit pflegebedürftigen Menschen und deren Bedürfnissen nach Zuwendung, sozialer Bindung oder Warmherzigkeit kaum Gewicht beigemessen wird. Das bedeutet für Frau Yoon, dass sie sich in einer stationären Einrichtung als Objekt der Pflegeleistungen ausgeliefert fühlen würde und weder emotionale Nähe und Unterstützung, noch Geborgenheit erleben könnte. Aufgrund kaum vorhandener informeller Ressourcen – Frau Yoons Kinder leben nicht

in Deutschland – spielt die stationäre Pflege in den für sie vorstellbaren Pflegeszenarien als äußerst wahrscheinliche Form der eigenen Versorgung eine enorme Rolle („ich mache mir deswegen große Sorgen“).

Die beiden Interviewzitate zeigen, dass die Bereitschaft der Aufnahme einer formellen Pflege für die Frauen durch die jeweilige Motivation der Pflegekraft geprägt ist. Diejenigen Interviewten, welche eine professionelle Altenpflege als Berufung von Pflegekräften auffassen, besitzen eine größere Bereitschaft, ein formelles Pflegeangebot in Anspruch zu nehmen. Demgegenüber wird eine formelle Pflege kritisch betrachtet, wenn sie ausschließlich als berufliche Erwerbstätigkeit der Pflegenden wahrgenommen wird.

### **8.5.1.2 Gute Ausbildung für den sensiblen Umgang mit Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund**

Bei den Überlegungen einer weiteren Interviewten zur Inanspruchnahme einer formellen Pflege ist das Gefühl der Vertrautheit mit Pflegekräften für die Versorgungsqualität von enormer Bedeutung, wobei die Versorgung durch Fachkräfte mit der gleichen Herkunft Vorrang gegenüber anderen Pflegefachkräften genießt. Jedoch gibt sie zu bedenken, dass ‚einheimische‘ Pflegekräfte durch ihre gute Ausbildung ebenfalls für eine vertrauensvolle Pflege wichtige, emotionale und soziale Kompetenzen besitzen:

*„Meiner Ansicht nach wäre es mir sicherlich vertrauter, wenn die Stationschwester eine Türkin ist, falls ich selbst Türkin wäre. Das Gefühl der Vertrautheit ist wirklich wichtig. Darum wäre es tatsächlich äh/ aber die Leute sind hier schon gut für so etwas ausgebildet, darum muss das eigentlich nicht sein, das muss nicht. Aber wenn es so ist, dann denke ich mir schon, dass jemand aus demselben Land besser für einen geeignet ist“ (Frau Park, Z. 1160-1164).*

Nach dem Verständnis von Frau Park geht eine gute Pflege mit einem Gefühl der Vertrautheit einher. Dafür ist aus Sicht der Befragten dieselbe *nationalstaatliche Herkunft* der Pflegekräfte von entscheidender Bedeutung, wodurch eine gemeinsame Basis zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden hergestellt wird. Gleichzeitig weist dies darauf hin, dass ein gewisses Fremdheitsgefühl gegenüber bzw. eine Distanz zu ‚einheimischen‘ Pflegekräften besteht. Interessant ist, dass die Interviewte das spezifische Bedürfnis nach Pflegepersonal gleicher Herkunft nicht am eigenen, sondern am Beispiel einer Türkin darstellt. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die Befragte sich von dem (emotionalen) Thema der eigenen Pflegebedürftigkeit zu distanzieren versucht und stärker aus ihrer eigenen professionellen Perspektive als Krankenschwester

argumentiert. Außerdem ist für sie die Wahrscheinlichkeit, durch eine Krankenschwester mit gleichem Migrationshintergrund gepflegt zu werden, bei einer großen Minderheit wie etwa bei MigrantInnen aus der Türkei größer, als bei einer kleinen Minderheit wie der eigenen ethnischen Gruppe. So geht sie vermutlich davon aus, dass SüdkoreanerInnen nicht durch ein Pflegepersonal mit derselben nationalen Herkunft versorgt werden könnten. Des Weiteren deutet sich an, dass das Geschlecht der Pflegenden hinsichtlich der Vertrautheit in der Pflege eine relevante Rolle spielt, wobei die Wahrscheinlichkeit einer geschlechtsspezifischen Pflege für Frauen, bedingt durch den weiblich geprägten Pflegeberuf, groß ist („Türkin“, „Stationschwester“).

Indem Frau Park inhaltlich jedoch abrupt zu der *Ausbildung* professioneller Altenpflegekräfte springt, wird der Stellenwert, welcher demselben ethnischen Hintergrund des Pflegepersonals für eine vertrauensvolle Pflege zugeschrieben wird, teilweise entkräftet. Daneben legt der auf eine bestimmte Personengruppe konzentrierte Begriff „die Leute“ nahe, dass für die Interviewte Alten- und Krankenpflege verwandte Berufe sind. Aufgrund der beruflichen Erfahrung und Kompetenz, welche sie den ‚einheimischen‘ Krankenpflegekräften bescheinigt, und dem daraus hervorgehenden Vertrauen in das Ausbildungssystem in Deutschland geht die Befragte zugleich von gut ausgebildeten, kompetenten Altenpflegekräften aus; also von Pflegekräften, welche die für eine vertrauensvolle Pflege grundlegenden emotionalen und sozialen Kompetenzen besitzen („hier schon gut für so etwas ausgebildet“). Dies gelte auch für den sensiblen Umgang mit Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund („muss das eigentlich nicht sein, das muss nicht“). Obwohl die Interviewte also davon ausgeht, dass eine vertrauensvolle Pflege für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund durch die gut ausgebildeten Fachkräfte gewährleistet werden könnte, scheint die Herkunft der Pflegenden weiterhin von Bedeutung zu sein. Der Interviewtext weist darauf hin, dass aus Sicht von Frau Park dieselbe Herkunft, Kompetenz durch eine gute Ausbildung und das gleiche Geschlecht der Fachkräfte eine optimale Voraussetzung für die vertrauensvolle Pflege ausmacht, wobei sich die Pflege durch Fachkräfte gleicher Herkunft für die Interviewte eher unrealistisch darstellt („Aber wenn es so ist“). Obwohl solche für eine vertrauensvolle Pflege idealen Bedingungen nach Ansicht der Interviewten schwer bzw. kaum erfüllbar sind, scheint sich ihre Überzeugung von der guten Ausbildung ‚einheimischer‘ Pflegekräfte positiv auf ihre Einstellung zur Qualität formeller Pflege auszuwirken, wodurch der ferne Pflegehorizont nicht geschlossen wird.

## 8.5.2 Tätigkeitsspektrum der formellen Pflege

Die Tätigkeitsbereiche der Pflegekräfte, welche wiederum in Südkorea und Deutschland unterschiedlich geregelt sind, stehen nach Auffassung einer Befragten eng mit der Qualität der Pflege in Zusammenhang, wobei zugleich die berufliche Identität als auch Qualifikation der Pflegekräfte eine Rolle spielen. Die auf der eigenen Erfahrung basierende Gegenüberstellung der Tätigkeitsbereiche der Alten- und Krankenpflegekräfte in beiden Ländern beeinflusst die jeweilige Einstellung zur formellen Pflege. Die folgenden zwei Interviewauszüge von Frau Choe veranschaulichen diesen Aspekt exemplarisch:

*„Als ich zu Besuch im geriatrischen Hospital in Südkorea war, waren alle Leute, die dort arbeiten, nach meiner Vermutung Koreanerinnen, die aus einem Land wie China gekommen sind. Sie machen nur Stuhl und Urin weg, sie können nur so etwas tun. Ich bin wirklich der Meinung, dass eine echte Krankenschwester dazu bereit ist, wirklich für die Menschen zu arbeiten, wirklich für die Menschen zu arbeiten. Dann ist sie eine Krankenschwester im wahren Sinne. Aber diese Leute tun so etwas nicht. Ich finde, dass sie dort nur arbeiten, weil sie Geld, Geld verdienen möchten, und sie sich damit nur die Zeit vertreiben“ (Frau Choe, Z. 304 -309).*

Die Mutter von Frau Choe, die in Südkorea lebte, war ein Jahr lang in einem geriatrischen Hospital untergebracht, in dem ein Teil der pflegebedürftigen älteren Menschen in Südkorea versorgt wird. In diesem Rahmen erlebte Frau Choe, dass die Versorgung und Betreuung der alten Menschen durch in China geborene und aufgewachsene KoreanerInnen mit chinesischer Staatsbürgerschaft durchgeführt wird, die zwar die koreanische Sprache beherrschen, denen jedoch der Migrationshintergrund angehört werden kann („nach meiner Vermutung“). Gleichzeitig wird deutlich, dass es sich bei diesen Personen um unqualifizierte Pflegekräfte handelt, deren Tätigkeiten aufgrund der fehlenden Qualifizierung („sie können nur so etwas tun“) auf einen *minimalen*, jedoch notwendigen Bereich der Grundpflege („nur Stuhl und Urin weg“) beschränkt sind. Zudem fehlt diesen Personen aus Sicht von Frau Choe eine Identifikation mit dem Pflegeberuf. So arbeiten sie „nur“ zum Gelderwerb und vertreiben sich „nur die Zeit“, während „eine echte Krankenschwester dazu bereit ist, *wirklich* für die Menschen zu arbeiten“. Dies deutet darauf hin, dass nach Ansicht der Befragten den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen in einer solchen stationären Einrichtung in Südkorea nicht nachgegangen wird, sie sogar vernachlässigt werden. In dieser Hinsicht empfindet Frau Choe eine solche Einrichtung als einen Ort, „wo man auf den Tod wartet“ (Frau Choe, Z. 301), was wiederum auf ihre starke Abneigung gegenüber dieser Form der Pflege in Südkorea hinweist.

Des Weiteren führen die von Frau Choe wahrgenommenen Unterschiede in der Pflege zwischen Südkorea und Deutschland dazu, dass sie ihre ehemals für das Alter geplante Rückkehr nach Südkorea mittlerweile für sich ausschließt. Einfluss nehmen darauf auch ihre Anpassung an das Gesundheitssystem in Deutschland sowie ihre Entfremdung von Südkorea, was folgende Erzählung deutlich macht:

*„Die Krankenschwestern in Deutschland sind nach meiner Erfahrung wirklich ‚Engel in Weiß‘. Aber in Südkorea wird vom ‚Engel in Weiß‘ nur gesprochen. Die Bezeichnung der Krankenschwester selbst gilt als solcher. Es gibt in Südkorea so viele Dinge, die vorne und hinten nicht übereinstimmen. Aber wir sind hierhergekommen und haben selbst erlebt, wie alles hier getan wird, und wir haben uns auch daran gewöhnt. Es gibt so viele Dinge in Südkorea, die mir gar nicht gefallen. Darum wäre es wirklich nicht einfach, mich in Südkorea wieder zu integrieren“ (Frau Choe, Z. 127-131).*

Der Ausgangspunkt des Interviewabschnittes bildet eine Frage zu der Einstellung der Befragten zum Gesundheitswesen in Deutschland („Wie fühlen Sie sich, wenn Sie zu einem Arzt oder ins Krankenhaus gehen?“). In diesem Rahmen erzählte die Interviewte Frau Choe von einem Besuch bei ihrer Mutter in einem Krankenhaus in Südkorea. Diese Erfahrung leitet sie dazu an, südkoreanische und deutsche Krankenpflege mit Fokus auf die Tätigkeitsbereiche der Krankenpflegekräfte gegenüberzustellen. Aus Sicht der Befragten seien die Krankenschwestern in Deutschland *heilsbringende Helferinnen* in weißer Berufskleidung („Engel in Weiß“), welche „von A bis Z nur für die Patienten da“ seien (Frau Choe, Z. 120). Im weiteren Verlauf der Antwort beschreibt die Befragte, dass Krankenschwestern in Südkorea hingegen „nur als Hilfspersonal der ÄrztInnen“ arbeiten (Frau Choe, Z. 121). Dies weist darauf hin, dass die KrankenpflegerInnen in Deutschland nicht nur eine Behandlungspflege bzw. eine Assistenz­tätigkeit für ÄrztInnen, sondern auch die zum Teil mit Unannehmlichkeiten assoziierte Grundpflege wie Körperpflege (z.B. Duschen, Toilettengang) übernehmen. Aufgrund dieses Tätigkeitsspektrums entsprechen die Krankenschwestern in Deutschland nach Ansicht der Befragten „wirklich“ der Bezeichnung „Engel“, was auf ihr Vertrauen in die Aufgaben und Kompetenzen der KrankenpflegerInnen in Deutschland hindeutet. Weil im Vergleich dazu, die Bedürfnisse von PatientInnen nach Unterstützung und Hilfe bei Krankenschwestern in Südkorea *zu kurz* kommen, trifft die auch in Südkorea verwendete Bezeichnung „Engel“ aus Sicht von Frau Choe auf südkoreanische Krankenschwestern nicht zu.

Der Interviewauszug zeigt weiterhin, dass die eigene berufliche Tätigkeit als Krankenschwester in Deutschland („selbst erlebt, wie alles hier getan wird“) zur kritischen Reflektion der Tätigkeiten südkoreanischer Berufsgenossinnen führt („viele Dinge, die vorne und hinten nicht übereinstimmen“). Darüber hinaus geht die Anpassung an das Gesundheitssystem in Deutschland („wir haben uns auch daran gewöhnt“) für diese Befragte mit der Entfremdung vom Gesundheitswesen in Südkorea einher, wobei die Bandbreite und Intensität der Entfremdung von der südkoreanischen Gesellschaft so groß ist, dass „so viele Dinge in Südkorea“ ihr „gar nicht gefallen“. Daher wäre aus Sicht von Frau Choe eine Reintegration in Südkorea „wirklich nicht einfach“, was wiederum zur Aufgabe des Rückkehrwunsches dorthin führt („Es wäre für mich nicht mehr einfach, [...] mich dort neu an das fremde System anzupassen. Darum habe ich das aufgegeben“, Frau Choe, Z. 90 f.). Folglich kommt die Pflege in Südkorea nicht mehr in Betracht.

### **8.5.3 Sprache als Instrument der Vermittlung körperlicher Zustände**

Was die Versorgungsqualität in einer stationären Pflegeeinrichtung anbelangt, spielt aus Sicht der Interviewten auch die Sprachkompetenz eine relevante Rolle. Dabei fällt auf, dass dieser Aspekt vor allem von männlichen südkoreanischen Arbeitsmigranten thematisiert wird, während sich die weiblichen Interviewten mit diesem Thema kaum auseinandersetzen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass für weibliche Interviewte – wie bereits in den vorangegangenen Ausführungen zum „Sozialen Austausch“ thematisiert – die Sprache der Aufnahmegesellschaft durch deren gute Beherrschung kein relevantes Thema in Bezug auf Pflege darstellt. Dagegen gehen einige männliche Interviewte davon aus, dass sie in einem Pflegeheim Schwierigkeiten haben würden, körperliche Bedürfnisse bezüglich der Pflege sprachlich auszudrücken. Der folgende Interviewtext veranschaulicht vorstellbare, sprachliche Probleme, die wiederum Einfluss auf die Qualität der Pflege nehmen:

*„Ja, man kann so etwas sagen wie, ‚Ich habe Schmerzen‘, aber kann man sagen, wie diese Schmerzen sind? Zum Beispiel die Schmerzen sind zareureu zareureu wie ein Stromschlag. Äh hier die Männer, Bergleute sprechen alle kein Deutsch. Niemand spricht gut Deutsch. Äh, einige einige denken, sie sprechen selbst gut Deutsch, aber wenn sie tatsächlich ins Krankenhaus müssen, weil sie krank sind, verstehen sie dort alles? Die Frauen sind ja vertraut mit Deutsch, sie haben mit Deutschen gesprochen, daher können sie sich verständigen, aber können die Männer hier sich verständigen?“ (Herr Jeon, Z. 327-332).*

Der Ausgangspunkt des Interviewzitates war die Frage nach der Vorstellung über die Zeit der eigenen Pflegebedürftigkeit.<sup>143</sup> Anschließend geht Herr Jeon auf Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache im Kontext einer möglichen stationären Pflege ein. Er bestätigt zunächst mit dem Ausdruck „Ja“, dass er ein bestimmtes Niveau der deutschen Sprache beherrscht, das ihm ermöglicht, seine körperlichen Schmerzen ausreichend zu artikulieren, um die Aufmerksamkeit des Pflegepersonals zu erregen. Jedoch ist aus Sicht des Befragten die eigene Sprachkompetenz zu begrenzt („aber“), als dass er das Schmerzempfinden bzw. die Art der Beschwerden konkretisieren könnte („kann man sagen, wie diese Schmerzen sind?“). Hierfür nennt er als Beispiel die Wahrnehmung eines Schmerzes, den er als „zareureu zareureu wie ein Stromschlag“ beschreibt, wodurch er auf koreanische Art das Taubheitsgefühl bzw. Kribbeln eingeschlafener Gliedmaßen zum Ausdruck bringt. Hier wird signalisiert, dass *nicht nur* die *grundlegende Sprachfertigkeit*, sondern auch die *kulturspezifische* Beschreibung des Schmerzempfindens Relevanz besitzt. Die Fähigkeit, den Schmerz beschreiben zu können (z.B. einen brennenden oder stechenden Schmerz) ist für Herrn Jeon jedoch insofern bedeutsam, als dass eine solche Schilderung eine Pflegekraft dabei unterstützt, das Befinden eines Pflegebedürftigen einschätzen zu können. So kann sie beurteilen, ob er eine medizinische Versorgung oder möglicherweise eine emotionale Zuwendung benötigt. Hier liegt die Vermutung nahe, dass der Interviewte beim Verbalisieren seiner Schmerz Wahrnehmung auf mehreren Ebenen Schwierigkeiten bzw. Einschränkungen empfindet, wodurch aus seiner Sicht die Gefahr besteht, keine der körperlichen Verfassung entsprechende Pflege und Behandlung und keine vermutlich gewünschte emotionale Zuwendung durch Fachpersonal zu erhalten.

In der Darstellung von Herr Jeon sind alle männlichen südkoreanischen Arbeitsmigranten von dieser Schwierigkeit, das eigene körperliche Befinden bzw. die Symptome einer Krankheit ausdrücken zu können, betroffen, während die südkoreanischen Arbeitsmigrantinnen damit keine Probleme haben. Dabei führt der Interviewte die unterschiedlichen sprachlichen Kompetenzen zwischen Südkoreanerinnen und Südkoreanern auf die geschlechtsspezifisch verlaufenden (beruflichen) Biographien zurück: Südkoreanerinnen beherrschten das Deutsche vor allem im Kontext der Krankenpflege. Durch ihre Tätigkeiten im Gesundheitswesen haben sie mit Ein-

---

<sup>143</sup> Die Frageformulierung war „Haben Sie sich bereits Gedanken gemacht, wie es sein wird, wenn Sie pflegebedürftig würden?“ (Herr Jeon, Z. 313 f.).

heimischen, wie etwa KollegInnen und PatientInnen, gesprochen und sich dadurch die deutsche Sprache angeeignet. Hingegen sprechen Südkoreaner, welche hauptsächlich als Bergleute angeworben worden und tätig waren, „kein Deutsch“. Aus Sicht von Herrn Jeon sind die benötigten Sprachfähigkeiten für Pflege- und Behandlungstätigkeiten im Krankenhaus anspruchsvoller, als die im Alltag verwendete Sprache. So hätten Südkoreaner, welche nach eigener Einschätzung keine Schwierigkeiten mit der alltäglichen Kommunikation auf Deutsch haben, jedoch Probleme bei Verständigungen im Krankenhaus. Während die Aussagen des Befragten andeuten, dass er die Behandlung und Pflege im Krankenhaus mit der Versorgung und Betreuung im Pflegeheim gleichsetzt, scheint er auch seine persönlichen Erfahrungen bezüglich Kommunikationsschwierigkeiten im Krankenhaus auf die Situation in einer Pflegeeinrichtung zu übertragen. Insofern stellt für den Interviewten die Sprache eine Hürde für die Inanspruchnahme einer stationären Pflege dar.

## **8.5.4 Vernachlässigung und Diskriminierung**

Was die Qualität der Versorgung und Betreuung in stationären Einrichtungen anbelangt, sind strukturell bedingte Vernachlässigungen (8.5.4.1), ein fremdbestimmtes Leben (8.5.4.2), erwartete Gewalterfahrungen (8.5.4.3) und eine mögliche Diskriminierung aufgrund des Migrationshintergrundes (8.5.4.4) für die Interviewten von Relevanz, was sich auch auf die Einstellungen zur stationären Pflege auswirkt. Im Folgenden wird auf diese vier thematisierten Aspekte eingegangen.

### **8.5.4.1 Vernachlässigung durch Personalmangel**

In der Auseinandersetzung mit einer möglichen stationären Pflege wird ein struktureller Personalmangel und die damit einhergehende mögliche Vernachlässigung angesprochen, was auf den beruflichen Erfahrungen im Bereich der Geriatrie (Herr Yang) sowie Medienberichten über die stationäre Pflege (Frau Park) beruht. Der folgende Interviewtext von Frau Park veranschaulicht dies beispielhaft:

*„Die Haare müssen gewaschen und gekämmt werden. Die Leute müssen gefüttert werden, auf den Stuhl gesetzt werden und auch beim Gehen unterstützt werden. So etwas muss alles eine Person allein erledigen. Das ist dann zu viel Arbeit. Wie ich im Fernsehen gesehen habe, werden dadurch viele Leute vernachlässigt, äh zurzeit gibt es viele Leute, die in einem Pflegeheim vernachlässigt werden“ (Frau Park, Z. 1088-1090).*

In der Darstellung von Frau Park sind pflegebedürftige Menschen in einer stationären Einrichtung in zahlreichen Alltagsaktivitäten auf eine umfangreiche Unterstützung und Hilfe durch das Pflegepersonal angewiesen: wie im Bereich der körperlichen Pflege („Die Haare müssen gewaschen und gekämmt werden“), der Ernährung („gefüttert werden“) und der Mobilität („beim Gehen unterstützt werden“, „auf den Stuhl gesetzt werden“). Damit schreibt sie den Tätigkeiten der Pflegekräfte einen zentralen Stellenwert für das Leben der pflegebedürftigen Menschen zu. Jedoch seien Pflegekräfte in stationären Einrichtungen einer hohen Aufgabenfülle und -dichte ausgesetzt („die Leute“, „alles“, „allein“), die über ein leistbares Arbeitsvolumen hinausgehe („zu viel Arbeit“). In der Konsequenz seien Vernachlässigung und Verwahrlosung pflegebedürftiger Menschen weit verbreitet, welche aus Sicht der Interviewten in stationären Einrichtungen also auf dem strukturbedingten Personalmangel gründen. Dieses Wissen bezieht Frau Park aus medialer Berichterstattung, mit der Betonung dieser Quelle soll verdeutlicht werden, dass es sich nicht um Einzelfälle handele. Aussagen wie diese deuten darauf hin, dass die Interviewte ein großes Vertrauen in die Berichte der Medien hat, sodass in ihren Augen eine mangelnde Fürsorge in der professionellen Pflege stationärer Einrichtungen in Deutschland massenhaft stattfindet und realitätsnah ist. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die Interviewten davon ausgehen, im Falle einer stationären Pflege wahrscheinlich selbst davon betroffen zu sein.

Interessant ist, dass im Fall von Frau Park die zu erwartende niedrige Qualität der Pflege durch den Personalmangel nicht unbedingt dazu führt, die Aufnahme in ein Pflegeheim abzulehnen. Im Verlauf des Interviews erzählt sie, *wie* sie einer zu erwartenden Vernachlässigung in der pflegerischen Versorgung entgetreten würde. Demnach würde sie versuchen, ein Pflegeheim auszuwählen, in dem man „trotz allem menschlich behandelt wird“ (Frau Park, Z. 1148 f.). Hierfür habe sie bereits eine zusätzliche Pflegeversicherung abgeschlossen (Frau Park, Z. 1154) und wäre sie bereit, gegebenenfalls zusätzliche finanzielle Mittel aufzuwenden („Ja klar, das würde etwas Geld äh Geld kosten“, Frau Park, Z. 1152). Dies weist darauf hin, dass eine stationäre Pflege für die Interviewte ein potenzielles Pflegearrangement ist, wobei Vernachlässigungen und Verwahrlosungen pflegebedürftiger Menschen durch den strukturbedingten Personalmangel einen Faktor darstellen, der ihr Sorge bereitet. Jedoch bewertet Frau Park die Qualität der Pflege in verschiedenen stationären Einrichtungen als unterschiedlich, was eng mit den Heimentgelten bzw. den für BewohnerInnen zu zahlenden Kosten verbunden ist. In ihren Augen ist eine bessere Versorgung zwar möglich, aber nur durch zusätzliche Leistungen der privaten Pflegeversicherung und den Einsatz weiterer eigener finanzieller Mittel gewährleistet.

#### 8.5.4.2 Fremdbestimmtes Leben

Eine stationäre Einrichtung ist für einige Interviewte nicht nur ein Ort der Versorgung und Betreuung, sondern auch ein Ort zum Leben. Diesbezüglich gehen sie davon aus, dass man beim Eintritt ins Pflegeheim einem fremdbestimmten Leben ausgeliefert wird, sodass man keinerlei individuellen und selbstbestimmten Raum mehr zur Verfügung hat, was letztendlich zum Verlust jeglicher Lebensqualität führt. Darauf geht der folgende Interviewtext von Frau Choe näher ein:

*Frau Choe: „Ein Pflegeheim kümmert sich um alles für die Leute. Darum braucht man nur Geld, um in ein Pflegeheim zu gehen. Mit anderen Worten werden alle Angelegenheiten von A bis Z erledigt, wenn man dafür bezahlt. Das heißt wiederum, wenn ich so weit wäre, in ein Pflegeheim ziehen zu müssen, dann wäre ich wie eine Marionette, nicht wahr? Stimmt oder? Muss ich mich nicht dort mit meinem Willen oder meiner persönlichen Meinung und so weiter zurückhalten?*

*Interviewerin: Was meinen Sie damit?*

*Frau Choe: „Ich habe, äh jedenfalls, ich habe zwei Jahre in einem Pflegeheim gearbeitet, hier in Deutschland. Äh, aber was ich dort zwei Jahre lang gesehen habe, tja, das Leben dort ist kein Leben. Nur, sie sind den ganzen Tag nur/ ja natürlich, die Leute gehen ins Pflegeheim, weil sie allein keine Mahlzeit zubereiten können, weil sie selbst nichts tun können. Sie werden morgens gewaschen und angezogen. Das Essen wird ihnen auf den Tisch gestellt und sie essen das. Dann sitzen sie den ganzen Tag herum und starren ins Leere. Die älteren Damen sind in diesem Zustand im Pflegeheim. Wenn die nächste Mahlzeit gebracht wird, wenn die Mittagszeit kommt, bekommen sie ihr Mittagessen, und dann essen sie das. Das ist kein Leben, kein Leben“ (Frau Choe, Z. 327-337).*

In diesem Interviewauszug beschreibt Frau Choe aus der Perspektive ihrer zweijährigen Berufserfahrung das Leben und eine aus ihrer Sicht typische Tagesgestaltung in einem Pflegeheim. Demnach seien Einschränkungen in der Alltagsbewältigung („keine Mahlzeiten zubereiten können“, „selbst nichts tun können“), welche mit der Existenz unmittelbar verbunden sind, ein gängiger Grund für den Einzug in ein Pflegeheim, wobei auch informelle Pflegeressourcen eine Rolle spielen („allein“). Hier wird signalisiert, dass aus Sicht von Frau Choe die Aufnahme einer stationären Pflege kein freiwilliges Pflegearrangement ist („in ein Pflegeheim ziehen zu

müssen“). Stattdessen ist dies die einzige Möglichkeit, überhaupt versorgt und gepflegt zu werden, wenn bei eingeschränkten Fähigkeiten der selbstständigen Alltagsbewältigung keine Unterstützung und Hilfe aus informellen Netzwerken erwartet wird bzw. besteht.

Aus Sicht der Interviewten sind die angebotenen Pflegeleistungen in einer stationären Einrichtung sehr umfangreich, sodass „alle Angelegenheiten von A bis Z“ für pflegebedürftige Menschen für eine finanzielle Gegenleistung gewährleistet werden. Das deutet an, dass pflegebedürftige Menschen mit dem Eintritt in ein Pflegeheim nicht mehr dazu veranlasst werden, Alltagsaufgaben selbst zu bewältigen und sich mit Dingen zu beschäftigen, die trotz der Pflegebedürftigkeit erledigt werden könnten. So werden sie „gewaschen und angezogen. Das Essen wird ihnen auf den Tisch gestellt und sie essen das“. Dies weist darauf hin, dass aus Sicht von Frau Choe die Versorgung und Betreuung auf *körperliche* Bedürfnisse fokussiert und der Tagesablauf dementsprechend gestaltet ist, wobei die Mahlzeiten als ein Höhepunkt des Tages empfunden werden („Wenn die nächste Mahlzeit gebracht wird, [...] und dann essen sie das“). Im Vergleich dazu finden eine *individuelle* Betreuung, ein *emotionaler und sozialer* Austausch sowie soziale Aktivitäten kaum statt. In der Folge „sitzen sie den ganzen Tag herum und starren ins Leere“, was einen monotonen, wenig abwechslungsreichen Tagesablauf und ein dementsprechendes Leben in einer stationären Einrichtung darstellt. Dies ist laut der Interviewten dem Leben einer „Marionette“ gleichzusetzen. Hier wird signalisiert, dass aus Sicht von Frau Choe die HeimbewohnerInnen körperlich (sogar gut) gepflegt, jedoch deren individuelle Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden. Sie müssten sich der vorgegebenen Struktur und dem Tageslauf der Einrichtungen anpassen, haben bei der Gestaltung des Alltags keinen Raum zur Verfügung, um eigene Interessen und Gewohnheiten mit einzubringen und ihr Leben aktiv mitzugestalten. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die Interviewte bei dem Gedanken an einen möglichen eigenen Eintritt in eine Pflegeeinrichtung Angst davor hat, ihre Autonomie über das eigene Leben zu verlieren, gleichzeitig einem fremdbestimmten Leben ausgeliefert zu sein und lediglich zum passiven Empfänger sowie Objekt der Versorgung und Betreuung der stationären Einrichtung zu werden. Hierin erkennt sie keinen Lebenssinn und -inhalt und keine Lebensqualität („Das ist kein Leben“). Folglich scheint es, dass eine stationäre Pflege für die Interviewte unvorstellbar ist und als potenzielles Pflegearrangement nicht infrage kommt.

### 8.5.4.3 Gewalt im Pflegeheim

Ein weiteres relevantes Thema bei den Überlegungen mancher Interviewter im Hinblick auf eine stationäre Pflege stellen Gewaltanwendungen dar, was mit dem Gefühl von Angst verbunden ist. Das Interview mit Frau Bae zeigt, dass eine mögliche Gewalterfahrung in einem Pflegeheim in Südkorea Einfluss auf die Erwägung einer pflegerischen Versorgung in und die Rückkehr nach Südkorea nimmt, worauf der folgende Interviewtext näher eingeht:

*„Während ich mich in Südkorea aufhalte, haben mich äh Pflegeheime in der Nähe so etwa in der Nähe automatisch interessiert. ‚Wie sind Pflegeheime in Südkorea denn tatsächlich?‘ Nun gibt es dort sehr einfache Pflegeheime mit einer bescheidenen Ausstattung. Diese kosten etwa eine Million Won im Monat. Eine Million Won sind etwa siebenhundert Euro. Es gibt solche Pflegeheime, die etwas mehr als siebenhundert Euro kosten. Es gibt auch luxuriöse und gute Pflegeheime, wie Silvertown. Dort zahlt man beim Einzug mehrere Hundert Millionen Won ein, von denen dann monatlich ein fester Betrag abgezogen wird. Diese Pflegeheime haben ein solches System. Außerdem gibt es Pflegeheime, die auch in Ordnung sind. Sie kosten zwei Millionen oder drei Millionen Won. Aber wir können keine drei Millionen Won zahlen. Also wenn ich darum davon ausgehe, dass wir in ein Pflegeheim mit einer Million Won gehen würden, dann ist das kein Spaß. Was ich in der Zeitung darüber gelesen habe, ist das wirklich furchtbar. Dort bekommen die Leute Nahrungsmittelvergiftung, weil sie verdorbenes Essen bekommen haben. Und sie werden nach dem Motto ‚Wieso stirbst du nicht?‘ geschlagen, weil sie den Anweisungen dort nicht gefolgt sind (Frau Bae lacht traurig). Aber das heißt nicht, dass alle Pflegeheime in Südkorea deswegen so sind. Wenn sie alle so sein sollten, dann wäre es ein Problem. Das heißt, dass es aber doch solche Pflegeheime gibt. Wir bekommen allein davon Angst, dass es ein solches Pflegeheim gibt. Denn wir könnten selbst so ein Pflegeheim erwischen“ (Frau Bae, Z. 122-134).*

Wie bereits erwähnt, pendelt Frau Bae zwischen Deutschland und Südkorea, seit sie und ihr Mann ins Rentenalter eingetreten sind. Der Darstellung von Frau Bae ist zu entnehmen, dass der temporäre Aufenthalt im Alter in Südkorea mit Gedanken einer potenziellen Pflege in Südkorea einhergeht („automatisch interessiert“). Hier liegt die Vermutung nahe, dass bei ihr (und ihrem Mann) eine endgültige Entscheidung, ob sie in Südkorea oder in Deutschland ihr Lebensende verbringen möchte(n), noch nicht getroffen ist. Dies impliziert zugleich, dass eine bis zum Lebensende endgültige Rückkehr in das Heimatland eine mögliche, zukünftige Perspektive der Interviewten darstellt, wobei die Pflege als ein relevantes Thema auftritt. Folglich

erkundigte sie sich danach, wie Pflegeheime in dem ehemals bewohnten Stadtteil („in der Nähe“) in Südkorea „tatsächlich“ sind. Dies signalisiert, dass eine stationäre Pflege für den Fall der Rückkehr nach Südkorea von Relevanz ist,<sup>144</sup> sodass nicht nur eine vage Vorstellung, sondern eine feste, realitätsnahe Information benötigt wird, um die Lage der stationären Pflege richtig einschätzen zu können. Das zeigt gleichzeitig auf, dass das Pflegesystem bzw. die Pflegeinfrastruktur in Südkorea Frau Bae generell fremd waren und (zum Teil noch) sind.

In der Darstellung Frau Baes seien Pflegeheime in Südkorea grob in drei Gruppen, abhängig von Preis und Ausstattung unterteilt, weswegen die Qualität der Versorgung und Betreuung unterschiedlich ausfällt („sehr einfache“, „in Ordnung“, „luxuriöse und gute“). Die Befragte schildert, dass sie selbst sich nach Einschätzung ihrer eigenen finanziellen Mittel nur ein der niedrigsten Preissparte zugehöriges Pflegeheim leisten kann, über die in den Medien jedoch Schlechtes berichtet wird. Demnach ist dort eine existenzielle Grundsicherung, wie etwa die Aufnahme gesunder Nahrungsmittel, nicht sichergestellt, was mit einer Gefahr für die Gesundheit und sogar für das Leben einhergehen können („Nahrungsmittelvergiftung“). Die BewohnerInnen würden außerdem psychischer und körperlicher Gewalt ausgesetzt und gedemütigt („sie werden nach dem Motto ‚Wieso stirbst du nicht?‘ geschlagen“). Außerdem ist der Alltag in einem solchen Pflegeheim durch Zwänge („Anweisungen“) und Abgeschlossenheit („dort“) gekennzeichnet. Es scheint, dass all dies aus Sicht von Frau Bae nicht nur eine schlechte Qualität der Pflege, sondern die Bedrohung von Leben und menschlicher Würde bedeutet, wodurch sie sich kaum vorstellen kann, dort gepflegt zu werden. Darüber hinaus sieht sie keine Handlungsmöglichkeiten, gegen die vorherrschende Gewalt vorzugehen. Allein der Gedanke an ein solches Pflegeheim scheint bei ihr ein Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht hervorzurufen, sodass sie bei der Erzählung traurig lacht. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die Befragte von der stationären Pflege in Südkorea stark enttäuscht ist.

---

<sup>144</sup> In einem weiteren Teil des Interviews berichtet die Interviewte davon, dass sie keine informellen Ressourcen für die Pflege in Südkorea besitzt: Alle ihre Kinder wohnen außerhalb Südkoreas, weswegen sich Verwandte vor Ort bereits Sorge darüber machen, wenn die Interviewte und ihr Mann in Südkorea hilfs- und pflegebedürftig werden würden. Dies stellt für die Interviewte einen Faktor dar, über den sie sich bei der Entscheidung zum Pendeln keinen Gedanken gemacht hatte (Frau Bae, Z. 115 f.). Daraus kann geschlossen werden, dass die verwandtschaftlichen Beziehungen im Heimatland im Hinblick auf eine pflegerische Unterstützung begrenzt sind und Frau Bae in ihrer Entscheidung, wo sie das Ende ihres Lebens verbringt und wie sie eine Versorgung im Falle einer Pflegebedürftigkeit in Südkorea organisiert, unter sozialem Druck steht.

Gleichzeitig relativiert Frau Bae jedoch dieses Bild von südkoreanischen Pflegeheimen: So gäbe es aus ihrer Sicht auch solche Einrichtungen, welche zu der niedrigsten Preisgruppe gehören, aber trotzdem gut seien. Es deutet sich an, dass eine stationäre Pflege in Südkorea für die Interviewte noch nicht ganz ausgeschlossen ist und sie weiterhin Hoffnungen auf ein gutes Pflegeheim in ihrem Herkunftsland hegt („Wenn sie alle so sein sollten, dann wäre es ein Problem“). In dieser Hinsicht schwächt sie zwar den Stellenwert der lebensbedrohlichen Pflegeheime ab, jedoch kann sie die Existenz derselben nicht ignorieren, weil weiterhin eine große Wahrscheinlichkeit besteht, ein solches Pflegeheim zu „erwischen“; eine Tatsache, mit der für Frau Bae ein starkes Gefühl von „Angst“ einhergeht. Hier wird signalisiert, dass aus Sicht der Interviewten die Qualität der Pflege und Lebenssituation in einem Pflegeheim erst dann wirklich festgestellt werden kann, wenn man selbst dort versorgt und betreut wird. Dementsprechend besteht nicht die Möglichkeit, das Pflegeheim im Vorfeld einschätzen zu können. Stattdessen spielt bei der Auswahl eines Pflegeheims mehr oder weniger der Zufall bzw. das Glück eine Rolle. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die Interviewte zwischen der weiterhin bestehenden Hoffnung, in einem ‚guten‘ Pflegeheim gepflegt zu werden, und einem starken Angstgefühl, ein Pflegeheim mit desaströsen Pflegeleistungen zu „erwischen“, hin und her gerissen ist. Die Überlegung, im Alter in das eigene Herkunftsland zurückzukehren, scheint dementsprechend von Unsicherheit geprägt zu sein und ein Entschluss hinausgezögert zu werden.

#### **8.5.4.4 Diskriminierung aufgrund des Migrationshintergrundes**

Als eine unmittelbar mit der Versorgungsqualität in Zusammenhang stehende Komponente benennen einige ältere südkoreanische ArbeitsmigrantInnen eine Diskriminierung durch formelle Pflegekräfte aufgrund des eigenen Migrationshintergrundes. Diese kann je nach angedachtem Pflegearrangement der Befragten sowohl im häuslichen Umfeld als auch in einer stationären Einrichtung stattfinden. So hält es Herr Kim zwar für möglich, dass eine einheimische Pflegekraft zu ihm nach Hause kommt. Er geht jedoch auch davon aus, dass diese ihn nicht in der Art pflegen würde, wie sie es eigentlich tun sollte (Herr Kim, Z. 1598). Damit drückt der Interviewte seine Besorgnis darüber aus, dass er aufgrund seines Migrationshintergrundes keine adäquate, reguläre Pflege erhalten würde, obwohl er dazu berechtigt ist. Neben dieser Befürchtung, Diskriminierung durch eine Pflegekraft in der eigenen Häuslichkeit zu erfahren, tritt bei anderen Befragten die Sorge vor einer möglichen Diskriminierung durch einheimische BewohnerInnen und deren Familien im Rahmen einer stationären Betreuung und Versorgung. Der folgende Interviewauszug von Herr Jeon veranschaulicht dies:

Herr Jeon: *„Wir ziehen dort ein, bekommen äh unsere Pflege, wir machen groß und klein in die Hose, wie schlecht werden die Leute dort in dieser Zeit mit uns umgehen. Es gab im deutschen Fernsehen, da äh äh da in Hannover hat eine deutsche Pflegerin einen deutschen Opa im Pflegeheim geschlagen.*

Interviewerin: *Hmm.*

Herr Jeon: *Es kommt oft im Fernsehen.*

Interviewerin: *Hmm.*

Herr Jeon: *Dann wir SüdkoreanerInnen werden in einem deutschen Pflegeheim, äh zum Beispiel wir werden dort gepflegt, wie schlimm werden wir dann dort behandelt. Damit gehen wir unter die weißen Reiher, eine Krähe geht unter die weißen Reiher, damit ist eine Krähe unter den weißen Reihern, wie schlecht werden wir dort später im Alter von Deutschen und deren Familien verachtet“ (Herr Jeon, Z. 317-327).*

In der Darstellung des Interviewten geht Pflegebedürftigkeit mit dem Verlust der Kontrolle über körperliche Funktionen einher, was er am Beispiel von Harn- und Stuhlinkontinenz beschreibt („wir machen groß und klein in die Hose“). Ausscheidungen und Inkontinenz scheinen für den Interviewten mit einer Grenze verbunden zu sein, welche im Fall der Pflegebedürftigkeit überschritten wird. Indem nämlich der Vorgang der Ausscheidung, der bei einem selbständigen und selbstbestimmten Menschen ohne die Präsenz Dritter erfolgt, nun in der Anwesenheit von Anderen stattfindet, wird möglicherweise die Intimsphäre des Pflegebedürftigen verletzt. Das ist wiederum stark mit dem Gefühl der eigenen Unfähigkeit und Scham verbunden. Des Weiteren weisen die Äußerungen darauf hin, dass der Interviewte Ausscheidungen und Inkontinenz stark mit Schmutz assoziiert, wodurch er eine starke Angst vor dem Ekelgefühl und der Nicht-Akzeptanz der Pflegekräfte hat. Verstärkt wird dies durch einen Fernsehbericht, indem ein deutscher Pflegeheimbewohner von einer deutschen Pflegerin geschlagen wurde. Die Erzählung deutet dabei an, dass sich, bedingt durch die mediale Berichterstattung über die Gewalt in einem Pflegeheim, seine Angst vor einer schlechten Behandlung durch einheimische Pflegekräfte vergrößert hat, gerade weil auch einheimische HeimbewohnerInnen Gewalt ausgesetzt sind. Das heißt, dass aus Sicht des Interviewten das Risiko höher ist, schlechte Behandlung bzw. Gewalt durch die Pflegekräfte zu erfahren, weil er dem schlechten Handeln seitens

der Pflegekräfte im doppelten Sinne, also als Pflegebedürftiger und als Mensch mit Migrationshintergrund ausgesetzt wäre, wovon nicht nur er allein, sondern südkoreanische ArbeitsmigrantInnen als eine Art Schicksalsgemeinschaft insgesamt betroffen wären („Wir“, „uns“, „wir SüdkoreanerInnen“).

Der Interviewtext zeigt jedoch auch auf, dass sich der Interviewte Sorgen über mögliche Diskriminierungen durch einheimische BewohnerInnen und deren Familien in einem Pflegeheim macht. Zunächst scheint es so, dass ein Pflegeheim für ihn ein Ort ist, an welchem die Einheimischen sehr präsent sind („in einem deutschen Pflegeheim“). Er schildert die Bedeutung, als südkoreanischer Pflegebedürftiger in einem „deutschen“ Pflegeheim zu leben, sehr bildhaft; „eine Krähe geht unter die weißen Reiher“. Interessant ist an dieser Metapher, dass der Interviewte sich – um die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen zu beschreiben – eines Vogels bedient, der in Südkorea als Unglücksbote gilt (vergleichbar mit dem deutschen „Unglücksraben“). Die Einheimischen werden hingegen als weiße Reiher bezeichnet, die in Südkorea als Symbol für Reinheit bzw. Gesinnungstreue gelten. Hierbei liegt die Vermutung nahe, dass er sich als Minderheit („eine Krähe“) gegenüber den Mitgliedern der Mehrheitsgesellschaft („unter den weißen Reiher“) als minderwertig bzw. nicht zugehörig fühlt, was aus seiner Sicht wiederum mit einer möglichen Verachtung und Diskriminierung durch die einheimischen Pflegebedürftigen und deren Familien einhergeht. Gleichzeitig scheint er an dieser Stelle auf sein Gefühl der Einsamkeit (die einzige Krähe zwischen Reiher) hinzuweisen und auch die körperlichen Unterschiede im Vergleich zu Deutschen (Körpergröße und Hautfarbe) zu thematisieren. In dieser Hinsicht scheint es, dass Herr Jeon Angst davor hat, bei einer möglichen Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung einer sozial fremden Welt ausgeliefert und dort diskriminiert zu werden, was für ihn – wie auch für seine Schicksalsgemeinschaft der SüdkoreanerInnen – eine soziale Isolierung, Entwürdigung und kummervollen Lage am Lebensende bedeutet. Allerdings existiert unter den südkoreanischen Interviewten auch die Ansicht, dass der Minderheitenstatus in einem ‚deutschen‘ Pflegeheim nicht immer mit Diskriminierung einhergehen werde, solange die Besonderheit bzw. die Seltenheit und damit auch ein exotischer Charakter der Minderheit vorhanden sind („dann wäre so ein Pflegeheim in Ordnung, in dem es nur einen oder zwei SüdkoreanerInnen gibt“, Frau Hong, Z. 226 f.). Jedoch könnten sie „im Vergleich zu den Deutschen diskriminiert behandelt werden“ (Frau Hong, Z. 227 f.), falls diese Seltenheit bzw. die Exotik der Minderheit durch eine Zunahme der Mitglieder gleicher Ethnie verloren geht („Wenn aber vier oder fünf SüdkoreanerInnen in einem Pflegeheim wohnen“, Frau Hong, Z. 227).

In einer weiteren Interviewpassage erzählt Herr Jeon, dass man als einzelne Person schwer gegen Diskriminierung und Vernachlässigung vorgehen könnte. Dagegen erwartet er sich gegenseitige Hilfe der Mitglieder seiner ethnischen Gruppe, wenn diese zusammenleben würden. Während „die südkoreanischen Krankenschwestern [...] Stuhl und Urin von Männern weg“ machen würden, würden „die Männer dabei helfen, schwere Sachen zu tragen“ (Herr Jeon, Z. 396 f.). Dies weist darauf hin, dass die beruflichen Erfahrungen der Südkoreanerinnen für den Interviewten eine ethnische Ressource in Hinblick auf die Pflege im Alter darstellen und er eine Pflege durch südkoreanische Pflegekräfte zugleich als vertrauter bewertet, als durch deutsche Pflegekräfte. Außerdem scheint es so, dass er sich an der traditionellen Rollenverteilung orientiert, in der Frauen fürsorgliche Arbeiten und Männer körperlich anstrengende Tätigkeiten übernehmen. Mit der Beschreibung dieser Vorstellung entwirft der Befragte ein dichotomes Szenario, wobei er davon ausgeht, dass er in einem ‚deutschen‘ Pflegeheim Diskriminierung ausgesetzt wäre, während er die Zustände in einem ‚südkoreanischen‘ Pflegeheim als besonders fürsorglich beschreibt. In seinem dichotomen Entwurf identifiziert er das ‚deutsche‘ Pflegeheim als einen negativen Ort, wohingegen das ‚südkoreanische‘ Pflegeheim kontrastierend als ein positiver Ort imaginiert wird.

Die Interviews mit älteren südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen zeigen weiterhin, dass diese mit *unterschiedlichen* Strategien an das Thema einer möglichen Diskriminierung im Pflegeheim herangehen. Aus Sicht von Herrn Kim wäre ein kollektives Handeln gegen die Diskriminierung und pflegerische Vernachlässigung im Fall der häuslichen Versorgung durch professionelle Pflegekräfte eine Lösung, indem Mitglieder einer nahegelegenen (südkoreanischen) Kirche zusammenwohnen („Wir könnten dann ihm kollektiv kündigen und jemand anderen einstellen“, Herr Kim, Z. 1598 f.). So könnte man sich besser „gegenseitig in verschiedenen Angelegenheiten helfen“ (Herr Kim, Z. 1599) und der Stimme einer einzelnen Person gegenüber einem ambulanten Pflegedienst durch den Zusammenhalt mehr Gehör verschaffen („wird die Stimme stärker, wenn man in der Nähe zusammenwohnt“, Herr Kim, Z. 1600). Im Vergleich dazu sind aus Sicht von Herrn Yang in einer stationären Einrichtung die persönlichen Kompetenzen für den Schutz vor Diskriminierung von entscheidender Bedeutung. Darunter versteht er das Beherrschen der Sprache (Herr Yang, Z. 835), eine gute Kenntnis des Pflegesystems (Herr Yang, Z. 675 & 836 f.) und das richtige Verhalten im Falle ungerechter Behandlung und Diskriminierung (Herr Yang, Z. 676 & 838 f.) – Kompetenzen, welche er vor allem durch seine Tätigkeit als Krankenpfleger in der Geriatrie erworben habe. Darüber hinaus betrachtet er die soziale Kontrolle durch die eigenen Kinder, die durch den beruflichen Erfolg als Arzt bzw.

Ärztin soziales Prestige und Anerkennung in der Aufnahmegesellschaft genießen, sowie durch einheimische Freunde für jenen Fall als relevant, wenn seine eigenen Strategien, gegen Diskriminierung vorzugehen, an ihre Grenzen stoßen und er gekränkt und ungerecht behandelt würde („Nicht nur meine Kinder, sondern auch andere Leute gibt es in meiner Umgebung“, Herr Yang, Z. 678). Damit gelten für den Interviewten nicht nur individuelle Kompetenzen, sondern auch soziale Kapitalien als entscheidende Ressourcen im Falle einer Diskriminierung.

Diese Beispiele machen deutlich, dass sich die Einstellungen der Befragten gegenüber formellen Pflegeangeboten je nach wahrgenommenen Ressourcen im Umgang mit potenziellen Diskriminierungserfahrungen durch Einheimische im Kontext einer pflegerischen Versorgung und sozialen Betreuung unterscheiden, wobei persönliche und soziale Ressourcen ausschlaggebend sind. Diejenigen Interviewten, welche sich an ihrer ethnischen Gruppe orientieren, betrachten das eigenethnische, soziale Netzwerk – basierend auf normativen Erwartungen des Zusammenhalts und der gegenseitigen Unterstützung – als zentrale soziale Ressource gegen eine mögliche Diskriminierung. Für diese Probanden kommt die Inanspruchnahme formeller stationärer, als ‚einheimisch‘ bzw. ‚deutsch‘ bewerteter Pflegeleistungen nicht in Betracht. Stattdessen wird entweder die Pflege durch Landsleute – vor allem Frauen – in einem ‚ethnischen‘ Pflegeheim als eine mögliche Lösung beurteilt. Oder es wird der Rückgriff auf professionelle Pflegeangebote der Mehrheitsgesellschaft, jedoch nur in häuslichen Pflegesettings erwogen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass mit dem Verbleib im gewohnten Wohnumfeld gleichzeitig die Hoffnung gehegt wird, auch weiterhin eine Unterstützung durch das soziale Umfeld – hier die Community der SüdkoreanerInnen – zu erfahren. Im Vergleich dazu nehmen diejenigen Interviewten, welche sich beruflich und sozial in die Aufnahmegesellschaft integriert fühlen, eine stationäre Pflege als ein mögliches Pflegearrangement wahr. Für sie bilden die persönlichen Kompetenzen, der berufliche Erfolg der Kinder sowie das soziale Netzwerk mit Einheimischen jene relevanten Ressourcen, mit denen sie auf Diskriminierungserfahrungen reagieren könnten.

### ***Zwischenfazit***

Die Versorgungsqualitäten auf physischer und psychosozialer Ebene stellen in den Überlegungen älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen bezüglich der Aufnahme einer formellen Pflege ein relevantes Thema dar. Dabei werden den Kompetenzen der Pflegekräfte, den formalen Rahmenbedingungen der stationären Einrichtungen als auch migrationsbedingten Faktoren

wie Sprachkompetenzen und möglichen Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen entscheidende Relevanz beigemessen. Die Tabelle 15 zeigt den Einfluss dieser Faktoren aus dem Thema Versorgungsqualität auf den fernen Pflegehorizont.

Tabelle 15: Ferne Pflegehorizonte und Faktoren aus dem Thema Versorgungsqualität

| Thema               | Faktoren                          | DPD | SPD | PS |
|---------------------|-----------------------------------|-----|-----|----|
| Versorgungsqualität | Kompetenz der Fachkräfte          | OX  |     |    |
|                     | Tätigkeitsspektrum der Fachkräfte | O   |     | X  |
|                     | Personalmangel                    | X   |     |    |
|                     | Fremdbestimmtheit                 | X   |     |    |
|                     | Befürchtung von Gewaltanwendung   | X   |     | X  |
|                     | Diskriminierungsgefahr            | OX  |     |    |
|                     | Mangelnde Sprachkompetenz         | X   |     |    |

DPD: Deutsches Pflegeheim in Deutschland/ SPD: Südkoreanische Pflegeheim in Deutschland/ PD: Pflege(heim) in Südkorea  
 O Öffnend X Schließend

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Analyse des Materials zeigt, dass ein an den sozialen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientierter Umgang mit und die emotionale Zuwendung gegenüber den pflegebedürftigen Menschen als relevante Kompetenz des Pflegepersonals angesehen wird. Hierbei wird die spezifische Motivation der Pflegekräfte, den Pflegeberuf auszuüben, von den ProbandInnen als relevante Variable für die Kompetenz der Fachkräfte bewertet. So nehmen diejenigen, welche die berufliche Ausübung der Pflegenden als Berufung betrachten, an, dass sie warmherzig und vertrauensvoll gepflegt würden. Dies wirkt auf den fernen Pflegehorizont in Bezug auf eine (deutsche) stationäre Versorgung öffnend. Hingegen gehen diejenigen Interviewten, welche die berufliche Ausübung der Pflegenden lediglich als Beruf zum Gelderwerb auffassen, davon aus, dass sie zwar körperlich – möglicherweise auch gut – versorgt würden, ihre Bedürfnisse nach Zuwendung, sozialer Bindung und Warmherzigkeit jedoch kaum erfüllt werden würden. Sie

misstrauen den Pflegekräften in Bezug auf ihre soziale Kompetenz, was zum fernen Pflegehorizont schließend beiträgt. Nach Auffassung der Interviewten hängt die Qualität pflegerischer Versorgung auch von der Ausbildung der Fachkräfte, d. h. den in der Ausbildung vermittelten Kompetenzen ab. Die Vorstellung, dass den Pflegekräften durch die Berufsausbildung relevante fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden, schafft das Vertrauen darin, dass die eigenen Bedürfnisse nach einer vertrauensvollen Pflege während einer potenziellen stationären Versorgung erfüllt werden würden. Dies wirkt sich positiv auf den fernen Pflegehorizont aus.

Ein weiterer wichtiger Faktor bei der Bewertung der Versorgungsqualität ist das als unterschiedlich wahrgenommene Tätigkeitsspektrum von Fachkräften in Deutschland und Südkorea. Im Gegensatz zu Deutschland wird in Südkorea eine umfassendere Arbeits- und Aufgabenteilung zwischen unterschiedlich qualifizierten Pflegekräften vorgenommen. Während die ausgebildeten Krankenschwestern dort ausschließlich die Assistenz Tätigkeiten für die ÄrztInnen übernehmen, üben unausgebildete Pflegekräfte die Grundpflege aus, wobei diese Tätigkeiten auf ein Minimum beschränkt bleiben. Diese Aufgabenverteilung hat zur Folge, dass nicht alle Bedürfnisse der PatientInnen abgedeckt werden. Dies geht mit der Schließung des fernen Pflegehorizontes bezüglich einer stationären Versorgung in Südkorea einher. Dagegen erweist sich das Tätigkeitsspektrum von Pflegekräften in Deutschland als deutlich größer, sodass den Bedarfen und Bedürfnissen der PatientInnen adäquater und umfangreicher nachgekommen werden kann. Dies trägt weiterhin zur Öffnung des fernen Pflegehorizontes über eine stationäre Betreuung in Deutschland bei.

Auf der anderen Seite werden formale Pflegeangebote in Deutschland aufgrund strukturbedingter Personalmängel jedoch auch kritisch eingeschätzt. Es wird davon ausgegangen, dass sich der Personalmangel negativ auf die Qualität der pflegerischen Dienstleistungen auswirken wird. Als ein weiteres Hemmnis, eine professionelle Pflege in Deutschland in Anspruch zu nehmen, wird die Sorge vor der Fremdbestimmtheit als Pflegebedürftiger im Rahmen einer stationären Pflege verstanden. Im Kern davon steht die Vorstellung, die Autonomie über die Strukturierung des eigenen Tagesablaufs zu verlieren. Personalmangel und Fremdbestimmtheit stellen also Faktoren dar, welche zur Schließung des fernen Pflegehorizontes der südkoreanischen Befragten im Hinblick auf eine Versorgung im (deutschen) Pflegeheim beitragen. Hinzu kommen Befürchtungen, Gewalt in einer stationären Einrichtung sowohl in Deutschland, als auch in Südkorea erleiden zu müssen. Dieser Faktor wirkt auf den fernen Pflegehorizont in

beiden Ländern schließend. Eine mögliche Diskriminierungsgefahr wird auch als ein hemmender Faktor für die Versorgungsqualität betrachtet. Es wird jedoch teilweise davon ausgegangen, sich durch persönliche Kompetenzen oder soziale Kapitalien gegen mögliche Diskriminierungserfahrungen zu Wehr setzen zu können. Also geht eine mögliche Diskriminierung in einem Pflegeheim auch mit einer Schließung des fernen Pflegehorizontes einher. Wenn im Umgang mit der Diskriminierung jedoch eigene Handlungsmöglichkeiten gesehen werden, begrenzt dies den negativen Einfluss dieses Faktors auf die Pflegehorizonte der Befragten.

Für einige Interviewte steht die stationäre Versorgungsqualität im Zusammenhang mit ihrer sprachlichen Kompetenz. Die Befragten gaben an, dass sie zwar über Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen, aber gleichzeitig davon ausgehen, dass ihre sprachlichen Kompetenzen nicht ausreichend sind, um sich im Falle einer möglichen Pflege adäquat ausdrücken zu können. Sie nehmen an, dass die sprachlichen Anforderungen im Kontext einer professionellen Pflegebeziehung über ihre erworbenen Kompetenzen hinausgehen. Dies wird insbesondere bei dem Versuch, dem Pflegepersonal mögliche (körperliche) Beschwerden wie zum Beispiel Schmerzen mitzuteilen, als problematisch angesehen. Hierbei ist anzumerken, dass das Problem einer unzureichenden Sprachkompetenz hauptsächlich von männlichen Befragten aufgeworfen wurde.

## 9 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Pflegehorizonten älterer südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen, welche in den 1960er und 70er Jahre – zunächst in der Regel für 3 Jahre – nach Deutschland gekommen und danach vielfach im Land geblieben sind. Der Begriff des Pflegehorizonts steht dabei für das Ensemble von Erwartungen und Vorstellungen, die diese ArbeitsmigrantInnen bezüglich einer potenziell auftretenden Pflegebedürftigkeit und dann denkbaren Unterstützungsarrangements zum Ausdruck bringen. Im Lichte der Befunde entstanden hier systematische Unterscheidungen: So wurde die Perspektive einer informellen Pflege als ‚naher‘ Pflegehorizont begreifbar, während die Perspektive einer beruflich organisierten, formellen Pflege als ‚ferner‘ Pflegehorizont in Erscheinung trat. Die empirische Analyse hat dabei vor Augen geführt, *wie* sich diese nahen und fernen Horizonte bilden, d.h. welche Faktoren bzw. Faktorkombinationen sie jeweils bedingen (können). Damit konnte plausibilisiert werden, dass bei einer ImmigrantInnen-Gruppe wie der hier untersuchten komplexe und brüchige Akkulturationsprozesse stattfinden, die eine ganz besondere Dynamik entfalten können.

Inspiriert war die Untersuchung zunächst von Theorien, die den Begriff der Kultur, und damit zusammenhängend, von allgemeinen Beobachtungen zu unterschiedlichen soziokulturellen Perspektiven auf Gesundheit bzw. Krankheit und Pflege beinhalten, wie sie im ersten Kapitel kurz umrissen wurden. Anschließend (in Kapitel 2) richtete sich der Blick auf das Konzept der Akkulturation, das Orientierungen von MigrantInnen in gleichzeitigem Bezug auf die Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft beleuchtet. Nachfolgend wurden Literaturbestände zu für die gewählte Fragestellung als potenziell relevant erscheinenden Aspekten gesichtet, konkret zum Thema Gesundheit im Kontext von Migration (Kapitel 3), den besonderen Charakteristika südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen (Kapitel 4) sowie die Pflegeinfrastruktur und bestehende bzw. sich wandelnde Versorgungsarrangements in Südkorea (Kapitel 5) und Deutschland (Kapitel 6).

Die in diesen Kontexten ausgebildeten Erwartungen der ArbeitsmigrantInnen hinsichtlich eines möglicherweise demnächst auf sie zukommenden Pflegearrangements bildeten den Kern der Untersuchung. Es wurde ein qualitativer Zugang gewählt, wobei, wie im Methodenteil der Arbeit (Kapitel 7) erläutert, problemzentrierte Interviews zum Einsatz kamen, die nach der Methode der Grounded Theory ausgewertet wurden. Die InterviewpartnerInnen waren ältere süd-

koreanische ArbeitsmigrantInnen, welche aktuell noch nicht pflegebedürftig sind. Das methodische Vorgehen hat sich als gut geeignet erwiesen, um die Perspektiven der Befragten in Bezug auf ihre Pflegehorizonte so zu rekonstruieren, dass ein tiefenscharfes Bild des Geflechts der für diese Horizonte wesentlichen Faktoren erkennbar wird.

Im Kern ging es um die Frage, welche Einstellungen bzw. Vorstellungen bei dieser MigrantInnengruppe in Bezug auf etwaige Pflegearrangements in der Zukunft ausgebildet sind und welche Faktoren sie jeweils bedingen. Verbunden war damit eine ganze Reihe von Unterfragen. Ist informelle Pflege für diese Gruppe im Kontext der für sie bestehenden Lebensverhältnisse vorstellbar? Welche Haltungen haben sie in Bezug auf formelle Hilfen? Was befördert die ‚Vorstellbarkeit‘ eines Lebens im Heim, wo zeigen sich Faktoren, die sie hemmen? Gibt es überhaupt (national) *kulturspezifische Muster bei den Pflegeerwartungen* (so wie es die in Kapitel 1 rekapitulierten Theoriebestände nahelegen)? Inwiefern beeinflusst eine mögliche *Orientierung an der Herkunftskultur und/oder der Kultur der Aufnahmegesellschaft* Perspektiven der Lebensführung (wie in Kapitel 2 theoretisch betrachtet), auch was den *Umgang mit Gesundheitsfragen* im Kontext von Migration und faktisch auch mit einer späteren Pflegebedürftigkeit betrifft (Kapitel 3)? Was sind diesbezüglich die *spezifischen Merkmale älterer südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen* und inwiefern könnten diese Merkmale Überlegungen zu späteren Pflegearrangements beeinflussen (eine Frage, die die in Kapitel 4 referierten Erkenntnisse aufwerfen)? Inwiefern sind solche Überlegungen bedingt *durch die spezifische Versorgungspraxis in Südkorea* (vgl. Kapitel 5) und *in Deutschland* (vgl. Kapitel 6)? Kurzum: *In welchen Konfigurationen* – verstanden als ‚Elementebündel‘, in denen sich verschiedene Deutungen und Vorstellungen zu einem spezifischen Ganzen fügen – bilden sich aus den genannten Faktoren bzw. Einflüssen *konkrete Pflegehorizonte* im o.g. Sinne (was ausführlich in Kapitel 8 beleuchtet wird)?

### *Zusammenfassung der Ergebnisse*

Die Analyse von Interviews mit älteren südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen liefert wertvolle Erkenntnisse im Hinblick auf die genannten Fragen, wobei sich verschiedene Bezüge zu den im ersten Teil der Arbeit rezipierten Literatur- und Theoriebeständen herstellen lassen. Die Ergebnisse dieser Analyse zeigen zunächst allgemein, dass für die betrachtete Untersuchungsgruppe insbesondere fünf Themen und Faktoren(bündel) relevant sind, wenn es um die Gestalt

von Pflegehorizonten geht. Das erste Thema lautet: *Pflegekapazität und ihre Grenzen im informellen sozialen Umfeld*. In den Überlegungen der Befragten bezüglich ihres Pflegehorizonts bilden Mitglieder der eigenen Familie, und dabei insbesondere die eigenen Kinder und EhepartnerInnen, eine zentrale Ressource. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die eingeschätzte Bereitschaft der Familie zur Pflege und – eng damit verbunden – die potenzielle Belastung der Familie durch eine eventuell erforderliche Pfllegetätigkeit. Bezüglich der Einschätzung zur Pflegebereitschaft (vor allem) der Kinder greifen verschiedene Faktoren: das durch die Eltern vermittelte, auf familiäre Pflege bezogene Vorbild, der traditionelle Wert der Kindespietät aus der Herkunftsgesellschaft, die Art und Weise der Kindererziehung durch die Eltern sowie die vermutete Eignung der Kinder zur Pflege in einem informellen Setting. Die Erwartungen an die Pflegebereitschaft bei EhepartnerInnen ist dabei größer als die, die an Kinder adressiert wird.

Hierbei spielt der Aspekt einer unterstellten Belastung der (informell) Pflegenden eine besondere Rolle. Angenommen wird, dass diese Belastung mit zunehmender Pflegebedürftigkeit wächst, wodurch eine bestehende Hilfefkapazität schnell erschöpft sein könnte. Eine etwaige (noch) vorhandene Bereitschaft der Angehörigen wird hier als geringer werdend eingeschätzt. Gleichzeitig verringern sich damit auch die an die Familie gerichteten Erwartungen. In diesem Kontext kommt es dann auch zur Erwägung, eventuell auf *formelle* Pflegeangebote zurückzugreifen. Dabei erscheint es aber wesentlich, ob ein solches Ansinnen freiwillig oder unfreiwillig ist.

Die Auswertung des Materials zeigt, dass unter Umständen *die aus dem Herkunftsland* bekannten *Versorgungsmuster und Formen der Rollenverteilung* nur schwach in die Pflegehorizonte einfließen. Wie in Kapitel 5 dargestellt wurde, sind die südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen in einer Gesellschaft sozialisiert worden, in der es eine starke Verpflichtung der Kinder (vor allem des ältesten Sohns und seiner Frau) gab, die Pflege unterstützungsbedürftiger Eltern zu übernehmen. Diesbezüglich kann unabhängig davon, ob man selbst einmal Eltern gepflegt hat oder nicht, die Haltung ausgebildet sein, dass diese Norm wichtig ist. Die Befunde dieser Arbeit deuten aber an, dass diese in der Herkunftsgesellschaft verankerte Norm unter den Bedingungen der Migration nur noch begrenzt gültig ist. Deutlich wird dies in einer Konfiguration, bei der die erste Generation südkoreanischer EinwanderInnen eine solche Verpflichtung gegenüber den Eltern noch verspürt, von den eigenen Kindern jedoch nur noch sehr eingeschränkt die

Einhaltung der Norm erwartet. Es erscheint möglich, dass über den – in Kapitel 5.2.3 skizzierten – gesellschaftlichen Wandel auch *innerhalb der Heimatkultur* nachgedacht und daraus der Schluss gezogen wird, dass die alte Rollenverteilung Vergangenheit ist.

Mitunter spielt diese traditionelle Wertvorstellung auch auf Seiten der Kinder nur noch begrenzt eine Rolle. Zwar kann offenbar bei älteren südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen der Wunsch vorherrschen, von den eigenen Kindern gepflegt zu werden – aber zugleich zeigt sich, dass dem eventuell die besondere Lebenslage der eigenen Kinder (in der Aufnahmegesellschaft) im Weg steht. Man sieht eine besondere Belastung der Kinder als MigrantInnen der zweiten Generation, in deren Lebenssituation es einen doppelten Ballast gibt: Zu den Anforderungen an Berufstätigkeit und die weitere Integration in die Aufnahmegesellschaft käme *zusätzlich* die Belastung durch die Pflege. Eine weitere Rolle spielen zudem Erwägungen, die unabhängig von der spezifischen Lebenslage der Kinder deren *Eignung* zur (häuslichen) Pflegetätigkeit betreffen. Zweifel daran können die traditionelle Norm offensichtlich brechen.

Hier kommen also Momente der Akkulturation ins Spiel, welche in Kapitel 2.2 als Veränderung von Orientierungen durch Interaktionen mit Mitgliedern anderer Kulturen beschrieben wurden. In diese Richtung gehen auch Überlegungen aus der untersuchten MigrantInnengruppe, die sich auf eine mögliche formelle (berufliche organisierte) Versorgung bei Pflegebedürftigkeit beziehen. Der Kontakt dieser MigrantInnen mit unterschiedlichen Pflegearrangements kann zu einer sukzessiven Anpassung an das Pflegesystem und sein normatives Fundament in der Aufnahmegesellschaft führen.

Das den ArbeitsmigrantInnen vor der Auswanderung einzig bekannte Pflegearrangement war das der informellen (häuslichen) Versorgung durch Verwandte. Zwar bleibt die eigene ethnische *Community* bei den Überlegungen bezüglich einer eventuellen informellen Pflege relevant, aber aufgrund der verhältnismäßig geringen Größe dieser *Community* bzw. der großräumigen Verteilung ihrer Mitglieder über die Aufnahmegesellschaft hinweg, sowie angesichts der angenommenen ‚Totalität‘ des Hilfs- bzw. Unterstützungsbedarfs im Falle der Pflegebedürftigkeit, können, so lässt sich aus den Äußerungen von Befragten schließen, lokale Gemeinschaften nicht umstandslos als belastbare soziale Ressource für die informelle Pflege in Anspruch genommen werden. Das Leben in der Aufnahmegesellschaft hat hier also mitunter weitreichende kognitive Konsequenzen. Insofern deuten die Befunde darauf hin, dass ein Kulturbegriff, der als offen, dynamisch und prozesshaft definiert ist (siehe Kapitel 1.1.2.2) – gut geeignet ist, um zu erfassen, was die Befragten beschäftigt.

Die Befunde öffnen zugleich den Blick auf Mechanismen, durch die – ungeachtet der traditionellen Normen der Herkunftsgesellschaft – Akkulturationsprozesse Geschlechterdifferenzen einebnen. Bei Männern und Frauen kann der tatsächlich gleiche Sachzwang zur Wirkung gelangen, also der Umstand, dass in den Augen der fraglichen Gruppe die eigenen Kinder nicht mehr als für die Pflege verfügbar betrachtet werden. Dies markiert eine Differenz zur traditionellen Herkunftskultur, bei der die Eltern im eigenen Haus von ihrem ältesten Sohn und seiner Frau gepflegt wurden – so wie in Kapitel 5.1.3 ausführlicher dargestellt. Dann erscheint auch die große Machtdistanz zwischen den Generationen (siehe Kapitel 1.3.1) und die spezifische Langzeitorientierung (siehe Kapitel 1.3.5) der traditionellen ostasiatischen Kultur nicht mehr als tragfähig – auch dort, wo der Wunsch nach Familienpflege stark ausgeprägt ist und auch noch Verpflichtungsgefühle gegenüber den eigenen Eltern (ganz im Sinne dieser traditionellen kollektiven Orientierung; siehe Kapitel 1.3.2) vorzufinden sind. In bestimmten Konfigurationen zeigt sich vielmehr eine Bindung an die westliche Kultur im Sinne einer stärkeren Unsicherheitsvermeidung (siehe Kapitel 1.3.4) insofern, als verstärkt Bezüge zur für die Aufnahmegesellschaft typischen Vorsorgesituation (Ansprüche an Pflegeversicherung, eigene finanzielle Ressourcen) hergestellt werden.

Das zweite relevante Thema in den Pflegehorizonten der Befragten betrifft die *Ressourcen*, welche außerhalb des familiären Umfelds gesehen werden: also die *formellen* Hilfpotenziale. Es geht hier auf der einen Seite um Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland und auf der anderen Seite um – mitunter diffus erscheinende – Erwartungen, die an die Herkunftsgesellschaft gerichtet werden – konkret etwa die gegenüber der südkoreanischen Regierung als angedachtem Sponsor für den Aufbau von Pflegeheimen mit ethnischer Prägung. Interessant erscheint hierbei, dass in der Vorstellungswelt der Befragten Angebote der Aufnahmegesellschaft mit Ressourcen aus der Herkunftsgesellschaft zusammengedacht werden (können).

Von Bedeutung ist hier auch das Verständnis der sozialpolitischen Rahmenbedingungen bzw. der Strukturen des Pflegesystems in der Aufnahmegesellschaft: also der in Kapitel 6 dargestellten, verschiedenen Bausteine der pflegerischen Infrastruktur in Deutschland und dessen sozialrechtliches Fundament. Diese Infrastruktur wird in bestimmten Konfigurationen als relevante Ressource zur Inanspruchnahme von formellen Versorgungsangeboten aufgefasst. Eine sehr wichtige Unterscheidung scheint hier indes der jeweilige Wissensstand über diese Angebote. In den Befunden zeigt sich einerseits, dass diese Erwägungen durch ein ‚blindes‘ Vertrauen

gegenüber sozialstaatlichen Leistungen bestimmt sein können: Die Pflegeversicherung erscheint als ‚Vollkaskoversicherung‘, und man unterstellt, der Staat übernehme die gesamten Kosten der Pflege – mithin erweist sich der Wissensstand über die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung als unzureichend. Andererseits findet sich auch ein Verständnis der Pflegeversicherung als ein ‚Teilkaskoregime‘, d.h. man ist informierter bezüglich der erwartbaren sozialstaatlichen Hilfen. Positiven Einfluss auf die Herausbildung dieses Wissensstandes können hier zwei Faktoren haben: eine eigene berufliche Tätigkeit im Pflegebereich und persönliche Erfahrungen mit der Pflege von Angehörigen.

In einer solchen Konfiguration korrespondiert die Wahrnehmung, dass nicht alle anfallenden Kosten bei einer möglichen Pflegebedürftigkeit von der Sozialversicherung gedeckt werden, mit Überlegungen zu eigenen finanziellen Möglichkeiten. Ein kritisches Moment werden dann Einschätzungen zu der Frage, ob diese Möglichkeiten ausreichen werden, Eigenleistungen im Falle einer eventuell erforderlichen formellen Versorgung stemmen zu können. Bei einer negativen Einschätzung diesbezüglich wird eine solche Versorgung nicht angestrebt. Ebenso ist die Aussicht auf eine mögliche finanzielle Belastung *der eigenen Kinder* ein potenzielles Hindernis, wenn über formelle Pflege nachgedacht wird. Die Perspektive auf eine Belastung des eigenen Nachwuchses und die Wahrnehmung, dass das eigene Einkommen unzureichend sein könnte, machen dann mitunter auch die Pflegeversicherung irrelevant, wenn über die Bewältigung einer zukünftigen Hilfebedürftigkeit nachgedacht wird.

Gleichzeitig können die Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung in Deutschland aber auch ein Grund dafür sein, auf eine mögliche Rückkehr in die Herkunftsgesellschaft zu verzichten. Es kommt dann zu einer stärkeren Orientierung an der Aufnahmegesellschaft. Auffällig ist außerdem, dass die Pflegeversicherung in der Herkunftsgesellschaft bei keiner der vorgefundenen Konfigurationen in Betracht gezogen wird – obwohl in Südkorea mittlerweile Rechtsansprüche auf die Unterstützung durch Pflegekassen bestehen und ein Versorgungssystem etabliert ist, das durchaus ambulante und stationäre Angebote bereithält (wie in Kapitel 5.3 ausführlich dargestellt). Vieles verweist darauf, dass südkoreanische ArbeitsmigrantInnen den Kontakt mit den Institutionen der Heimatgesellschaft verloren haben könnten; das Wissen um die deutschen Sozialleistungen wird vielmehr zum Anlass, in der Aufnahmegesellschaft zu verbleiben. Erkennbar wird hier gewissermaßen ein Prozess der ‚institutionenbezogenen‘ Akkulturation.

Ein interessanter weiterer Faktor ist die Erwartungshaltung, die mitunter an das Herkunftsland adressiert wird und konkret in der Vorstellung zum Ausdruck kommt, dass die – jetzige – südkoreanische Regierung eine finanzielle Unterstützung bei der Errichtung eines ethniespezifischen bzw. ‚ethnisierten‘ Pflegeheims für die eigenen Landsleute leisten möge. Innerhalb der ethnischen *Community* gibt es offenbar eine Diskussion über die Notwendigkeit solchermaßen exklusiver Pflegeheime innerhalb der Aufnahmegesellschaft. Gerechtfertigt wird dies mit dem Beitrag der MigrantInnengruppe zur wirtschaftlichen Entwicklung des *Heimatlands*, welcher (mehr) Anerkennung durch die Regierung der Herkunftsgesellschaft verdiene. Hier spielt der ursprüngliche Kontext der Emigration eine wichtige Rolle. Die Entscheidung zur Übersiedlung nach Deutschland wird nicht als eine rein individuelle, sondern als eine politisch erwirkte begriffen, die auch nur für eine begrenzte Zeit bestehen sollte. Die Art und Weise der Einwanderung wird hier mithin als Kontextfaktor markiert. Man kann hier sehen, inwiefern – im Sinne der Akkulturationstheorie – Kontextbedingungen der Emigration gleichsam als moderierende Variablen (siehe Kapitel 2.2.2.2) Wirkung zeigen können, wenn es um Gegenwartserwartungen der Betroffenen geht. Diese erkennen, dass die ‚kollektiven‘ finanziellen Ressourcen der *Community* nicht ausreichen, um sich selbstständig zu helfen, vermuten (finanzielle) Ressourcen im Heimatland und bringen dies mit Vorstellungen zu dessen (angeblicher) ‚Restverantwortung‘ für die emigrierte Bevölkerung in Verbindung – und zwar mitunter durchaus ernsthaft, wie die Enttäuschung darüber signalisiert, dass die Erwartungshaltung von der Regierung des Herkunftslandes ignoriert wird. Das Vorhandensein solcher Erwartungen gegenüber Institutionen des Herkunftslandes verweist auf eine Konfiguration, bei der die Auseinandersetzung mit möglicher zukünftiger Pflegebedürftigkeit eine Orientierung an der eigenen ethnischen Gruppe verstärkt, also zur ‚Separation‘ im Sinne der Theorie der Akkulturation (siehe Kapitel 2.2.2.1) beiträgt.

Das *dritte Thema*, welches sich im untersuchten Material als für die Ausformung der Pflegehorizonte relevant erwiesen hat, ist der bislang ausgeübte *Lebensstil*. Von besonderer Bedeutung sind hierbei das Essen, die traditionelle koreanische Medizin und bisherige Wohngewohnheiten. Es geht hier um den Erhalt spezifischer Aspekte der Herkunftskultur, und zwar in Auseinandersetzung mit Kulturbeständen der Aufnahmegesellschaft.

Die Materialauswertung führt vor Augen, dass das Essverhalten von MigrantInnen der untersuchten Altersgruppe einen außerordentlichen Einfluss auf die Lebensgestaltung in der Aufnahmegesellschaft haben kann. Die Ernährungskultur der Herkunftsgesellschaft unterscheidet

sich sehr stark von der in Deutschland. Den MigrantInnen erscheint die deutsche Esskultur (zum Teil) sehr fremd, und diese Fremdheit mündet in Anstrengungen, koreanische Traditionen aufrecht zu erhalten. Interessant erscheint eine im Material sehr markante Konfiguration, bei der das Bewahren der eigenen Esskultur eine identitätsstiftende Funktion entfaltet – wobei es hier um ethnische Identität geht bzw. um fest in der Herkunftsgesellschaft einsozialisierte Orientierungen (siehe Kapitel 2.3.2). Diese Orientierungen können offenbar bei der Auseinandersetzung mit kultureller Fremdheit als emotionaler Anker fungieren. Die Einnahme von Speisen aus der Herkunftsgesellschaft erscheint als Befriedigung von Grundbedürfnissen oder auch ein ‚Heilmittel‘ bei der Bewältigung gesundheitsbezogener Herausforderungen. Die Aufrechterhaltung der Esskultur wird zum Instrument zur Sicherung der sozialen und emotionalen Bindung an die eigene ethnische *Community*.

Hier zeigt sich, wie die Art und Weise der Lebensführung mit Überlegungen zum Umgang mit einer späteren (möglichen) Pflegebedürftigkeit verwoben sein kann, insbesondere wenn es um formelle Hilfen geht. Ein stationäres Pflegearrangement wird assoziiert mit einer Beschränkung der eigenen Autonomie, und der Bezug auf die Esskultur verknüpft diese Assoziation mit Fragen kultureller Differenz. Die Beibehaltung diesbezüglicher Gewohnheiten und damit von Elementen ihrer Heimatkultur ist (bzw. war) für MigrantInnen möglich, solange sie im Bereich des Privaten stattfand – aber genau dieser Bereich würde durch stationäre Pflege mitunter restringiert werden. Die Befürchtung, dass ein Leben im Heim mit der Aufgabe bisheriger Selbstverständlichkeiten einhergehen könnte, bedeutet für die MigrantInnen gewissermaßen eine „Erschütterung des Vertrauens“ in die Gültigkeit des eingespielten Denkens, wie es im Konzept des Fremden nach Schütz (1972) formuliert ist. Deshalb kommt auch in der beschriebenen Konfiguration ein Übergang in ein ‚einheimisches‘ Pflegeheim nicht in Betracht. Dahingegen bestärkt diese Befürchtung Neigungen, Optionen für eine ‚ethnisierte‘ stationäre Versorgung innerhalb der Aufnahmegesellschaft zu suchen. Untermauert wird die Distanziertheit gegenüber ‚deutscher‘ stationärer Pflege zusätzlich durch Erfahrungen, die mit der Ablehnung der (koreanischen) Esskultur seitens der Aufnahmegesellschaft gemacht wurden. Eine größere Vertrautheit mit den Essgewohnheiten der Aufnahmegesellschaft ändert an dieser Gemengelage nicht zwingend etwas. Jedenfalls ist im Material eine Konfiguration auffällig, bei der auch eine solche Vertrautheit die distanzierte Haltung gegenüber der Vorstellung, später in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim zu leben, nicht aufbricht.

Auch Aspekte der Gesundheitsversorgung verweisen auf komplexe Zusammenhänge im Verhältnis zwischen Herkunfts- und Aufnahmekultur. Prominent erscheint eine Konfiguration, bei der bislang in Anspruch genommene traditionelle, koreanische medizinische Behandlungen und somit – allgemeiner – der kulturspezifische Umgang von MigrantInnen mit Gesundheit und Krankheit unmittelbar in den Pflegehorizont einfließen. Wie in Kapitel 1.2.2.2 erläutert, ist die traditionelle ostasiatische Vorstellung von Körper, Krankheit, Gesundheit und Heilung geprägt von einem Verständnis, das sich deutlich vom dem der herkömmlichen westlichen Medizin unterscheidet. Dies, so zeigt sich im Material, kann offensichtlich auch auf die Erwartungen an zukünftige Pflege ausstrahlen. Deutlich wird hier ein Mechanismus, über den auch *nach* einer Migration eine Bindung bzw. ein Vertrauen gegenüber Institutionen (hier Heilungsmethoden im Gesundheitswesen) aus der Herkunftsgesellschaft stabil gehalten werden kann. Zugleich besteht Skepsis im Hinblick auf die in der Aufnahmegesellschaft ausgeübten fraglichen Heilungsmethoden der Herkunftsgesellschaft. Dieser Mechanismus greift in der hier betrachteten Konfiguration im Zusammenhang mit Lebenslagen, bei denen Hilfebedarf aktuell ist (der fragliche Interviewpartner hat einen Behindertenausweis). Zudem erscheinen erlebte (schichtspezifische bzw. mit dem Migrationsstatus verbundene) Belastungen im Arbeitsleben mit offenkundigen Auswirkungen auf die Gegenwart als wichtiger Hintergrund für eine solchermaßen vermittelte Identifikation mit der Herkunftskultur. Das deutet allgemein darauf hin, dass Belastungserfahrungen in der Migrationsbiografie (siehe Kapitel 3.2.3) manifeste Auswirkungen auf Pflegehorizonte haben können. Die Bindung an kulturelle Vorstellungen aus der Herkunftsgesellschaft – also: die ostasiatische Sicht auf Medizin (siehe Kapitel 1.2.2.2) – ist offenbar so stark, dass nur dem ‚Original‘ vertraut wird. Der spezifische Umgang mit Krankheit und Gesundheit, wie er in der Jugend einsozialisiert wurde, hat Nachwirkungen bei der Auseinandersetzung mit der Kultur der Aufnahmegesellschaft.

Ein ähnlicher Mechanismus zeigt sich auch anderswo: Das Vertrauen in Institutionen des Heimatlands entäußert sich auch in der Neigung, Gesundheitsprodukte aus dem Herkunftsland (wie etwa rezeptfreie Medikamente) zu importieren oder in die Herkunftsgesellschaft zu reisen, um sich dort traditionell behandeln zu lassen. Dies korrespondiert dann mit Überlegungen bezüglich der Akzeptanz deutscher Pflegeinstitutionen: Die Erwägung, dass durch eine Pflegebedürftigkeit die eigene Mobilität eingeschränkt wird und so die Möglichkeit, für eine medizinische Behandlung in die Herkunftsgesellschaft zu reisen, abgeschnitten würde, bestärkt die distanzierte Haltung gegenüber einem Pflegearrangement, dem man unterstellt, das Privatleben

gewissermaßen zu kolonialisieren. Und sie unterfüttert Vorstellungen dahingehend, dass es Alternativen in einer ‚ethnisierten‘ Einrichtung geben könnte, getragen von Ressourcen aus dem Heimatland und durchgeführt in der Art und Weise, wie man sie aus der Herkunftsgesellschaft zu kennen glaubt.

Gerade diese Erwartungshaltung gegenüber der Herkunftsgesellschaft kann aber offensichtlich bei MigrantInnen zu Orientierungslosigkeit führen. Offensichtlich erfährt man schnell, dass die Erwartung an Hilfe aus der Herkunftsgesellschaft dort keinen Rückhalt hat. Dies führt mitunter in eine Aporie: Einerseits kommt eine stationäre Versorgung in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim nicht in Betracht, auf der anderen Seite erweist sich die ‚ethnisierte‘ Alternative (mit südkoreanischem Einschlag) als unrealistisch.

Bezüglich des gleichen Themas sind überdies Bezüge auf Wohngewohnheiten von Interesse. Im Material wird erkennbar, wie die eigene Wohnung beziehungsweise das eigene Haus als besonderer Rückzugsort und geschützter Raum für die eigene Privat- und Intimsphäre verstanden werden kann und was daraus folgt, wenn es um die Gestalt von Pflegehorizonten geht. Entsprechende Bezüge sind im Material mit den o.g. Haltungen zu Essgewohnheiten verknüpft, da auch letztere einen wichtigen Teil der spezifisch ‚kulturalisierten‘ Privatsphäre ausmachen. Wie diese Haltungen bilden nun auch Überlegungen zur Wohnsituation *im Falle von Pflegebedürftigkeit* und hier bezüglich einer zukünftigen *stationären* Versorgung einen wesentlichen Kristallisationspunkt. Das zeigt sich in einer Konfiguration, bei der eine möglicherweise anstehende Pflegebedürftigkeit allgemein mit einem Verlust der eigenen Autonomie und der Befürchtung vor Ausgrenzung durch Mitglieder der Aufnahmegesellschaft assoziiert wird. Daraus erwächst die generelle Befürchtung, durch ein Leben im Heim die eigene Privatsphäre zu verlieren, weil man sich wahrscheinlich das Zimmer mit einer *auch kulturell* fremden Person teilen müsste. Diesbezüglich gibt es allerdings verschiedene Varianten: Wenn der Wunsch nach sozialer Harmonie und eine diese gewährleistende Anpassungsfähigkeit stark ist, besteht *trotz* der o.g. grundsätzlichen Skepsis die Bereitschaft, sich auf ein stationäres Pflegearrangement einzulassen. Wohingegen diese Skepsis alles andere überschattet, ist stationäre Versorgung hingegen *keine* Option.

Insgesamt zeigt die Analyse, in welchen Dimensionen eine auf die Aufnahmegesellschaft bezogene Fremdheit bei der Auseinandersetzung mit der Perspektive Pflegeheim reflektiert wird und dass eine solche Einrichtung mitunter als ein Ort erscheint, an dem eine immer noch fremd gebliebene Kultur vorherrscht. Der mögliche Eintritt in eine solche Organisation steht dann

möglicherweise für einen Bruch mit der bisherigen Lebensführung ‚zwischen den Kulturen‘. So gesehen kann ein *geschlossener* Kulturbegriff (siehe Kapitel 1.1.2.1) dabei helfen, bestimmte Pflegehorizonte in der hier untersuchten Population nachvollziehbar zu machen.

Ein *viertes Thema* hinsichtlich der Gestalt dieser Pflegehorizonte sind Bedürfnisse der Befragten nach Geselligkeit und *sozialem Austausch*. Die Datenauswertung legt nahe, dass die Ausprägung dieser Bedürfnisse mit der Art und Weise zusammenhängt, wie sich die Beziehung zu Einheimischen und Landsleuten jeweils gestaltet. Drei Muster zeigen sich im Material: eine stärkere Orientierung an den Einheimischen, eine an den eigenen Landsleuten und eine an beiden Gruppen.

Faktoren für eine stärkere Orientierung an der *Aufnahmekultur* sind die Art der bisherigen Sozialkontakte, binationale Partnerschaften und eine lebensweltliche Integration in die deutsche Kultur. Demgegenüber steht das Empfinden von Fremdheit auch lange nach der Einwanderung einer entsprechenden Aufgeschlossenheit entgegen. Ein solches Fremdheitsgefühl ist etwa mit der Wahrnehmung von äußerliche bzw. körperliche Merkmale betreffenden Differenzen zwischen der deutschen Bevölkerung und der eigenen Ethnie verknüpft. Ein weiterer im Material erkennbarer ‚Fremdheitsfaktor‘ sind als mangelhaft angesehene Kompetenzen bezüglich der Beherrschung der Sprache der Aufnahmegesellschaft. Hier kann es auch geschlechtsspezifische Differenzen geben, die mit Unterschieden in den beruflichen Biographien der MigrantInnen zusammenhängen. Wie in Kapitel 4.2.1 dargestellt, wurden Frauen aus Südkorea einst für den Gesundheits- und Pflegesektor angeworben, während Männer vorwiegend im Bergbau tätig wurden. Es zeigt sich, dass über die Art des Berufs je besondere Kommunikationsfähigkeiten gebildet werden können – die Tätigkeiten der Frauen im Pflegebereich ermöglichten diesen offenbar einen besseren Spracherwerb als den Bergarbeitern –, wodurch wiederum der soziale Austausch mit Einheimischen erleichtert wurde.

Genau solche Sozialisationserfahrungen in der Aufnahmegesellschaft können, wie die Materialauswertung vor Augen führt, Pflegehorizonte stark beeinflussen. Geht es um Überlegungen, die eine eventuelle stationäre Pflege in der Zukunft betreffen, führt eine (über die o.g. Mechanismen vermittelte) Orientierung an der *Aufnahmegesellschaft* dazu, dass auch im hohen Alter weiterhin Kontakte zur einheimischen Bevölkerung gewünscht sind. Dies befördert dann die Bereitschaft, sich in einer ‚einheimischen‘ stationären Einrichtung versorgen zu lassen und impliziert eine Distanz gegenüber der Vorstellung, später einmal in einem ‚ethnisierten‘ Pflege-

heim zu leben. Im gegenteiligen Fall kann die Perspektive auf eine Pflege in einem ‚einheimischen‘ Heim abschreckend wirken. Eine solche Unterbringung erscheint dann gegebenenfalls als Gefahr, weil sie mit sozialer Isolation, Vereinsamung sowie Marginalisierung unter einheimischen HeimbewohnerInnen assoziiert wird.

Ein wichtiges Moment im Hinblick auf die Frage, mit wem sozialer Austausch auch bei etwaiger Pflegebedürftigkeit vorstell- bzw. wünschbar ist, ist das Gefühl der Zugehörigkeit *zur eigenen ethnischen Gruppe* als „zweiter Heimat in der Fremde“. Die Art der Geselligkeit und die Freizeitaktivitäten in der aktuellen Lebensphase sowie das ‚Ausleben‘ kultur- und generationspezifischer Gemeinsamkeiten sind dabei auch wichtige Faktoren. Gleichzeitig zeigen sich Wünsche, im Falle einer stationären Unterbringung den sozialen Austausch mit *seinesgleichen* aufrechterhalten zu können. Dies unterfüttert die Ablehnung einer Unterbringung in ‚einheimischen‘ Pflegeheimen und auch Hoffnungen, womöglich einmal in einer ‚ethnisierten‘ Einrichtung leben zu können. Dort, wo ein sozialer Umgang mit Landsleuten als problematisch gilt, erscheint die Haltung klar: Man befürchtet, bei der Unterbringung in einem Pflegeheim eine mögliche soziale Kontrolle durch Landsleute sowie ein verschärftes Konfliktpotenzial im Zusammenleben mit ihnen. Wenn also der soziale Umgang mit den Landsleuten als problematisch angesehen wird, dreht sich die Konstellation um und es wird ein ‚einheimisches‘ Pflegeheim präferiert.

Als kompliziert erweist sich diesbezüglich eine Entfremdung von der Herkunftskultur einerseits und eine gleichzeitig artikulierte, noch immer bestehende Fremdheit gegenüber der Aufnahmegesellschaft andererseits. Dann scheinen Perspektiven jenseits der – vielfach aber als wenig wahrscheinlich eingeschätzten – häuslich-familiären Versorgung gänzlich zu fehlen. Ein besonderer Fall ist demgegenüber gegeben, wenn die ImmigrantInnen sowohl mit Landsleuten als auch mit Einheimischen Kontakte pflegen (wollen). Eine solche ‚Doppelorientierung‘ erzeugt ‚gemischte‘ Vorstellungen im Hinblick auf eine etwaige Heimunterbringung im Falle der Pflegebedürftigkeit: Man kann sich dann ein Leben in einer ‚einheimischen‘ Einrichtung vorstellen, weil weiterhin Kontakte zu Einheimischen möglich sind. Gleichzeitig wird über Optionen nachgedacht, innerhalb dieses Arrangements exklusive Kontakte zur eigenen ethnischen Gruppe unterhalten zu können – beispielsweise im Kontext besonderer Veranstaltungen nur für diesen Adressatenkreis. Hier zeigt sich, dass bei einer (partiellen) Identifikation mit *beiden* Kulturen bzw. im Falle eines Biculturalismus (siehe Kapitel 2.3.3) Vorstellungen gedeihen kön-

nen, die auf einen komplexen ‚Kulturmix‘ abzielen. Es geht dann zwar nicht um eine Bindestrichidentität im Sinne von Kapitel 2.3.3; zur Geltung kommt jedoch das Gefühl einer doppelten bzw. mehrfachen, wechselseitigen und changierenden kulturellen Zugehörigkeit. Bemüht man die soziologische Theorie des symbolischen Interaktionismus, impliziert dies aber auch, dass (schon) in der Biografie der ersten EinwanderInnen-Generation Potenziale für Akkulturationsprozesse bestehen, bei denen sich Identitäten (siehe Kapitel 2.3.1) im Lebenslauf verändern und dies dann auch auf den Pflegehorizont Einfluss nimmt.

Das  *fünfte*  besonders relevante Thema im analysierten Material ist die  *Versorgungsqualität*  von Pflegearrangements. In dieser Hinsicht zeigt sich ein (möglicher) Einfluss von vier Faktoren: die Kompetenz der Pflegekräfte, das Tätigkeitsspektrum der Pflegenden, die Sprachkompetenz und die Befürchtung von möglicher Vernachlässigung und Diskriminierung. Betrachtet man Konfigurationen, bei denen dieses Thema grundlegend ist, so erscheint in Bezug auf die Kompetenz von Fachkräften die Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Arbeitsmotivationen wesentlich. Negativ ist hier eine Motivation konnotiert, bei der Pfl egetätigkeit nur als Beruf angesehen wird. Beweggründe für (professionelle) Pflegearbeit, bei der diese als Berufung betrachtet wird, gelten hingegen als positiv. Im ersten Fall befürchtet man einen mangelhaften sozialen Umgang mit bzw. eine defizitäre emotionale Zuwendung gegenüber Pflegebedürftigen, anders als im zweiten. Hinzu kommt eine Unterscheidung entlang der durch die Ausbildung vermittelten Kompetenzen. Die Einschätzungen verlaufen analog zu den Bewertungen, die die Arbeitsmotivationen der Fachkräfte betreffen. Generell stiftet die Vorstellung, es gebe eine gute Ausbildung, Vertrauen in stationäre Pflegearrangements. Allerdings gibt es die Konfiguration, bei der zusätzlich differenziert wird zwischen der (unterstellten) Qualität der Ausbildung in der Herkunftsgesellschaft und der in der Aufnahmegesellschaft, die als professioneller gilt.

Auch beim zweiten der o.g. Faktoren, dem Tätigkeitsspektrum der Pflegenden, gibt es Unterscheidungen zwischen Aufnahme- und Herkunftsgesellschaft. Es zeigt sich eine Konfiguration, bei der das Tätigkeitsspektrum der Pflegenden in der Aufnahmegesellschaft als weitreichender und adäquater angesehen wird, während die Bandbreite der Versorgung in der Herkunftsgesellschaft als schmaler begriffen wird. Auch die Sprachkompetenz gilt als essentiell – denn der Pflegefall wird assoziiert mit körperlichen Beschwerden und Schmerzen, die man kommunizieren können möchte. Bei einer mangelhaften Sprachkompetenz droht, so die Vorstellung hier, eine unzureichende Versorgung in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim.

Im Hinblick auf Erwartungen, die eine mögliche Vernachlässigung bzw. Diskriminierung von (aus Südkorea) immigrierten Pflegebedürftigen betrifft, kommen verschiedene Aspekte zum Tragen. Einerseits wird Personalmangel in Heimen und dadurch bedingte Vernachlässigung befürchtet. Sorgen werden zudem mit Blick auf drohende Autonomieverluste geäußert, die man mit einer Fremdbestimmtheit des Tagesablaufs assoziiert. Die Vorstellung, dass zwar die körperlichen Bedürfnisse, nicht aber die individuellen berücksichtigt werden, wirkt beunruhigend. Die Erwartung von Diskriminierung im stationären Setting korrespondiert in der betreffenden Konfiguration auch mit Ängsten vor einer Gewalt, der man wehrlos ausgesetzt sein würde. Diese Erwartung kann (kognitiv) auch allgemeiner mit dem Wissen um den eigenen Migrationshintergrund verbunden sein, der Nachteile in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim mit sich bringt. Die für das hier relevante (fünfte) Thema genannten Faktoren bewegen die Befragten in verschiedener Hinsicht, konkret also etwa in Bezug auf eine als unzureichend vermutete Kompetenz der Pflegekräfte oder mangelnde Sprachkompetenzen – ein Bewusstsein kulturelles Anderssein und damit assoziierter Diskriminierung führt dann zu einer spezifisch begründeten, distanzierten Haltung gegenüber einem stationären Pflegearrangement in einem deutschen Heim. Dort, wo die Kompetenz der Pflegefachkräfte und deren Tätigkeitsspektrum kognitiv im Vordergrund stehen, besteht größerer Optimismus im Hinblick auf Chancen zur Vermeidung von Vernachlässigung und Diskriminierung und eine positivere Haltung gegenüber einer eventuellen stationären Pflege. Kurzum: Es kann darauf ankommen, welche der genannten Bezüge den Pflegehorizont vorrangig prägen, wobei *unter Umständen* das Wissen um die (pflegerelevanten) Normen der Aufnahmegesellschaft eine ‚imaginierte‘ Akkulturation für den Fall einer späteren Hilfebedürftigkeit befördern kann.

### *Reflektion über die Pflegehorizonte*

Im Folgenden werden die Ergebnisse der thematischen Analyse noch einmal abstrakter auf die Kernkategorie der Pflegehorizonte bezogen, um so eine Gesamtstruktur zu beschreiben, die sich aus der Betrachtung der oben beleuchteten Konfigurationen ergibt. Noch einmal zur Erinnerung: Mit Pflegehorizont werden hier die Erwartungen und Vorstellungen bezüglich einer potenziell auftretenden Pflegebedürftigkeit im Alter bezeichnet. Als *naher* Pflegehorizont wird die Perspektive einer informellen Pflege begriffen, als *ferner* die Perspektive auf eine formelle (berufliche organisierte) Versorgung. Beide Pflegehorizonte bilden die Enden eines Kontinuums mit zwei Polen (Offenheit und Geschlossenheit). Nachfolgend geht es zunächst darum zu

charakterisieren, was einen nahen Pflegehorizont befördert bzw. welche Faktoren zu einer Öffnung dieses Horizontes beitragen. Danach geht es um Faktoren, die zu dessen Schließung führen (können). Daran anschließend wird gezeigt, wie der nahe Pflegehorizont in einen fernen übergehen kann. Interessant ist hier, was zur Öffnung des fernen Pflegehorizonts und was zu seiner Schließung beiträgt.

Die Analyse des Materials, welches dieser Arbeit zugrunde liegt, hat gezeigt, dass in der befragten Gruppe ein bestimmtes Muster erkennbar wird, wenn es um mögliche Arrangements im Falle einer Pflegebedürftigkeit geht: Zuerst richtet sich die Perspektive auf Optionen für informelle Pflege, also an eine Versorgung durch die eigene Familie. Entsprechende Überlegungen erscheinen grundlegend für den nahen Pflegehorizont. Einschätzungen zu Möglichkeiten der Unterstützung seitens der eigenen Familie (EhepartnerInnen oder Kinder) öffnen diesen Pflegehorizont. Ein relevanter, dies unterstützender Faktor sind positive Erwartungen zur Pflegebereitschaft von Verwandten. Auf der anderen Seite kann eine Schließung und eine Distanzierung gegenüber dieser Vision eintreten, etwa wenn die *Chancen darauf* skeptisch eingeschätzt werden. Interessant ist hierbei, dass mit dem Prozess der Schließung des nahen Pflegehorizontes ein ferner Pflegehorizont konstituiert wird bzw. werden *müsste*. Mit der Schließung des nahen Horizontes beginnt jedenfalls ein Nachdenken über mögliche Varianten formeller Arrangements.

Die Faktoren, die zur Schließung des nahen Pflegehorizontes beitragen, gestalten sich gewissermaßen dual: Auf der einen Seite führt die Überlegung, durch eine formelle Pflege eine mögliche Überlastung der Pflegenden aus dem familiären Umfeld zu vermeiden, zu einer positiven Einstellung gegenüber einem solchen Arrangement. Die formelle Pflege wird hier zwar als (unangenehme) Notwendigkeit begriffen, aber eben auch als eine potenzielle Ressource beim Umgang mit einer anstehenden (schweren) Pflegebedürftigkeit. Gegebenenfalls ist dann auch eine ambulante Versorgung eine solche Ressource, weil sie familiäre Pflege unterstützt und später auch in eine stationäre Pflege übergehen könnte. Auf der anderen Seite führen Überlegungen, dass eine formelle Versorgung irgendwann einmal unabwendbar sein könnte, (potenziell) zu einer negativen Haltung ihr gegenüber. Faktoren, die dies befördern, sind die Aussicht auf eine nachlassende Pflegebereitschaft seitens der eigenen Familie im Falle einer schweren und/oder längeren Unterstützungsbedürftigkeit sowie die Einschätzung, dass sich die Kinder nicht zur Pflege eignen. Unter diesen Bedingungen erscheint stationäre Pflege zwar als Notwendigkeit, aber sie ist negativ konnotiert.

Wie bereits erläutert, konstituiert sich mit dem Prozess der Schließung des nahen Pflegehorizontes der ferne Pflegehorizont. Doch welche Faktoren halten diesen offen, und welche tragen zu seiner erneuten Schließung bei? Bezüglich des fernen Horizonts muss man zusätzlich zwischen drei verschiedenen (potenziellen) Einflussgrößen unterscheiden, welche aber eng miteinander verbunden sein können: die Orientierung an einer formellen Pflege in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim, die Hoffnung auf eine ‚ethnisierte‘ stationäre Versorgung innerhalb der Aufnahmegesellschaft und schließlich die Perspektive einer stationären Unterbringung in der Herkunftsgesellschaft. Betrachtet man zunächst die dritte Perspektive – die ersten beiden Orientierungen werden unten näher erläutert –, dann fällt ins Auge, dass *eine Orientierung an der formellen Pflege der Herkunftsgesellschaft* v.a. als Reflektionsfolie zur Bewertung der stationären Versorgung in der Aufnahmegesellschaft dient. Interessanterweise erscheint diese Orientierung nämlich nicht als eine tatsächlich mögliche bzw. realisierbare Option; im Pflegehorizont der Befragten ist sie lediglich ein imaginierter Kontrast zur Pflege in der Aufnahmegesellschaft. Faktoren, die dies befördern, sind die Einschätzung, man sei bei einer möglichen Rückkehr unzureichend sozial abgesichert, der Verweis auf die geringere Bandbreite des Pflegeangebotes bzw. ein schmaleres Tätigkeitsspektrum in der Versorgung im Heimatland, die Wahrnehmung einer mangelnden Kompetenz bei den Pflegekräften der Herkunftsgesellschaft, Befürchtung von Gewaltanwendung der Pflegekräfte sowie eine empfundene Entfremdung von der Herkunftsgesellschaft.

Konkret orientierungsstiftend und in den Wahrnehmungen der Befragten ‚zukunftsrelevant‘ sind demgegenüber zwei andere Visionen: Die erste beschreibt einen fernen Pflegehorizont und bezieht sich auf die *Versorgung in einer ‚einheimischen‘ stationären Einrichtung innerhalb der Aufnahmegesellschaft*. Faktoren, die diese Vision unterfüttern sind: die Auffassung, die deutsche Pflegeversicherung biete eine ‚Vollkaskoversicherung‘, die Orientierung auf den sozialen Austausch mit Einheimischen und eine positive Bewertung des Leistungsspektrums deutscher Heime. Es gibt indes Faktoren, die diese Vision gewissermaßen brechen, also nur *bedingt* zu dieser Ausprägung des Horizontes beitragen: konkret unterstützt die Wahrnehmung, die Pflegeversicherung trage nicht alle anfallenden Kosten (sei also eine ‚Teilkaskoversicherung‘), nur dann die Orientierung an stationärer Pflege, wenn man sich im Bedarfsfall nicht finanziell überlastet sieht. Diese Orientierung wird zudem dann gestützt, wenn davon ausgegangen wird, dass man mit Diskriminierungsgefahren (der o.g. Art) umgehen kann und für den Fall, dass die Kompetenz der Fachkräfte hoch eingeschätzt wird. Im jeweils umgekehrten Fall tragen die drei Faktoren zur Schließung des fernen Horizontes bei. Im Hinblick auf den fernen

Pflegehorizont ist außerdem noch auffällig, dass eine gleichzeitige bzw. wechselseitige Orientierung an der Aufnahme- *und* der Herkunftskultur dabei helfen kann, sich mit der Perspektive der Versorgung in einem ‚deutschen‘ Pflegeheim zu arrangieren. In der Analyse haben sich auch Faktoren gezeigt, die die *Schließung* des Pflegehorizonts befördern (können). Relevant erscheinen dabei Befürchtungen eines Autonomieverlusts unter den Bedingungen eines Lebens im Heim, ein fortbestehendes Fremdheitsgefühl gegenüber Einheimischen, eine mögliche Vernachlässigung durch Personalmangel, Befürchtung von Gewaltanwendung, eine als unzureichend eingeschätzte Kompetenz der Fachkräfte und mangelnde Beherrschung der Sprache der Aufnahmegesellschaft.

Als besonderes Moment im Pflegehorizont der Befragten hat sich die Esskultur herausgestellt. Sie ist gewissermaßen ein ‚Unterschieds-Marker‘ beim Umgang mit Kulturbeständen der Herkunfts- und der Aufnahmegesellschaft. Das hängt damit zusammen, dass hier (noch) sehr starke Differenzen erfahrbar sind. Entsprechend gibt es Anstrengungen, die Essgewohnheiten aus der Heimat auch nach der Einwanderung aufrechtzuerhalten – offenbar haben sie für die MigrantInnen eine besondere ‚identitätsstiftende‘ Funktion, die in den Pflegehorizonten sehr präsent sein kann. Die Frage, wie in einem Heim mit wem gespeist wird, avanciert unter Umständen zur ‚Gretchenfrage‘, wenn es darum geht, ob man sich die Versorgung in einer ‚einheimischen‘ stationären Einrichtung innerhalb der Aufnahmegesellschaft vorstellen kann.

Die zweite Vision, die Orientierungen bei den Befragten anleitet, ist jene, die sich auf (vermutete oder erhoffte) Optionen einer ‚ethnisierten‘ (*formellen*) stationären Versorgung in der Aufnahmegesellschaft bezieht. Dabei schließt dieses zweite Element im fernen Pflegehorizont an das erste (o.g.) an, während das erste das zweite nicht zwangsläufig ausschließt. Bei einer Orientierung auf ein ‚ethnisches‘ Pflegeheim wird die Möglichkeit einer Pflege in einer deutschen Einrichtung ausgeschlossen, da man soziale Kontakte mit Landsleuten sowie koreanische Geselligkeit zu pflegen wünscht, sich zu ihnen zugehörig fühlt, (weiterhin) Fremdheit gegenüber der Kultur der Aufnahmegesellschaft empfindet, dort (z.B. wegen mangelnder Sprachkenntnisse) eine Marginalisierung befürchtet oder Gewohnheiten aufgeben muss, die einen ‚Kulturverlust‘ implizieren (die koreanische Kost). Unter Umständen verliert die Perspektive der stationären Versorgung aber ihren Schrecken, allerdings unter der Voraussetzung, dass diese von der Herkunftskultur angeleitet oder sogar finanziell bzw. organisatorisch (auch im Hinblick auf Möglichkeiten, gewohnte medizinische Heilmethoden in Anspruch nehmen zu können) gestützt wird.

Dieser (ferne) Pflegehorizont wird allerdings unter anderen Umständen wieder geschlossen: z.B. dann, wenn man Kontakt zu Deutschen beibehalten oder einem Konfliktpotenzial mit eigenen Landsleuten aus dem Weg gehen möchte oder aber schlicht keine Chance sieht, dass die eigene ethnische *Community* (ggf. durch Unterstützung aus dem Heimatland) besondere Versorgungsangebote aufbauen kann. Beides – partielle Akkulturation oder aber die Erfahrung, das Vermisste nicht wiedergewinnen zu können – kann am Ende dazu führen, dass die erste Vision *volens nolens* als unumgebar gesehen wird.

### *Übergeordnete Schlussfolgerungen*

Zum Abschluss dieser Arbeit sollen die Ergebnisse noch einmal grundsätzlicher reflektiert und einige Überlegungen über mögliche Pflegearrangements für die hier untersuchte MigrantInnengruppe angestellt werden. Die Kernpunkte der Analyse verweisen auf bislang wenig beachtete Besonderheiten bei den Zukunftsorientierungen dieser Gruppe und damit auch die Komplexität von Akkulturationsprozessen im Gefolge von Migrationsbewegungen. Zwar sind hier nur einige wenige Personen und Sichtweisen (tiefgehend) betrachtet worden. Aber quer durch alle Interviews hinweg zeigen sich Muster, die auch über das Sample hinaus eine hohe Bedeutung (für die fragliche Gruppe) haben dürften.

Deutlich wurde zunächst, dass die Vorstellungen bezüglich einer informellen (häuslichen) Pflege bei der befragten Gruppe relativ homogen ausfallen. Man präferiert familienbasierte gegenüber beruflich organisierter Pflege. Die sowohl für Südkorea als auch (in bestimmten Aspekten weniger weitgehend) für Deutschland beobachtbaren traditionellen (national) *kulturspezifischen Muster im Hinblick auf Erwartungen an (spätere) Pflegearrangements* sind also durchaus präsent. Jedoch wird diese traditionelle Perspektive mehrfach spezifisch gebrochen: So scheitert die ‚Familienoption‘ schnell an der Erfahrung beschränkter Ressourcen – was zumindest teilweise mit den Gegebenheiten der Migration zu tun hat; das Modell ‚informelle Versorgung‘ scheint hier nur begrenzt tauglich. Der nahe Pflegehorizont ist oftmals mehr geschlossen als geöffnet. Erst dadurch richtet sich der gedankliche Fokus auf den fernen Horizont formeller (meist stationärer) Pflege, welcher oft in den Vordergrund tritt, eben weil man wenig Möglichkeiten für informelle Unterstützung sieht. Die Präferenz für informelle Pflege schließt konkrete Erwägungen bezüglich einer formellen Versorgung in keiner Weise aus, vielmehr stellt sich die ‚Gretchenfrage‘, wie man es mit einem Leben im Heim hält, unmittelbar. Die Einschätzung, dass informelle Pflege nur begrenzt verfügbar ist bzw. sein könnte, führt dann

aber nicht zwangsläufig zu einer positiven Bewertung formeller Hilfearrangements. Auch der ferne Pflegehorizont mit seinen verschiedenen Versionen kann weitestgehend geschlossen sein. Es gibt also Konfigurationen, in denen sowohl eine informelle *als auch* eine formelle Lösung *keine* Option ist.

Gleich ist allen Varianten der Pflegehorizonte – unabhängig davon, wie eine formelle Versorgung eingeschätzt wird –, dass die Auseinandersetzung mit einem möglichen Leben im Heim besonders fordernd ist. Dabei hängt die Art, wie diese Auseinandersetzung geführt wird, stark mit der *Positionierung der Akteure zwischen den Kulturbeständen der Herkunfts- und der Aufnahmegesellschaft* zusammen. Hier kommt als besonderes Element eines Pflegehorizontes das ins Spiel, was die Befragten im Hinblick auf ‚ethnisierte‘ stationäre Pflege innerhalb der Aufnahmegesellschaft reflektieren. Das Besondere daran ist, dass bei einem Nachdenken über diese Option zwar ein Bedarf an stationärer Pflege antizipiert wird, dessen Verwirklichung indes kaum möglich erscheint. Der entsprechende ferne Pflegehorizont ist zwar nicht völlig geschlossen, aber was ihn offenhält, ist (gegenwärtig) eine *irreale* Option, basiert sie doch auf einer Erwartungshaltung gegenüber der Herkunftsgesellschaft, die (auch) in den Augen der Befragten keine Bestätigung erfährt. Hier hat also offenbar eine Entfremdung von der *Herkunftsgesellschaft*, aber nicht von der *Herkunftskultur* stattgefunden – und das manifestiert sich nicht zuletzt im oben beschriebenen Prozess der institutionenbezogenen Akkulturation, also etwa der Orientierung am *deutschen* Pflegeversicherungssystem.

Mit der Entfremdung von der Herkunftsgesellschaft ist nun aber nicht zwingend das Vertrauen zu der Aufnahmegesellschaft gewachsen. Obwohl Anpassungsprozesse erkennbar sind, bleibt diese eventuell zu fremd, als dass eine Versorgung in deutschen Institutionen vorstellbar wird. Der Übergang in die Obhut des Herkunftslands ist ebenso undenkbar. Das führt zu der *paradoxen Situation*, dass eine Versorgung in der Herkunftsgesellschaft ausgeschlossen, aber die stationäre Pflege in der Aufnahmegesellschaft an Bedingungen geknüpft wird, die nicht gegeben sind. Das südkoreanische Pflegesystem spielt im Horizont der MigrantInnen keine Rolle. Anders verhält es sich mit der *Art und Weise* der Pflegeversorgung, wie man sie mit dem Heimatland in Verbindung bringt. Mitunter fordert man *im Einwanderungsland* Ressourcen von der *Herkunftsgesellschaft* (und nicht von deutschen Institutionen) ein, um Elemente dieser Versorgung zu importieren. Dieser Ressourcentransfer scheint aber außerhalb des Bereichs des Möglichen zu liegen, und doch konfligiert der Wunsch nach ‚ethnisch orientierter‘ Unterstüt-

zung in der Aufnahmegesellschaft mit der Perspektive einer Versorgung durch ‚einheimische‘ Einrichtungen. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Pflegehorizont führt dann wo möglich in eine Sackgasse.

Angesichts solcher Dynamiken bewährt sich ein offener Kulturbegriff, mit dem sich darstellen lässt, dass kulturelle Orientierungen nichts Starres sind, sondern von den Akteuren, wie hier im Fall von Migration sukzessive modifiziert und mitunter auf komplizierte Weise vermengt werden. Interessant werden dann die moderierenden Variablen entsprechender Modifikationsprozesse. Traditionellere Orientierungen aus der Herkunftsgesellschaft wie etwa eine große Machtdistanz, Kollektivismus und hierarchische Beziehungen zwischen Eltern und Kindern können fortbestehen, aber mit Anderem konkurrieren und an Substanz verlieren. So mögen viele SüdkoreanerInnen weiterhin an ihrer eigenen Ethnie orientiert sein, aber die Ressourcen, um diese Orientierung im Alter auszuleben, werden mitunter als gering erfahren – was, wie geschildert, mit einem eher geschlossenen Pflegehorizont einhergehen oder gar in Sackgassen führen kann. Im Vergleich etwa zu türkischen ArbeitsmigrantInnen sind südkoreanische ArbeitsmigrantInnen jedenfalls eine „Minderheit unter den Minderheiten“ (Herr Kim, Z. 1340-1341), und dies kann mit geringeren ‚ethnischen‘ Ressourcen zur Bewältigung des bestehenden institutionellen Anpassungsdrucks verbunden sein. Die wiederum, die bei sich wenigstens teilweise – eine Orientierung an der Aufnahmegesellschaft fördernde – Ressourcenausstattung sehen (Sprache, Kontakt mit Einheimischen, etc.), haben es leichter, ihren Horizont auf Pflegeoptionen in der Aufnahmegesellschaft zu öffnen – so wie im 8. Kapitel ausgeführt. Hier kommt es am ehesten zu einer Assimilation, ggf. sogar zu *Konflikten* mit Personen mit starker Bindung an die Herkunftskultur (bei einem Fall im Sample).

Zum Ende hin soll noch kurz diskutiert werden, wie formelle Pflegearrangements auf diese Gegebenheit reagieren könnten. Hierzu lässt sich auf die weiter oben genannte erste Form des fernen Pflegehorizontes zurückgreifen. Für die entsprechende Vision war maßgeblich, dass in der stationären Versorgung in einem ‚einheimischen‘ Pflegeheim besondere Angebote für diese ethnische Gruppe vorgehalten und integriert werden, auch in Gestalt kulturell exklusiver Veranstaltungen. Allgemeiner könnten Gehversuche in Richtung einer partiell ‚ethnisierten‘ Pflegeversorgung jene Faktoren berücksichtigen, die die in dieser Arbeit beschriebenen Mechanismen und Gegenstände von Akkulturationsprozessen stark zu beeinflussen scheinen. Hierbei sind ganz besonders die Sprache und die Esskultur zu nennen. Beide erscheinen als potenziell

bedeutsames Hemmnis in Bezug auf die Akzeptanz einer stationären Pflege in der Aufnahmegesellschaft. Schon so einfache Maßnahmen wie das Angebot von Speisen aus der Herkunftsgesellschaft in einem solchen Pflegeheim sowie der Einsatz einzelner Fachkräfte, die die Muttersprache der zu pflegenden Personen beherrschen, können einen Unterschied machen und dazu führen, dass (gewünschte oder unumgehbare) Akkulturationsprozesse auch und gerade im hohen Alter gelingen.

Gleiches gilt für die Öffnung von Angeboten der Altenhilfe weit vor dem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit: Zu denken wäre hier an institutionalisierte Freizeitangebote und Räume für interkulturellen Austausch unter maßgeblicher Beteiligung der Sozialen Arbeit. Die Überlegung hierbei ist, dass vermittelt durch solche Angebote eine weitere Heranführung der MigrantInnen an die Aufnahmegesellschaft befördert wird und zugleich auch deutsche Institutionen besser ‚lernen‘ können. Fremdheitsgefühlen könnte so gezielt entgegengewirkt werden. Wie sich gezeigt hat, sind solche Gefühle gegenüber stationären Pflegeeinrichtungen im Allgemeinen größer als gegenüber der Aufnahmegesellschaft als Ganzer. Denn auch für MigrantInnen, welche sich eher an der Kultur der Aufnahmegesellschaft orientieren, kommt eine mögliche Unterbringung in eine solche Einrichtung häufig nicht in Betracht. Gerade die Arbeit an der kulturellen Öffnung solcher Angebote wäre also ein Beitrag zur sozialen Integration von Eingewanderten, auch weit über die Gruppe der südkoreanischen ArbeitsmigrantInnen hinaus.

Allerdings können Anstrengungen zur besseren Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse dieser Gruppen – und zwar nicht nur in Bezug auf eine zukünftige Pflegebedürftigkeit – keine alleinige Aufgabe der Betroffenen sein. Vielmehr müssen sie von der Seite der Aufnahmegesellschaft getragen werden. Denn die MigrantInnen sind, auch wenn diese Aufnahmegesellschaft ihnen zum Teil immer noch fremd ist, längst ein Teil von ihr geworden. Dies zeigt sich auch daran, dass von den 16 für diese Studie befragten Personen zwölf die deutsche Staatsbürgerschaft angenommen haben und die anderen vier über eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung verfügen. Die Schaffung guter Bedingungen für die Altenpflege ist mithin Teil der gesamtgesellschaftlichen Herausforderung, eine gute Versorgungsqualität für alle zu schaffen, auch mit Blick auf die Möglichkeiten für kultursensible Praxis und das Leistungspotenzial der Sozialen Arbeit.

## 10 Literaturverzeichnis

Abels, Heinz (2010): Identität. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ahci, Rukiya/ Bräutigam, Christoph/ Cirkel, Machael (2017): Gemeinsam zuhause? Birlikte evde? Wohnalternativen für pflegebedürftige türkische Migrantinnen und Migranten. In: Forschung Aktuell (10), Institut Arbeit und Technik (IAT), Westfälische Hochschule. Online unter: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/171265/1/1004507984.pdf> (13.02.2018).

Ahn, S.-h./ Cho, S.-e./ Kil, H.-j. (2005): 한국 근대의 사회복지 (Social Welfare in Modern Korea). Seoul: Seoul National University Press.

Alban, Susanna/ Leininger, Madeleine M./ Reynolds, Cheryl L. (2000): Multikulturelle Pflege. München: Urban & Fischer.

Arends-Tóth, Judit/ van de Vijver, Fons J. R. (2004): Domains and Dimensions in Acculturation: Implicit theories of Turkish-Dutch. In: International Journal of Intercultural Relations 28 (2004), S. 19-35. Online unter: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147176703000889> (11. 11. 2015).

Auferbeck, Jan (2017): Hintergründe, Stärken und Schwächen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. In: Die Sozialgerichtsbarkeit (1), S. 20-24.

Backes, Gertrud M./ Clemens, Wolfgang (2003): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim · München: Juventa.

Bae, M.-J./ Park, S.-J. (2013): 대학생의 효에 대한 인식과 가족가치관에 영향을 미치는 변인 (Consciousness of Filial Piety and Family Values in College Students). In: 한국콘텐츠학회논문지(The Korea Contents Association) 13 (5), S. 275-285.

BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) (2012a): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2010.

BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) (2012b): Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven.

BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) (2012c): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel.

BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) (2013): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2011. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Bauer, Axel W. (2002): Der Körper als Objekt der Medizin – revolutionärer Paradigmenwechsel oder alter Hut? In: Vögele, Wolfgang (Hg.): Verletzbarer Körper – Begnadeter Mensch. Vom Körperverständnis in Medizin und Theologie. Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum, S. 9-30.

Baumgartl, Birgit (1997): Altersbilder und Altenhilfe. Zum Wandel der Leitbilder von Altenhilfe seit 1950. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Baykara-Krumme, Helen (2012): Die Bedeutung der Migrationserfahrung für die soziale Einbindung im Alter. Konzeptionelle Überlegungen und empirische Befunde. In: Baykara-Krumme, Helen/ Motel-Klingebiel, Andreas/ Schimany, Peter (Hg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer, S. 255-287.

Begutachtungsrichtlinie zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (장기요양인정접수 산정방법, übersetzt von der Autorin). Online unter: <http://www.law.go.kr/행정규칙/-장기요양인정접수산정방법> (11. 01. 2016).

Belardi, Nando/ Fisch, Marlies (1999): Altenhilfe. Eine Einführung für Studium und Praxis. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Berchtold, Josef/ Huster, Stefan/ Rehborn, Martin (Hg.) (2015): Gesundheitsrecht. SGB V und SGB XI. Nomos Kommentar. Baden-Baden: Nomos.

Berry, J.W./ Poortinga, Y. H./ Breugelmans, S.M./ Chasiotis, A./ Sam, D.L. (2011): Cross-Cultural Psychology. Research and Applications. Cambridge: Cambridge University Press.

Biçer, Judith Baumgartner (2007): Religiöse Hintergründe und soziale Praktiken. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber, S. 67-85.

Bieritz-Harder, Renate/ Conradis, Wolfgang/ Thie, Stehphan (Hg.) (2015): Sozialgesetzbuch XII. Sozialhilfe. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos.

Binder-Fritz, Christine (2013): Kultursensible Pflege und transkulturelle PatientInnenbetreuung in Österreich: Erfahrungen – Konzepte – Perspektiven. In: Harold, Barbara (Hg.): Wege zur transkulturellen Pflege. Mit Kommunikation Brücken bauen. Wien: Facultas, S. 13-34.

Birman, Dina (1994): Biculturalism and ethnic identity: An intergrated model. In: Focus 8 (1), S. 9-11. Online unter: <http://www.brycs.org/documents/upload/ethnicidentity.pdf> (11.11. 2015).

Blüher, Stefan/ Stosberg, Manfred (2005): Pflege im Wandel veränderter Versorgungsstrukturen: Pflegeversicherung und ihre gesellschaftlichen Konsequenzen. In: Schoreter, Klaus R./ Rosenthal, Thomas (Hg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim/München: Juventa, S. 177-192.

Blumer, Herbert (1981): Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 80-146.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2000): Sechster Familienbericht - Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen - Belastungen - Herausforderungen. Online unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/93186/98ca1cfb0a9f8ac0c64ece2634bf69de/6-familienbericht-data.pdf> (13.02.2018).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin. Online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-5010-3.-Altenbericht-Teil-3,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (20.06.2016).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin. Online unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/volltextsuche,did=5362.html> (27.06.2016).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters

in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin. Online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf> (06.07.2016).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006): Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Online unter: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/root.html> (03.08.2016).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin. Online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (06.07.2016).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2015): Länger zuhause leben. Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter. Berlin. Online unter: [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/L\\_C3\\_A4nger-zuhause-leben-Wegweiser,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/L_C3_A4nger-zuhause-leben-Wegweiser,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf) (09.07.2016).

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2012): Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz. Stand: nach der 3. Lesung im Bundestag. Berlin. Online unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/Broschuere\\_Das\\_Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz\\_Stand\\_nach\\_der\\_3.\\_Lesung\\_im\\_Bundestag.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/Broschuere_Das_Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz_Stand_nach_der_3._Lesung_im_Bundestag.pdf) (17.06.2016).

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015): Größe: Mehr Hilfe für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Bundeskabinett verabschiedet Entwurf des Pflegestärkungsgesetzes II. Pressemitteilung, Nr. 27, 12. August 2015. Online unter: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/pflegestaerkungsgesetz-ii.html> (30.06.2016).

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2016): Das Pflegestärkungsgesetz II. Das Wichtigste im Überblick. Berlin. Online unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/PSGII-Das\\_Wichtigste\\_im\\_Ueberblick.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/PSGII-Das_Wichtigste_im_Ueberblick.pdf) (01.07.2016).

Bode, Ingo (2014): Diversifizierung des Leistungsangebots und Personalentwicklung. In: Brandenburg, Hermann/ Bode, Ingo/ Werner, Burkhard (Hg.): Soziales Management in der stationären Altenhilfe. Kontexte und Gestaltungsspielräume. Bern: Hans Huber, S. 60-69.

Boger, Julia (2004): Gesundheit in der ‚Fremde‘ - Gesundheitsvorstellungen afrikanischer Frauen und Männer im Migrationskontext, Mainz. Online unter: <http://www.ifeas.uni-mainz.de/Dateien/Boger.pdf> (31.03.2014).

Bolten, Jürgen (2007): Interkulturelle Kompetenz. Erfurt: LZT.

Bolten, Jürgen (2009): Kultur als historisch vermittelte Reziprozitätsdynamik. In: Strohschneider, Stefan (Hg.): Kultur und sicheres Handeln: Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft, S. 239-256.

Boehm, Andreas (1994): Grounded Theory – wie aus Texten Modelle und Theorien gemacht werden. In: Boehm, Andreas; Mengel, Andreas; Muhr, Thomas; Gesellschaft für Angewandte Informationswissenschaft (Hg.): Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge. Konstanz: UVK Univ.-Verl. Konstanz, S. 121-140.

Borscheid, Peter (1987): Geschichte des Alters 16.-18. Jahrhundert. Münster: Coppenrath

Borscheid, Peter (1998): Altern gestern und heute. Wie das Altern sein Gesicht verändert hat. In: Borscheid, Peter/ Bausinger, Hermann/ Rosenmayr, Leopold (Hg.): Die Gesellschaft braucht die Alten. Opladen: Leske & Budrich, S. 13-25.

Braun, Hanspeter/ Madörin, Bernhard (2009): Wärme, Schärfe und Gesundheit. Ein Gespräch zwischen Arzt und Patienten als Einführung in die traditionelle chinesische Medizin. Bern: Simova.

Breuer, Franz (2010): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag.

Butler, Jeffrey (2010): Lebensqualität, Interessen und Selbständigkeit im Alter. Ergebnisse einer Befragung älterer Menschen im Bezirk Mitte von Berlin. Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung. Berlin. Online unter: [https://www.berlin.de/ba-mitte/politik.../qpk\\_publ16\\_lisa\\_mitte2010.pdf](https://www.berlin.de/ba-mitte/politik.../qpk_publ16_lisa_mitte2010.pdf) (10.02.2018).

Carnein, Marie/ Baykara-Krumme, Helen (2013): Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen. In: Zeitschrift für Familienforschung 25 (1), S. 29-52. Online unter: <http://budrich-journals.de/index.php/zff/article/viewFile/12413/10797> (13.02.2018).

Castles, Stephen (1986): Migration und Gesellschaftsstruktur – Klasse, Ethnizität oder Community. In: Bausinger, Hermann (Hg.): Ausländer – Inländer. Arbeitsmigration und kulturelle Identität. Tübingen: Tübinger Vereinigung für Volkskunde, S. 31-44.

Cha, H. B. (2005): 서론 (Einführung, übersetzt von der Autorin). In: Cha, H. B./ Choe, S.-J./ Lee, G.-O./ Yun, H.-S./ Seo, H.-G./ Park, K.-S. (Hg.): 고령화 사회의 장기요양보호 (Pflege in der alternden Gesellschaft, übersetzt von der Autorin). Seoul: Sowha, S. 7-14.

Cha, H. B. (2007): 고령사회와 노인장기요양보험제도의 과제 (Aging Society and Long-Term Care Insurance System). In: 대한케어복지학 (Korean Journal of Care Work) 7, S. 121-142.

Chang, C. S/ Chang, J. C. (2012): 효사상의 현대적 의미와 실천 교육방안 (Modern Meaning and Practice of Filial Piety and Education Plan). Forschungsbericht 2012-6, Daejeon: 대전발전연구원 (Daejeon Development Institute).

Chang, J.-S. (1993): Die koreanische Familie in Korea. Im Spiegel von Frauen- und Familienbilder in der Mittelschicht-Eine empirische Untersuchung. Dissertation, Dortmund.

Chouk-Yin, Lee (1990): Die Dichotomie zwischen Loyalität und kindlicher Ehrfurcht im Konfuzianismus, ihre geschichtliche Entwicklung und heutige Bedeutung. In: Krieger, Trauzettel (Hg.): Konfuzianismus und die Modernisierung Chinas. Mainz: V. Hase & Koehler Verlag, S. 114-137.

Cho, S.-N. (2006): 노인부모부양에 관한 기혼자녀세대의 인식: 초점집단토론 (FGD) 자료분석을 중심으로 (Challenge of the Aging Society and Familial Support for the Elderly). In: 한국인구학 (The Population Association of Korea) 29 (3), S. 139-157.

Choe, Hyondok/ Drescher, Lutz/ Werning, Rainer (2007): Einleitung. In: Choe, Hyondok/ Drescher, Lutz/ Werning, Rainer (Hg.): Korea - Entfremdung und Annäherung. Köln: PapyRossa, S. 13-19.

Choe, Jae-Hyeon/ Daheim, Hansjürgen (1987): Rückkehr- und Bleibeperspektiven koreanischer Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt am Main/Bern/New York: Peter Lang.

Choi, E. H. (2015): Identitätsarbeit im Prozess der Akkulturation von ausländischen Studierenden in Deutschland. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag.

Choi, H. (1983): Die Veränderung der Familienstruktur in Korea unter besonderer Berücksichtigung der alten Menschen. Zur Anwendbarkeit westlicher familiensoziologischer Konzepte für koreanische Wandlungsprozesse. Frankfurt am Main: Haag & Herchen.

Choi, M.-H. (1960): Der Einfluss der konfuzianischen Ethik in Korea. Starnberg/See: Schraml.

Chung, K. (2012): 노인의 가족생활 실태와 정책과제 (Family Life of Older Person and Policy Implications). In: Health and Welfare Forum, Nr. 192, S. 6-16.

Chung, W./ Jin, Y. (2008): 장기요양서비스의 수요분석 (Analyse der Bedarfe an formellen Pflegeleistungen, übersetzt von der Autorin). Forschungsbericht 2008-05, Seoul: 한국개발연구원 (Korea Development Institute).

Deger, Petra (1997): Ethnische Grenzziehungen, Bürgerstatus und multikulturelle Gesellschaft: Gastarbeiter in Deutschland. In: Hettlage, Robert/ Deger, Petra/ Wagner, Susanne (Hg.): Kollektive Identität in Krisen. Ethnizität in Religion, Nation, Europa. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 98-111.

Demirci, Silva/ Koch, Susanne/ Maaß, Tanja/ Wiesner-Rau, Corinna/ Zabel, Ulrika (2003): Sozialarbeit mit älteren Migranten. In: Zippel, Christian/ Kraus, Sibylle (Hg.): Soziale Arbeit mit alten Menschen – Sozialarbeit in der Altenhilfe, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Berlin: Weißensee Verlag, S. 177-185

Diekmann, Andreas (2007): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.

Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993): Altern in der Migration. Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben? Stuttgart: Enke.

Dietzel-Papakyriakou, Maria (1997): Ältere Migranten: Daten zur Lebenslage und Überlegungen zur Nachfrage institutioneller Hilfeleistungen. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hg.): Alt in der Fremde, fremd im Alter? – Konzepte in der Betreuung und Pflege älterer Migrantinnen und Migranten, S. 9-18.

Domenig, Dagmar (2001) (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber.

Domenig, Dagmar (2007a) (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber.

Domenig, Dagmar (2007b): Behandlung und Pflege in soziozentrierten Kontexten. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber, S. 205-219.

Domenig, Dagmar (2007c): Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber, S. 165-189.

Dornheim, Jutta (2003): Konzepte zu „Kultur“ und „kultureller Identität“ für die Pflegebildung. Synopse – Kritik – Perspektiven. In: Friebe, Jens/ Zalucki, Michaela (Hg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 61-82.

Dornheim, Jutta (2007): Kultur als Begriff und als Ideologie – historisch und aktuell. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber, S. 29-48.

Dresing, Thorsten/ Pehl, Thorsten (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitative Forschende. 5. Auflage. Marburg. Online unter: <http://www.audiotranskription.de/praxisbuch> (11.11.2014).

DRK Nordrhein (2018): Das „Haus am Sandberg“ stellt sich vor. Webseite DRK Multikulturelles Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“. Online unter: <http://www.drk-haus-am-sandberg.de/> (12.02.2018).

Eggerth, Donald E./ Flynn, Michale A. (2013): Immigration: Implikationen für Stress und Gesundheit. In: Genkova, Petia/ Ringeisen, Tobias/ Leong, Frederick T.L. (Hg.): Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS, S. 343-359.

Eichler, Katja (2013): Migration und Grundheit: Die „transnationale Familie“ als Raum für Reflexions- und Hybridisierungsprozesse. In: Geisen, Thomas/ Studer, Tobias/ Yildiz, Erol (Hg.): Migration, Familie und soziale Lage. Beiträge zu Bildung, Gender und Care. Wiesbaden: Springer VS, S. 313-331.

Eisenbart, Andrea (2000): Strukturwandel im ambulanten Pflegesektor und Auswirkungen der Pflegeversicherung. Köln: Verlag KDA.

Erdheim, Mario (1993): Therapie und Kultur. Zur gesellschaftlichen Produktion von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen. In: Sippel-Süsse, Jutta/ Wegeler, Cornelia/ Baumgart, Marion/ Apsel, Roland (Hg.): Körper, Krankheit und Kultur. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel, S. 75-89.

Erdheim, Mario (2010): Lebensformen, Gesundheit, Krankheit und Therapie in unterschiedlichen Kulturtypen. In: Golsabahi, Solmaz/ Küchenhoff, Bernhard/ Heise, Thomas (Hg.): Migration und kulturelle Verflechtungen. 3. Kongress des Dachverbands der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V. (DTPPP). 11. – 13. September 2009 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. Berlin: VWB, S. 19-25.

Ess, van Hans (2003): Der Konfuzianismus. München: Beck.

Esser Hartmut (1999): Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 1: Situationslogik und Handeln. Frankfurt am Main/New York: Campus.

Faltermaier, Toni (1994): Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Beltz.

Flick, Uwe (2012): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt.

Friebe, Jens/ Zalucki, Michaela (Hg.) (2003): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Fikentscher, Wolfgang/ Rall, Konstantin (2012): Kontakt der Kulturen: Theorie der Akkulturation im weiteren Sinne. In: Fikentscher, Wolfgang/ Pflug, Manuel/ Schwermer, Luisa (Hg.): Akkulturation, Integration, Migration. München: Herbert Utz, S. 7-37.

Filipp, Sigrun-Heide (1990): Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In: Philipp, Sigrun-Heide (Hg.): Kritische Lebensereignisse. München: Psychologie Verlags, S. 3-52.

Fischer, Manfred/ Fischer, Ulrike (1990): Wohnortwechsel und Verlust der Ortsidentität als nicht-normative Lebenskrisen. In: Philipp, Sigrun-Heide (Hg.): Kritische Lebensereignisse. München: Psychologie Verlags, S. 139-153.

Gehlen, Arnold (1978): Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft Athenaion.

- Genkova, Petia (2013): Kulturvergleichende Psychologie: Gegenstand, theoretische Konzepte und Perspektiven. In: Genkova, Petia/ Ringeisen, Tobias/ Leong, Frederick T.L. (Hg.): Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 19-40.
- Gerlinger, Thomas/ Röber, Michaela (2009): Die Pflegeversicherung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Gestrich, Andreas/ Krause, Jens-Uwe/ Mitterauer, Michael (2003): Geschichte der Familie. Stuttgart: Alfred Kröner.
- Glaser, Barney/ Strauss, Anselm (1974): Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Glückauf Koreanischer Bundesverband der Deutschland e.V. (Hg.) (2009): 45 Jahre Geschichte Südkoreanischer Bergarbeiter in Deutschland (과도광부 45 년사, übersetzt von der Autorin). Essen: Glückauf Koreanischer Bundesverband der Deutschland.
- Grieger, Dorothea/ Küçük, Filiz (2010): Alt werden in der Fremde. Soziale Lage, Bedarf und Versorgungsrealität von älteren Migranten. In: Hegemann, Thomas/ Salman, Ramazan (Hg.): Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 301-316.
- Grieger, Dorothea (2011): Soziale Lage von und interkulturelle Sozialarbeit mit älteren MigrantInnen. In: Migration und Soziale Arbeit 33 (1), S. 8-13.
- Grüner, Bernd (2016): Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II. Praxiskommentar. Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung. Remagen: AOK-Verlag.
- Gu, Xue (1999): Konfuzius zur Einführung. Hamburg: Junius.
- Ha, H.-S. (2015): 노인장기요양사업 평가 (Begutachtung des Pflegesystems für ältere Menschen, übersetzt von der Autorin). Forschungsbericht, Seoul: 국가예산정책처 (National Assembly Budget Office).
- Hahn, Sylvia (2012): Historische Migrationsforschung. Frankfurt am Main. Campus.
- Hämel, Beate-Irene/ Schreijäck, Thomas (Hg.) (2007): Basiswissen Kultur und Religion. 101 Grundbegriffe für Unterricht, Studium und Beruf. Stuttgart: Kohlhammer.
- Han, Petrus (2010): Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle · Fakten · Politische Konsequenzen · Perspektiven. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Harold, Barbara (Hg.) (2013): Wege zur transkulturellen Pflege. Mit Kommunikation Brücken bauen. Wien: Facultas.

Heckl, Nadine (2012): Die Einwanderung nach Deutschland 1945 – 1990: Ein historischer Vergleich von Rahmenbedingungen und Gelingen oder Misslingen von Integration. In: Fikentscher, Wolfgang/ Pflug, Manuel/ Schwertmer, Luisa (Hg.): Akkulturation, Integration, Migration. München: Herbert Utz, S. 219-244.

Heckmann, Friedrich (1992): Ethnische Minderheit, Volk und Nation. Soziologie inter-ethnischer Beziehungen. Stuttgart: F. Enke.

Heinzelmann, Martin (2004): Das Altenheim – immer noch eine „Totale Institution“? - Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime. Dissertation. Online unter: <http://ediss.uni-goettingen.de/bitstream/handle/11858/00-1735-0000-0006-B3CD-6/heinzelmann.pdf?sequence=1> (17.05.2016).

Hofstede, Geert/ Hofstede, Gert Jan (2011): Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Holjewilken, Karl- Heinz (1976): Herkunft und Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland. In: Reimann, Helga/ Reimann, Horst (Hg.): Gastarbeiter. München: Goldmann, S. 13-22.

Holz, Gerda/ Scheib, Hermann/ Altun, Sükriye/ Petereit, Ute/ Schürkes, Jutta (1994): Fremdsein, Altwerden, und was dann? – Ältere Migranten und die Altenhilfe. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Eigenverlag.

Hopf, Christel (1995): Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, U./ Kardorff, E. v./ Keupp, H./ Rosenstiel, L. v./ Wolff, S. (Hg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Beltz, S. 177-182.

Huang, Chun-Chieh (2009): Konfuzianismus: Kontinuität und Entwicklung. Studien zur chinesischen Geistesgeschichte. Bielefeld: transcript Verlag.

Hutnik, Nimmi (1991): Ethnic Minority Identity. A Social Psychological Perspective. Oxford: Clarendon Press.

Huxel, Katrin (2014): Männlichkeit, Ethnizität und Jugend. Präsentationen von Zugehörigkeit im Feld Schule. Wiesbaden: Springer VS.

Hwang, C. S. (2010): 노인장기요양시설 이용자 실태분석 (Nutzungsverhalten pflegebedürftiger älterer Menschen hinsichtlich verschiedener Pflegeeinrichtungen, übersetzt von der Autorin). Forschungsbericht. Eumseong: 한국소비자원 (Korea Consumer Agency).

Hwang, S.-Y. (1991): Probleme soziokulturellen Wandels durch Kulturkontakt. Untersucht am Beispiel südkoreanischer Migranten im Saarland. Frankfurt am Main: Lang.

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Hg.) (2011): Migration und Soziale Arbeit 33 (1).

Jahoda, Gustav (1996): Ansichten für die Psychologie und die „Kultur“. In: Thomas, Alexander (Hg.): Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen/Seattle/Bern/Toronto: Hogrefe, S. 33-42.

Jeong, H. Y./ Lee, J. J./ Yi, S.-W. (2003): 요양병원과 병원에 입원한 노인의 의료비용의 현황과 문제점 (A Study on the Problem and Status of Cost among Elderly Impatients in General Hospitals and Long-Term Care Hospitals). In: 관동의대 학술지 (Kwandong Medical Journal) 7 (2), S. 73-78.

Jerusalem, Matthias (1992): Akkulturationsstress und psychosoziale Befindlichkeit jugendlicher Ausländer. In: Report Psychologie 17 (2), S. 16-25.

Jin, J. M. (2004): 조선시대 신분제에 관한 국사 교과서의 서술변화 (The Change of Description on the Class System of Chosun in National History Textbook). Masterarbeit, Seoul. Online unter: [http://www.riss.kr/search/detail/DetailView.do?p\\_mat\\_type=be54d9b8bc7cdb09&control\\_no=e222bbf8ab5a155b](http://www.riss.kr/search/detail/DetailView.do?p_mat_type=be54d9b8bc7cdb09&control_no=e222bbf8ab5a155b) (29.01.2016).

KDA (2010): Akteure im Quartier. Füreinander und miteinander. In: Pro Alter 42(5/6), S. 30-36. Online unter: [https://www.kda.de/tl\\_files/kda/ProAlter/Jahrgang%202010/2011-PA-Quartiershaeuser.pdf](https://www.kda.de/tl_files/kda/ProAlter/Jahrgang%202010/2011-PA-Quartiershaeuser.pdf) (24.07.2016).

KDA (2013): Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Köln: KDA.

KIHASA (Korea Institute for Health and Social Affairs) (2005): 2004 년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 (Lebenslage älterer Menschen und Bedarfe an soziale Leistungen 2004, übersetzt von der Autorin). Forschungsbericht, Sejong: Ministry of Health and Welfare.

KIHASA (Korea Institute for Health and Social Affairs) (2012): 우리나라 국민의 한방의료 이용실태와 인식도 (Nutzungsverhalten und Einstellung der südkoreanischen Bevölkerung zur traditionellen koreanischen Medizin, übersetzt von der Autorin), In: Issue&Focus 140 (21). Online unter: <http://repository.kihasa.re.kr:8080/handle/201002/8383> (31.03.2014).

Kim, C. W. (2005): 고령화사회의 노인복지 서비스 전달체계의 변화방향: 보건복지의 민영화와 서비스통합을 중심으로 (New Paradigm for Health and Social Service Delivery for Elders in an Aging Society: Focusing on Privatization and Integration of Health and Social Services). In: 사회복지리뷰 (Social Welfare Review) 10, S. 31-52.

Kim, D.-H./ Kim, E.-M. (2013): 주요 문화단체의 효행대상수상자 분석을 통한 ‘侍奉의孝’에 관한 연구 (A Study on the Filial Piety (Hyo) upon Those Who Received the Grand Prize of Filial Behavior). In: 한국사상과 문화 (Korean Thought and Culture) 62, S. 237-266.

Kim, H.-K./ Park, C.-M./ Nakajima, K. (2010): 노인부양의 사회화 인식에 관한 연구: 대학생과 부모조사의 비교분석을 중심으로 (A Study on the Perception of Social Care for the Elderly: Comparison Analysis between College Students and Their Parents Group). In: 보건사회연구 (Health and Social Welfare Review) 30 (1), S. 170-194.

Kim, H.-Y./ Kim, S.-D./ Park, S.-A. (2012): 가족관련 가치 및의식의 변화와 가족의 미래 (The Transformation of Korean's Family Consciousness and Family Future). Forschungsbericht 12-4, Seoul: 한국여성정책연구원 (Korean Women's Development Institute).

Kim, J.-S./ Sunwoo, D./ Lee, G.-J./ Choe, I.-D./ Lee, H.-Y./ Kim, G.-A. (2013): 요양병원과 요양시설의 역할정립 방안 연구 (Studie zu den unterschiedlichen Funktionen von Sanatorien und Pflegeeinrichtung, übersetzt von der Autorin). Forschungsbericht 2013-31-18, Seoul: 한국보건사회연구원 (Korea Institute for Health and Social Affairs).

Kim, S.-J. (2006): Das philosophische Denken von Tasan Chǒng. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Kim, S.-S. (2009): 한의학 이론의 현대화에 대한 연구 (Studie über die Modernisierung der Theorie der traditionellen koreanischen Medizin, übersetzt von der Autorin). Dissertation, Universität Daejeon.

Kim, Y.-H. (1986): Sozialisationsprobleme koreanischer Kinder in der Bundesrepublik Deutschland. Bedingungen und Möglichkeiten für eine interkulturelle Erziehung. Opladen: Leske & Budrich.

Kleinschmidt, Harald (2011): Migration und Integration. Theoretische und historische Perspektiven. Münster: Westfälisches Dampfboot.

KLERA (Korea Labor and Employment Relations Association) (2009): 장기요양기관 종사자 실태조사 (Situation der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen, übersetzt von der Autorin). Forschungsbericht, Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs.

Klinger, Roland/ Kunkel, Peter-Christian/ Peters, Karen/ Fuchs, Petra (2005): Sozialhilferecht – SGB XII mit SGB II und AsylbLG. Baden-Baden: Nomos.

Klott, Stefanie (2010): „Ich wollte für sie sorgen“. Die Situation pflegender Söhne: Motivation, Herausforderungen und Bedürfnisse. Frankfurt am Main: Mabuse.

Koch, Joachim (2016): Pflegeversicherung 2017 - leicht verständlich. Einführung in die Pflegewelt für Pflegebedürftige und Angehörige, mit Lexikon nach Stichworten und Leistungswerten. Stand: Pflegestärkungsgesetz 2 - 2016/2017. Paderborn: JOKO-Fachbücher.

Kohli, Martin/ Künemund, Harald/ Motel-Klingebiel, Andreas/ Szydlik, Marc (2005): Generationenbeziehungen. In: Kohli, Martin/ Künemund, Harald (Hg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 176-211.

Kohls, Martin (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Kohls, Martin (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Kondratowitz, Hans-Joachim von (1988): Allen zur Last, niemandem zur Freude. Die institutionelle Prägung des Alterslebens als historischer Prozess. In: Göckenjan, Gerd/ Kondratowitz, Hans-Joachim von (Hg.): Alter und Alltag. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 100-136.

Koser, Khalid (2007): Internationale Migration. Stuttgart: Reclam.

Kubin, Wolfgang (Hg.) (2011): Gespräche/ Konfuzius. Ausgewählt, übersetzt und kommentiert von Wolfgang Kubin. Freiburg/Basel/Wien: Herde.

Kühnen, Ulrich/ Haberstroh, Susanne (2013): Die Dynamik von Kultur und Selbstkonzept: Konsequenzen für das Erleben und Bewältigen von Stress. In: Genkova, Petia/ Leong, Frederick T. L./ Ringeisen, Tobias (Hg.): Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven. Wiesbaden: Springer, S. 97-112.

Küpper, Horst (2013): Onkologische und palliative Masterclass: Modulentwicklung für Pflegefachkräfte in der Euregio Maas-Rhein. Hamburg: Diplomica Verlag.

Kurz, Andrea/ Stockhammer, Gonstanze/ Fuchs, Susamme/ Meinhard, Dieter (2009): Das problemzentrierte Interview. In: Buber, Renate/ Holzmüller, Hartmut H. (Hg.): Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen. Wiesbaden: GWV Fachverlage, S. 463-475.

Kwon, D.-C. (2008): Zur sozialen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in Südkorea – Entwicklungslinien unter Berücksichtigung der deutschen Pflegeversicherung. Speyer, Deutsch Hochschule für Verwaltungswissenschaften, Dissertation.

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Laubenthal, Barbara/ Pries, Ludger (2012): Alter und Migration – eine transnationale Perspektive. In: Baykara-Krumme, Helen/ Motel-Klingebiel, Andreas/ Schimany, Peter (Hg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS, S. 385-410.

Lee, D.-S. (2014): 노인장기요양시설에 따르는 문제점 개선 방안 (Die Verbesserung der Pflegeeinrichtungen, übersetzt von der Autorin). In: 사회과학연구 (Social Science Studies) 31 (2), S. 167-197.

- Lee, G. J. (2012): 한국 노인장기요양보호서비스 전달체계의 만족도에 관한 연구 (A Study on the Satisfaction of a Delivery System for the Long-Term Care Service of the Elderly in South Korea). Dissertation, Seoul. Online unter: <http://dcollection.hanyang.ac.kr/jsp/common/DcLoOrgPer.jsp?ItemId=000000063512> (19.01.2015).
- Lee, J.-S. (1991): Koreanischer Alltag in Deutschland. Münster: F.Coppenrath.
- Lee, J. W./ Seomun, J. H. (2009): 노인장기요양보험 재가서비스의 문제점과 개선방안 (A Study on Problems and Improvement of Home-Help Services of Long-Term Care Insurance). In: 한국노년학 (Journal of the Korea Gerontological Society) 29 (1), S. 149-175.
- Lee, S.-M. (2007): Das soziale Wohlfahrtssystem der Senioren und die Lebenssituation älterer Menschen in Korea. Münster/Berlin: LIT.
- Lee, T. (2013): 해방 이후 한의학 현대화 논쟁 연구 (The Dispute on the Modernization of Korean Medicine after the Restoration of Independence). Dissertation, Seoul. Online unter: <http://www.riss.kr/link?id=T13079419> (03.10.2016).
- Lee, Y. K. (2014): 노인장기요양보험 치매특별등급 도입의 의미 및 향후 발전방향 (Bedeutung der Einführung der exklusiven Pflegestufe für Demenzkranke und deren Aussicht in der Zukunft, übersetzt von der Autorin). Forschungsbericht, Seoul: 한국보건사회연구원 (Korea Institute for Health and Social Affairs).
- Leibold, Stefan (2005): Wie organisiert man „gute Pflege“? - Bausteine zu einer Ethik ambulanter Pflegedienste. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Leininger, Madeleine M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Lenthe, Ulrike (2011): Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren. Wien: Facultas.
- Liew, Christine (2010): Reisegast in Korea. Dormagen: Iwanowski's Reisebuchverlag.
- Machleidt, Wieland/ Heinz, Andreas (2008): Psychotherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Herpertz, Sabine C./ Caspar, Franz/ Mundt, Christoph (Hg.): Störungsorientierte Psychotherapie. München/Jena: Urban & Fischer, S. 627-637.

Maehler, Débora B. (2012): Akkulturation und Identifikation bei eingebürgerten Migranten in Deutschland. Münster: Waxmann.

Maehler, Débora/ Schmidt-Denter, Ulrich (2013): Migrationsforschung in Deutschland. Leitfaden und Messinstrumente zur Erfassung psychologischer Konstrukte. Wiesbaden: Springer VS.

Makarova, Elena (2008): Akkulturation und kulturelle Identität. Eine empirische Studie bei Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund in der Schweiz. Bern: Haupt.

Matthes, Joachim (1985): Zur transkulturellen Realitäten erzählanalytischer Verfahren in der empirischen Sozialforschung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 37(1), S. 310-336.

MDK Bayern (Hg.) (2008): Die Soziale Pflegeversicherung: Leistungen, Begutachtung, Qualitätssicherung, gesellschaftspolitische Aspekte. Landsberg: ecomed MEDIZIN.

Mead, George Herbert (1973): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Suhrkamp: Frankfurt am Main.

Medical Service Act (의료법). Online unter: [http://www.law.go.kr/법령/의료법/\(13658,20151229\)](http://www.law.go.kr/법령/의료법/(13658,20151229)) (21.01.2016).

Mey, Günter/ Mruck, Katja (2009): Methodologie und Methodik der Grounded Theory. In: Wilhelm Kempf/ Markus Kiefer (Hg.): Forschungsmethoden der Psychologie. Zwischen naturwissenschaftlichem Experiment und sozialwissenschaftlicher Hermeneutik. Berlin: Irena Regener Verlag, S. 100-152.

Mey, Günter/ Mruck, Katja (2011): Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven. In: Mey, Günter/ Mruck, Katja (Hg.): Grounded Theory Reader. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11-48.

Ministry of Health and Welfare (2004): 2004 년 노인복지시설현황 (Stand sozialer Einrichtungen für Senioren 2004, übersetzt von der Autorin). Seoul.

Ministry of Health and Welfare (2007): 2007 년 노인복지시설현황 (Stand sozialer Einrichtungen für Senioren 2007, übersetzt von der Autorin). Seoul.

Ministry of Health and Welfare (2015a): 2015 년 노인복지시설현황 (Stand sozialer Einrichtungen für Senioren 2015, übersetzt von der Autorin). Sejong.

Ministry of Health and Welfare (2015b): 노인실태조사 (Die Lebenslage älterer Menschen, übersetzt von der Autorin). Sejong.

Münz, Rainer (2000): Migration im Europa des 19. und 20. Jahrhunderts. In: Husa, Karl/ Parnreiter, Christof/ Stacher, Irene (Hg.): Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21- Jahrhunderts? Frankfurt am Main: Brandes und Apsel, S. 177-189.

Na, H. (2014): Die Bedeutung der Familie für südkoreanische ArbeitsmigrantInnen in Deutschland (독일로의 노동이주, 한인 독일노동이주자에게 가족이 갖는 의미, übersetzt von der Autorin). In: No, M./ Yoon, Y./ Jeong, H./ Yu, J./ Na, H. (Hg.): Bergleute und Krankenpflegekräfte, welche nach Deutschland gegangen sind: Zwischen wirtschaftlicher Entwicklung und Auswanderung (독일로 간 광부 · 간호사: 경제개발과 이주 사이에서, übersetzt von der Autorin). Seoul: National Museum of Korea Contemporary History, S. 132-189.

Nam, H.-J. (2005): Die Zukunft der Pflegesicherung in Südkorea. Möglichkeiten und Grenzen des Transfers europäischer Wohlfahrtssysteme. Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften.

National Health Insurance Service (2015): 노인장기요양보험통계연보 2014 (Long Term Care Insurance Statistical Yearbook). Seoul. Online unter: <http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0039/14332> (12.01.2016).

National Human Rights Commission of Korea (2014): 노인요양병원 노인인권상황 실태조사 (Stand der Behandlung des Menschenrechts älterer Patienten im Seniors Convalescent Hospital, übersetzt von der Autorin). Seoul: Selbstverlag.

Nesdale, Drew (2002): Acculturation attitudes and the ethnic and host-country identification of immigrants. In: Journal of applied social psychology 32 (7), S. 1488-1507, Online unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1559-1816.2002.tb01448.x/epdf> (03.12.2015).

Nestler-Tremel, Cornelius/ Tremel, Ulrike (1985): Im Schatten des Lebens. Südkoreaner im Steinkohlenbergbau von Nordrhein-Westfalen – eine Untersuchung zur Rotationspolitik mit ausländischen Arbeitnehmern. Heidelberg: Forschungsstätte der evangelischen Studiengemeinschaft.

Neubauer, Jochen (2011): Türkische Deutsche, Kanakster und Deutschländer. Identität und Fremdwahrnehmung in Film und Literatur: Fatih Akin, Thomas Arslan, Emine Sevgi Özdamar, Zafer Şenocak und Feridun Zaimoğlu. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Nowossadeck, Sonja/ Klaus, Daniela/ Romeu Gordo, Laura/ Vogel, Claudia (2017): Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte. Report Altersdaten 2/2017. Berlin.  
Online unter: [https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report\\_Altersdaten\\_Heft\\_2\\_2017.pdf](https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report_Altersdaten_Heft_2_2017.pdf)  
(10.02.2018).

Nüchtern, Elisabeth/ Gansweid, Barbara/ Gerber, Hans/ Mittelstaedt, Gert von (2017): Teilhabe als Ziel von Sozialmedizin und Pflege. In: Das Gesundheitswesen 79, S. 37-41.

Oerter, Rolf (2013): Der Aufbau kultureller Identität im Spannungsfeld von Enkulturation und Akkulturation. In: Genkova, P./ Ringeisen, T./ Leong, F.T. L. (Hg.): Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS, S. 67-80.

Olbermann, Elke (2011): Relevanz und Perspektiven der Gesundheitsförderung bei älteren MigrantInnen. In: Migration und Soziale Arbeit (01/ 2011), S. 22-28.

Opielka, Michael (2007): Kultur versus Religion? Soziologische Analysen zu modernen Wertkonflikten. Bielefeld: transcript Verlag.

Pak, M.-a. (2000): Patriarchat durch konfuzianische Anstandsnormen. Eine Analyse der traditionellen koreanischen Gesellschaft anhand der Zivilisationstheorie von Norbert Elias. Marburg: Tectum.

Park, K. H. (1996): Erziehung und Leben koreanischer Kinder in Deutschland. Eine empirische Untersuchung. Frankfurt am Main/Berlin/Bern/New York/Paris/Wien: Lang.

Park, K.-S. (2005a): 고령화 사회의 노인문제 (Soziale Probleme alter Menschen in der alternden Gesellschaft, übersetzt von der Autorin). In: Cha, H. B./ Choe, S.-J./ Lee, G.-O./ Yun, H.-S./ Seo, H.-G./ Park, K.-S. (Hg.): 고령화 사회의 장기요양보호 (Pflege in der alternden Gesellschaft, übersetzt von der Autorin). Seoul: Sowha, S. 17-46.

Park, K.-S. (2005b): 장기요양보호 실태조사 개요 (Untersuchung von Pflegesituationen älterer pflegebedürftiger Menschen, übersetzt von der Autorin). In: Cha, H. B./ Choe, S.-J./ Lee, G.-O./ Yun, H.-S./ Seo, H.-G./ Park, K.-S. (Hg.): 고령화 사회의 장기요양보호 (Pflege in der alternden Gesellschaft, übersetzt von der Autorin). Seoul: Sowha, S. 87-126.

Park, Y.-S. (2014): 노인학대범죄 예방을 위한 교정복지적 차원의 효복지제도 활성화 방안 (A Study on the HYO Welfare System Promotion Method of Correctional Welfare Dimension for the Prevention of Aged Abuse Crime). In: 교정복지연구 (Journal of Welfare for the Correction) 34, S. 33-54.

Parnreiter, Christof (2000): Theorien und Forschungsansätze zu Migration. In: Husa, Karl/ Parnreiter, Christof/ Stacher, Irene (Hg.): Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21- Jahrhunderts? Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, S. 25-52.

Paslack, Karin Angelika (2008): 10 Jahre Pflegeversicherung und ambulante pflegerische Versorgung 1995 – 2005: Entwicklung und Perspektiven. Marburg: Tectum Verlag.

Passon, Anna/ Kessler, Josef/ Lungen, Markus (2011): Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Migration und Soziale Arbeit 03/2011, S. 267-273.

Petroglou, Evangelia (2007): Interkulturelle Adaptation und akkulturativer Stress von Immigranten in Griechenland. Dissertation, Trier.

Pflegeversicherungsgesetz (노인장기요양보험법/ Act on Long-Term Care Insurance for the Aged). Online unter: [\(http://www.law.go.kr/법령/노인장기요양보험법/\(13647,20151229\)\)](http://www.law.go.kr/법령/노인장기요양보험법/(13647,20151229)) (05.02.2016).

Pickel, Gert (2011): Religionssoziologie. Eine Einführung in zentrale Themenbereiche. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Platsch, Klaus-Dieter (2005): Psychosomatik in der chinesischen Medizin. München/Jena: Urban & Fischer.

Przyborski, Aglaja/ Wohrab-Sahr, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg Verlag.

PSPD (People's Solidarity for Participatory Democracy) (2014): 노인요양병원 및 노인장기요양제도의 문제와 대안 (Probleme der Seniors Convalescent Hospitals und des Pflegesystems für ältere Menschen und alternative Lösungen, übersetzt von der Autorin). Issue Report. Seoul. Online unter: [\(http://www.peoplepower21.org/PSPD\\_press/1190705\)](http://www.peoplepower21.org/PSPD_press/1190705) (16.12.2015).

Razum, Oliver/ Spallek, Jacob (2012): Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit im Alter. In: Baykara-Krumme, Helen/ Motel-Klingebiel, Andreas/ Schimany, Peter (Hg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS, S. 161-180.

Rehberg, Karl-Siegbert (2008): Der unverzichtbare Kulturbegriff. In: Baecker, Dirk/ Kettner, Matthias/ Rustemeyer, Dirk (Hg.): Über Kultur. Theorie und Praxis der Kulturreflexion. Bielefeld; transcript, S.29-43.

Richtlinie zur Leistungsgewährung der Pflegeversicherung und die Berechnung der Vergütung für die Pflegesachleistungen (장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시, übersetzt von der Autorin). Online unter: <http://www.law.go.kr/행정규칙/장기요양급여제공기준및급여비용산정방법등에관한고시> (19.01.2018).

Riedel, Annette (2007): Professionelle Pflege alter Menschen. Moderne (Alten-) Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reformen der Pflegeberufe. Marburg: Tectum.

Rieger, Elmar (2004): Kultur versus Globalisierung. Sozialpolitische Theologie in Konfuzianismus und Christentum. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Rippl, Susanne/ Seipel, Christian (2008): Methoden kulturvergleichender Sozialforschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft.

Roetz, Heiner (2006) (3. Auflage): Konfuzius. München: Beck.

Rohr, Margund K./ Lang, Frieder R. (2011): Familie und Pflege im höheren Erwachsenenalter: Motivationale Prozesse der Gestaltung von Pflegebeziehungen. In: Bertram, Hans/ Ehlert, Nancy (Hg.): Familie, Bindungen und Fürsorge. Familiärer Wandel in einer vielfältigen Moderne. Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich, S. 299-320.

Sahyazici, Fidan (2011): Die psychische Gesundheit von älteren türkischen MigrantInnen in Deutschland. In: Migration und Soziale Arbeit 33 (1), S. 14-21.

Salomon, Jutta (2009): Häusliche Pflege zwischen Zuwendung und Abgrenzung. Wie lösen pflegende Angehörige ihre Probleme? Eine Studie mit Leitfaden zur Angehörigenberatung. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Scheib, Valentina Veneto (2012): Psychische kranke Migrantinnen und Migranten – Gender-spezifische Risiko- und Resilienzfaktoren. In: Migration und Soziale Arbeit 34 (2), S. 167-174.

Schellhorn, Helmut (2017): Soziale Pflegeversicherung. In: Fasselt, Ursula & Schellhorn, Helmut (Hg.): Handbuch Sozialrechtsberatung. Baden-Baden: Nomos, S. 76-85.

Schenk, Liane (2011): Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. Online unter: [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht\\_Vorstellungen\\_Stationaeren\\_Pflege\\_Migrationshintergrund.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Vorstellungen_Stationaeren_Pflege_Migrationshintergrund.pdf) (10.02.2018).

Schilling, Johannes (1997): Soziale Arbeit. Entwicklungslinien der Sozialpädagogik/ Sozialarbeit. Neuwied · Kriftel · Berlin: Luchterhand.

Schimany, Peter/ Rühl, Stefan/ Kohls, Martin (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Schmalz-Jacobsen, Cornelia/ Hansen, Georg/ Polm, Rita (1997): Kleines Lexikon der ethnischen Minderheiten in Deutschland. München: C.H.Beck.

Schmid, Stefan (2010): Integration als Ideal – Assimilation als Realität. Vorstellungen von jungen Deutschen und türkischstämmigen Migranten über ein Leben in Deutschland. Göttingen: V & R Unipress.

Schmidt, Anke Marie (2008): Vom „Gastarbeiter“ zum Rentner. Pflegebedarf und Betreuung älterer türkischer Migranten in Berlin. München: GRIN Verlag.

Schmidt, Stephan (2005): Die Herausforderung des Fremden. Interkulturelle Hermeneutik und konfuzianisches Denken. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Schneekloth, Ulrich (2006): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, Ulrich/ Wahl, Hans-Werner (Hg.): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer, S. 57-102.

Schönpflug, Ute (2005): Ethnische Identität und Integration. In: Fuhrer, Urs/ Uslucan, Haci-Halil (Hg.): Familie, Akkulturation und Erziehung. Migration zwischen Eigen- und Fremdkultur. Stuttgart: W. Kohlhammer, S. 206-225.

- Schons, Jennifer (2009): Das narrative und problemzentrierte Interview: Eine Gegenüberstellung. München: GRIN Verlag.
- Schütz, Alfred (1972): Der Fremde. In: Schütz Alfred. Gesammelte Aufsätze. Bd. 2: Studien zur soziologischen Theorie. Den Haag: Martinus Nijhoff, S. 53-69.
- Schütz, Alfred/ Luckmann, Thomas (1994): Strukturen der Lebenswelt. Band I. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Seidl, Norbert/ Horn, Annett (2011): Ambulante Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund. In: Migration und Soziale Arbeit, 33 (1), S, 52-56.
- Seo, S.-K. (2000): Familien im Übergang. Der soziale Wandel von Eltern-Kind-Beziehungen in Südkorea. Aachen: Shaker.
- Seok, J.-E. (1999): 우리 나라 장기요양보호 정책의 쟁점과 발전방향 (Pflegepolitik und deren Weiterentwicklung in Südkorea, übersetzt von der Autorin). In: 보건복지포럼 (Health and Welfare Forum), S. 36-48.
- Shim, Y. (1974): Aspekte der soziokulturellen Einordnung koreanischer Krankenpflegekräfte in Deutschland. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Shin, H. J. (2009): 노인장기요양보험제도의 현금급여 도입 필요성 (Estimating the Willingness-To-Accept for Cash Benefit of Long-Term Care Insurance). In: 한국노년학 (Journal of the Korean Gerontological Society) 29 (1), S. 177-194.
- Shin, K.-S.-G./ Han, G.-H. (2011): 장기요양노인 가족수발자의 부양 실태에 관한 연구: 배우자 수발자와 자녀 수발자의 비교를 중심으로 (Family Caregivers of the Impaired Elderly: A Comparison between Spouses and Adult Children). In: 한국지역사회생활과학회지 (The Korea Journal of Community Living Science) 22 (1), S. 35-51.
- Simmel, Georg (1992): Exkurs über den Fremden. In: Loycke, Almut (Hg.): Der Gast, der bleibt. Dimensionen von Georg Simmels Analyse des Fremdseins. Frankfurt am Main. Campus, S. 9-16.
- Simon, Michael (1985): Deutsch-koreanische Familien. Ein Beitrag zum Studium kultureller Mischehen. Münster: Lit.

Sin, S.-S./ Chang, J.-Y./ Jeong, J.-M. (2014): 요양보험 안되는 요양병원 ... 환자들 돈 때문에 옮긴다 (Keine Vergütung der Leistungen in einem Seniors Convalescent Hospital durch die Pflegeversicherung. Patienten ziehen um, übersetzt von der Autorin). In: 중앙일보 (Korea Joongang Daily), vom 19.06.2014, S. 8. Online unter: <http://news.joins.com/article/15004404> (25.01.2016).

Smolka, Adelheid (2006): Organisationsübergreifende Kooperation und Vernetzung in der ambulanten Versorgung alter Menschen – Institutionelle und ressourcenbezogene Determinanten der Reaktionen von Organisationen auf Kooperationsforderungen. Frankfurt am Main/Berlin/Bern/Bruxelles/New York/Oxford/Wien: Peter Lang.

Song, D.-y. (2004): 부양의식을 통해 본 노인부양지원정책 방향성: 기혼여성의 부양경험을 중심으로 (The Consciousness of Family Caregiving Among Women and Elder-care Policy). In: 사회복지정책 (Social Welfare Policy) 19 (8), S. 207-233.

Spallek, Jacob/ Razum, Oliver (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer, Ullrich/ Bittlingmayer, Uwe H./ Richter, Matthias (Hg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 271-288.

Spallek, Jacob/ Zeeb, Hajo (2010): Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Hegemann, Thomas/ Salman, Ramazan (Hg.): Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 58-68.

Stanjek, Karl (2007): Vermittlung der transkulturellen Pflege in der Aus- und Weiterbildung. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber, S. 323-339.

Statistics Korea (2003): 2002 년 사회통계조사결과 (가족, 복지, 노동부문) (Statistik der sozialen Bereiche von Familie, Fürsorge und Arbeit 2002, übersetzt von der Autorin). Online unter: [ttp://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/6/3/index.board?bmode=read&aSeq=22542](http://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/3/index.board?bmode=read&aSeq=22542) (21.12.2015).

Statistics Korea (2014): 2014 고령자 통계 (Statistik älterer Menschen 2014, übersetzt von der Autorin). Online unter: [ttp://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=330349](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=330349) (07.01. 2016).

Statistics Korea (2015a): 2015 고령자 통계 (Statistik älterer Menschen 2015, übersetzt von der Autorin). Online unter: [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=348565](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=348565), (07.01.2016).

Statistics Korea (2015b): 2014 년 인구동태통계연보(Annual Report on Live Births and Deaths Statistics 2014). Daejeon. Online unter: [http://kosis.kr/ups/ups\\_01List.jsp?pubcode=CC](http://kosis.kr/ups/ups_01List.jsp?pubcode=CC) (02.02.2016).

Statistisches Bundesamt (2005): Bericht. Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn. Online unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialpflege/Bericht2003.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialpflege/Bericht2003.pdf?__blob=publicationFile) (22.07.2016).

Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001079004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001079004.pdf?__blob=publicationFile) (07.07.2016).

Statistisches Bundesamt (2011): Im Blickpunkt: Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden. Online unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BlickpunktAeltereMenschen1021221119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BlickpunktAeltereMenschen1021221119004.pdf?__blob=publicationFile) (19.06.2016).

Statistisches Bundesamt (2015a): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf> (25.03.2016).

Statistisches Bundesamt (2015b): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Wiesbaden. Online unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Vorausberechnung/Bevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Vorausberechnung/Bevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?__blob=publicationFile) (25.03.2016).

Statistisches Bundesamt (2015c): Die Generation 65+ in Deutschland. Wiesbaden. Online unter: [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebrochure\\_generation65.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebrochure_generation65.pdf?__blob=publicationFile) (19.06.2016).

Statistisches Bundesamt (2015d): Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege. Wiesbaden. Online unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPflege5221020137004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPflege5221020137004.pdf?__blob=publicationFile) (25.03.2016).

Statistisches Bundesamt (2016a): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegebedürftige 2013. Wiesbaden. Online unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002139004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002139004.pdf?__blob=publicationFile) (25.03.2016).

Statistisches Bundesamt (2016b): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich-Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101139004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101139004.pdf?__blob=publicationFile) (22.07.2016).

Steinbach, Iris (2011): Interkulturelle Pflege. Hamburg: Behr's Verlag.

Stolle, Christa (1990): Hier ist ewig Ausland. Lebensbedingungen und Perspektiven koreanischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Strauss, Anselm/ Corbin, Juliet (1996): Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags.

Strübing, Jörg (2010): Grounded Theory – ein pragmatistischer Forschungsstil für die Sozialwissenschaften. Online unter: [https://content-select.com/media/moz\\_viewer/5282482b-36a0-460c-a4c1-11372efc1343/language:de](https://content-select.com/media/moz_viewer/5282482b-36a0-460c-a4c1-11372efc1343/language:de) (27.11.2017).

Strübing, Jörg (2011): Zwei Varianten von Grounded Theory? Zu den methodologischen und methodischen Differenzen zwischen Barney Glaser und Anselms Strauss. In: Mey, Günter/ Mruck, Katja (Hg.): Grounded Theory Reader. Wiesbaden: Springer, S. 261-277.

Sunwoo, D. (2004): 노인 장기요양시설 및 장기요양서비스 (Pflegeeinrichtungen und Pflegeleistungen für ältere Menschen, übersetzt von der Autorin). In: 대학병원협회지 (Journal of the Korean Hospital Association) 33 (4), S. 23-32.

Sunwoo, D. (2014): 노인장기요양시설 평가결과와 시사점 (Ergebnis der Überprüfung von stationären Pflegeeinrichtungen und deren Folgen, übersetzt von der Autorin). Forschungsbericht, Seoul: 한국보건사회연구원 (Korea Institute for Health and Social Affairs).

Supper, Sylvia (1999): Minderheiten und Identität in einer multikulturellen Gesellschaft. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Tezcan-Güntekin, Hürrem/ Breckenkamp, Jürgen/ Razum, Oliver (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Bielefeld: Institut für Innovationsstransfer (IIT) an der Universität Bielefeld. Online unter: [https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Integrationsgipfel/Integrationsgipfel-2015/2015-11-16-svr-studie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Integrationsgipfel/Integrationsgipfel-2015/2015-11-16-svr-studie.pdf?__blob=publicationFile&v=6) (13.02.2018).

Tezcan-Güntekin, Hürrem/ Breckenkamp, Jürgen (2017): Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund. In: GGW 17 (2), S. 15-23. Online unter: [https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/wido\\_ggw\\_0217\\_tezcan-guentekin\\_breckenkamp\\_0617.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_0217_tezcan-guentekin_breckenkamp_0617.pdf) (10.02.2018).

Thomas, Alexander/ Utler, Astrid (2013): Kultur, Kulturdimensionen und Kulturstandards. In: Genkova, Petia/ Ringeisen, Tobias/ Leong, Frederick T.L. (Hg.): Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 41-58.

Tölle, Domenica (1996): Altern in Deutschland 1815-1933. Eine Kulturgeschichte. Graftschaft: Vektor-Verlag.

Trommsdorff, Gisela (2008): Kultur und Sozialisation. In: Hurrelmann, Klaus/ Grundmann, Matthias/ Walper, Sabine (Hg.): Handbuch Sozialisationsforschung. Weinheim/Basel: Beltz, S. 229-239.

Unschuld, Paul U. (2013): Traditionelle Chinesische Medizin. München: C.H.Beck.

Uslucan, Haci-Halil (2005): Chancen von Migration und Akkulturation. In: Fuhrer, Urs/ Uslucan, Haci-Halil (Hg.): Familie, Akkulturation und Erziehung. Migration zwischen Eigen und Fremdkultur. Stuttgart: Kohlhammer, S. 226-242.

Uzarewicz, Charlotte (1998): Zur Problematik des Kulturbegriffs und das Phänomen des Fremden: Überlegungen zu theoretisch-konzeptionellen Grundlagen der transkulturellen Pflege als Gegenstand der Lehre. In: Pflege 11 (3), S. 156-160.

Uzarewicz, Charlotte (2002): Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege. Kurzbeschreibung. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bonn. Online unter: [https://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/uzarewicz02\\_01.pdf](https://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/uzarewicz02_01.pdf) (06.02.2014).

Uzarewicz, Charlotte (2003): Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege. In: Friebe, Jens/ Zalucki, Michaela (Hg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 29-46.

Uzarewicz, Charlotte (2007): Ethnologische Gesundheitsarbeit und transkulturelle Pflege. In: Schmidt-Lauber, Brigitta (Hg.): Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder. Berlin: Reimer, S. 293-301.

Verordnung zum Pflegeversicherungsgesetz (노인장기요양보험법 시행령, übersetzt von der Autorin). Online unter: [http://www.law.go.kr/법령/노인장기요양보험법시행령/\(26805,20151230\)](http://www.law.go.kr/법령/노인장기요양보험법시행령/(26805,20151230)) (11.01.2016).

Volkert, Marieke/Risch, Rebekka (2017): Altenpflege für Muslime – Informationsverhalten und Akzeptanz von Pflegearrangements. Im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Working Paper 75 des Forschungszentrums des Bundesamtes, Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online unter: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp75-altenpflege-muslime.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp75-altenpflege-muslime.pdf?__blob=publicationFile) (13.02.2018).

Vorschrift zum Medical Service Act (의료법 시행규칙, übersetzt von der Autorin). Online unter: [http://www.law.go.kr/법령/의료법시행규칙/\(00388,20151231\)](http://www.law.go.kr/법령/의료법시행규칙/(00388,20151231)) (21.01.2016).

Walhalla Fachredaktion (2016): PSG II, NBS – Pflegereform 2016/ 2017. Das neue SGB XI. Vergleichende Gegenüberstellung/ Synopse Gesetzesmaterialien und Erläuterungen zum Pflegestärkungsgesetz II. Regensburg: Walhalla Verlag.

Waller, Heiko (2002): Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.

Wandt, Christina (2014): Neues Glück für das koreanische Zentrum in Essen-Kray. In: Waz. Online unter: <https://www.waz.de/staedte/essen/neues-glueck-fuer-das-koreanische-zentrum-in-essen-kray-id8829389.html> (15.12.2016).

Welfare of Older Persons Act (노인복지법, übersetzt von der Autorin). Online unter: [\(http://www.law.go.kr/법령/노인복지법/\(13646,20151229\)\)](http://www.law.go.kr/법령/노인복지법/(13646,20151229)) (29.02.2016).

Welsch, Wolfgang (2012): Was ist eigentlich Transkulturalität? In: Kimmich, Dorothee/ Schahadat, Schamma (Hg.): Kulturen in Bewegung. Beiträge zur Theorie und Praxis der Transkulturalität. Bielefeld: transcript, S. 25-40.

Werner, Burkhard (2014): Geschichte und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. In: Brandenburg, Hermann/ Bode, Ingo/ Werner, Burkhard (Hg.): Soziales Management in der stationären Altenhilfe. Kontexte und Gestaltungsspielräume. Bern: Hans Huber, S. 19-60.

Westphal, Manuela (2006): Sozialisations- und Integrationsprozesse von Jugendlichen mit Migrationshintergrund. In: Spies, Anke/Tredop, Dietmar (Hg.): "Risikobiografien". Benachteiligte Jugendliche zwischen Ausgrenzung und Förderprojekten. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 57-68.

Wilkens, Ingrid (2008): MigrantInnen mit Behinderung – Ein Problemaufriss. In: Migration und Soziale Arbeit (3/4), S. 298-301.

Wilson, Thomas P. (1973): Theorien der Interaktion und Modelle soziologischer Erklärung. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie. Hamburg: Rowohlt, S. 54-79.

Witzel, Andreas (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung – Theories, Methods, Spplications, 1(1), S. 1-9. Online unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520> (15.03.2014).

Yilmaz-Aslan, Y./ Brzoska, P./ Berens, E.-M./ Salman, R./ Razum, O. (2013): Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46, S. 346-352.

Yim, S. H. (1961): Die Grundlage und die Entwicklung der Familie in Korea. Dissertation, Universität Köln.

Yoo, D.-J. (1975): Die Situation koreanischer Krankenpflegekräfte in der Bundesrepublik Deutschland und ihre sozialpädagogischen Probleme. Eine empirische Untersuchung an 687 koreanischen Krankenpflegekräften und 309 deutschen Ärzten und Krankenpflegekräften. Kiel: Dissertation.

Yoo, J. (2015): 지역사회 장기요양서비스 공급에 따른 장기요양시설 충족률 (The Supply of Long-Term Care Service and a Registration Ratio of Nursing Homes). In: 보건사회연구 (Health and Social Welfare Review) 35 (1), S. 330-362.

Yoo, J.-S. (1996): Koreanische Immigranten in Deutschland. Interessenvertretung und Selbstorganisation. Hamburg: Kovač.

Yoo, T.-S. (1981): Koreanerinnen in Deutschland. Eine Analyse zum Akkulturationsverhalten am Beispiel der Kleidung. Münster: Coppenrath.

Yuan, Heping (2009): Chinesische Pulsdiagnostik. München/Jena: Urban & Fischer.

Zeman, Peter (2005): Pflege in familialer Lebenswelt. In: Schroeter, Klaus R./ Rosenthal, Thomas (Hg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim/München: Juventa, S. 247-262.

Zeman, Peter (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten in der Altenhilfe und kommunalen Alterspolitik. In: Baykara-Krumme, Helen; Motel-Klingebiel, Andreas/ Schimany, Peter (Hs.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 449-465.

Zhang, Wei (2005): Sozialwesen in China. Hamburg: DR. KOVAČ.

Zick, Andreas (2010): Psychologie der Akkulturation. Neufassung eines Forschungsbereiches. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Zielke-Nadkarni, Andrea (2007): Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber, S. 191-204.

Zoll, Ralf (Hg.) (1997): Die soziale Lage älterer MigrantInnen in Deutschland. Münster: Lit.

Zwengel, Almut (2010): Von kulturellen Differenzen zur Kultur der Differenz. Überlegungen zu einem Paradigmenwechsel. In: Müller, Marion/ Zifonun, Dariuš (Hg.): Ethnowissen. Soziologische Beiträge zu ethnischer Differenzierung und Migration. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 451-463.

Diese Studie beleuchtet Erwartungen und Vorstellungen älterer südkoreanischer ArbeitsmigrantInnen in Hinblick auf eine etwaige spätere Hilfsbedürftigkeit im Alter sowie die für sie denkbaren Unterstützungsarrangements. Dies wird als Pflegehorizont konzipiert. Gezeigt wird, dass diesbezüglich bei dieser MigrantInnengruppe spezifische Konstellationen auftreten, die zunächst die informelle (häusliche) Pflege betreffen und im Weiteren auch Optionen für eine formelle (stationäre) Versorgung. Dabei repräsentiert ersteres einen ‚nahen‘ und letzteres einen ‚fernen‘ Pflegehorizont. Deutlich wird zugleich, dass verschiedene Faktoren für die Bildung solcher Horizonte relevant sind und in je unterschiedlicher Weise dazu führen, dass sich die Horizonte öffnen oder schließen: Einflussreich sind die antizipierte Unterstützungskapazität (und ihren Grenzen) im informellen sozialen Umfeld, ferner die Wahrnehmung formeller Hilfefpotenziale und der eingeübte Lebensstil sowie Erwartungen bezüglich des sozialen Lebens in Pflegesettings und der Versorgungsqualität. Vor allem der ferne Pflegehorizont bildet sich im Zuge einer intensiven Auseinandersetzung mit der eigenen Position als MigrantIn, im Spannungsfeld zwischen der Kultur des Herkunftslands und jener der Aufnahmegesellschaft.

ISBN 978-3-7376-0590-8



9 783737 605908 >