



**Beobachtungsstelle für
gesellschaftspolitische
Entwicklungen in Europa**

Pflegekräftemigration aus den neuen EU-Mitgliedstaaten nach Deutschland

**Entwicklungslinien, Zukunftsperspektive und
verantwortliche Faktoren**

Alejandro Rada
alejandro.rada@iss-ffm.de

Oktober 2016

Zusammenfassung

Seit den 2000er Jahren hat die transnationale Migration von Pflegekräften in die westlichen EU-Mitgliedstaaten wesentlich dazu beigetragen, Fachkräftengpässen in der Pflegebranche entgegenzuwirken. Angesichts der Bedeutung der Migration für eine nachhaltige formelle Pflegeversorgung wurden in Deutschland institutionelle Maßnahmen zur Anwerbung von ausländischen Pflegefachkräften eingeleitet. Vor diesem Hintergrund setzt sich das vorliegende Arbeitspapier mit den zentralen Entwicklungslinien der Migration aus den neuen EU-Mitgliedstaaten nach Deutschland auseinander. Darüber hinaus wird perspektivisch beleuchtet, wie sich der Bedarf an Pflegedienstleistungen in ausgewählten osteuropäischen Regionen entwickelt. Die zentralen Faktoren, die für die innereuropäische Migration im Pflegebereich verantwortlich sind, werden ebenfalls diskutiert. Hervorzuheben sind folgende Ergebnisse:

- Die Anzahl an zugewanderten Erwerbstätigen im Gesundheits- und Pflegebereich wächst in Deutschland überproportional gegenüber der Gruppe ohne Migrationshintergrund. Die Pflegekräfte aus den neuen EU-Mitgliedstaaten stellen den wichtigsten Antrieb dieser Entwicklung dar.
- Polen ist das häufigste Herkunftsland von zugewanderten Erwerbstätigen im deutschen Gesundheits- und Pflegebereich: Jede fünfte zugewanderte in der Pflegebranche erwerbstätige Person stammt aus Polen. Im Vergleich dazu spielt die Zuwanderung aus anderen Visegrád-Staaten (Tschechien, Slowakei und Ungarn) keine derart bedeutende Rolle. Die Pflegekräfte aus den Visegrád-Staaten sind bei der Zuwanderung überwiegend unqualifiziert.
- Aktuell zeigen demografische Indikatoren einen unterdurchschnittlichen Bedarf an Pflegeleistungen in den Visegrád-Staaten im Vergleich zu anderen EU-Mitgliedstaaten. Dieser Bedarf wird jedoch in den kommenden Jahren rasant zunehmen. Im Vergleich zu west- und nördlichen EU-Mitgliedstaaten weisen die Visegrád-Staaten einen deutlich geringeren Anteil an Gesundheits- und Pflegefachkräften an der Bevölkerung auf.
- Aktuell zählt Deutschland zu den EU-Mitgliedstaaten mit dem größten Anteil der im Ausland ausgebildeten Gesundheits- und Pflegefachkräfte.
- In den meisten EU-Mitgliedstaaten ist die Anzahl der im Ausland geborenen Gesundheits- und Pflegefachkräfte deutlich höher als die Anzahl der im Ausland ausgebildeten Gesundheits- und Pflegefachkräfte. Die Aus- und Weiterbildung der zugewanderten Pflegekräfte wird also in Teilen von den Empfängerstaaten übernommen. Dementsprechend kann eine schrittweise Substitution der im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte durch solche, die im Inland ausgebildet wurden, beobachtet werden.
- Zentrale Migrationsfaktoren, die die Auswanderung von Pflegekräften aus den Visegrád-Staaten nach Deutschland beeinflussen, sind u. a. die geografische Nähe, transnationale Verkehrs- und Kommunikationsmöglichkeiten sowie die gesellschaftliche und kulturelle Akzeptanz gegenüber östlichen Pflegekräften. Die legislative Entwicklung hin zu einem integrierten Arbeitsmarkt in der EU fördert ferner die Zuzüge von mittel- und osteuropäischen Pflegekräften nach Deutschland und zugleich den innereuropäischen Wettbewerb um Pflegekräfte.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Pflegemigration aus quantitativer Perspektive	2
2.1	Migration zur Ausübung von Pflēgetätigkeiten im formellen Pflegebereich	4
2.2	Migration zur Ausübung von Pflēgetätigkeiten im informellen Pflegebereich	9
2.3	Migration von Pflegefachkräften zur Ausübung von Tätigkeiten im formellen Pflegebereich	10
2.4	Pflegemigration im EU-Vergleich	12
3	Pflegebedarf in den Visegrád-Staaten	16
3.1	Nachfrage nach Pflegeleistungen	17
3.2	Angebot von Gesundheits- und Pflegefachkräften am Pflegearbeitsmarkt	19
4	Push and Pull Faktoren der innereuropäischen Migration im Pflegebereich	21
4.1	Mikroebene – Migrationsmotivationen für Pflegekräfte	22
4.2	Makroebene – Pflegekräftemigration im EU-Kontext	23
5	Schlussfolgerungen und Zukunftsperspektive	24
6	Literaturverzeichnis	26

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Betrachtete Migrationskonstellationen im Pflegebereich	3
Abbildung 2: Zugewanderte Erwerbstätige in Pflegeberufen nach Herkunftsland (2015)	5
Abbildung 3: Wachstumsrate der zugewanderten erwerbstätigen Ausländerinnen und Ausländer in Pflegeberufen (Index 2012 = 100)	6
Abbildung 4: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in den Berufen der Altenpflege	8
Abbildung 5: Wachstumsrate (2013-2015) der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Berufen der Altenpflege –nach Anforderungsniveau und Staatsangehörigkeit	9
Abbildung 6: Anerkannte ausländische Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe nach Ausbildungsorten in der EU (2014)	12
Abbildung 7: Anteil der im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte an der Gesamtheit in ausgewählten europäischen Staaten	14
Abbildung 8: Im Ausland geborene erwerbstätige Pflegekräfte nach Staatsangehörigkeit (2010/11)	15
Abbildung 9: Anteil der gemeldeten im Ausland geborenen 24-Stunden-Langzeitpflegekräfte im Pflegebereich (2012/13)	16
Abbildung 10: Prognose zur Entwicklung des Altenquotienten (2014-2050)	19
Abbildung 11: Gesundheits- und Pflegefachkräfte im formellen Bereich pro 1.000 Einwohner in ausgewählten EU-Mitgliedstaaten	20
Abbildung 12: Durchschnittliche Bruttoverdienste im Gesundheits- und Sozialwesen in ausgewählten EU-Mitgliedstaaten in Euro, 2009 (unter Berücksichtigung der Kaufkraftparitäten)	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zentrale Indikatoren zur Alterung der Gesellschaft in den Visegrád-Staaten 2014	18
Tabelle 2: Push and Pull Faktoren der innereuropäischen Pflegekräftemigration nach Deutschland	22

1 Einleitung

In etlichen EU-Mitgliedstaaten steigt die Nachfrage nach Pflegefachkräften überproportional gegenüber dem Ausbau des Arbeitsmarkts im formellen Pflegebereich (Reymen et al. 2015: 47).¹ Es ist weithin bekannt, dass Deutschland hierbei keine Ausnahme darstellt. Diese Situation führt zu einem kontinuierlich wachsenden Fachkräftemangel: Anhand von Modellrechnungen prognostizierte das Statistische Bundesamt gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) einen ungedeckten Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften in Höhe von 135.000 bis 214.000 Pflegevollzeitkräften bis zum Jahr 2025 (vgl. Afentakis et al. 2012).² In der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ der Bundesregierung unter Federführung des BMFSFJ wurden verschiedenste Maßnahmen mit dem primären Ziel vereinbart, den Pflegeberuf aufzuwerten und die Bedingungen zu verbessern, sodass sich mehr junge Menschen in Deutschland für den Pflegeberuf entscheiden. Breiter Konsens in der Fachöffentlichkeit besteht jedoch darüber, dass das in Deutschland vorhandene Potenzial an Pflegefachkräften nicht zur Bedarfsdeckung ausreichen wird (BMWl 2012: 10). Dementsprechend wurden im Rahmen der Offensive konkrete Maßnahmen und Pilotprojekte zur Gewinnung von Pflegefachkräften aus EU-Mitgliedstaaten sowie Drittstaaten gefördert (BMFSFJ 2015: 124).³

In diesem Kontext zeigt sich die Bedeutung der transnationalen Migration, insbesondere aus den EU-Mitgliedstaaten, für die Nachhaltigkeit der formellen Pflegeversorgung in Deutschland. Die EU-Arbeitsmarktintegration und die entsprechenden Maßnahmen auf EU-Ebene zur Förderung der innereuropäischen Qualifikationsanerkennung und Vermittlung von Fachkräften tragen in Deutschland dazu bei, dem Fachkräftemangel im Pflegebereich entgegenzuwirken. Dabei sind die neuen mittel- und osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten traditionell wichtige Herkunftsländer von Pflege(fach)kräften, sei es in einer dauerhaften Beschäftigung in Deutschland oder in Form der Entsendung über Arbeitsagenturen.⁴ Arbeitsmigrantinnen und -migranten aus ehemaligen realsozialistischen Regimen, insbesondere Polen, stellen derzeit den Großteil der zugewanderten Arbeitskräfte in der formellen Pflegeversorgung in Deutschland dar. Gleichzeitig stehen die Pflegesysteme der mittel- und osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten vor demografischen und (pflege)politischen Herausforderungen für die eigene Sicherung von Pflegefachkräften. Trotz der im europäischen Vergleich relativ jungen Bevölkerung führt der demografische Wandel auch in dieser Region zu einer steigenden Nachfrage nach Pflegekräften. Zudem sind die Pflegeregime der neuen EU-Mitgliedstaaten weiterhin unterentwickelt und fragmentiert. Diese Problematik führt zu Reformdiskussionen über die Verbesserung der Pflegesysteme und Arbeitsbedingungen in pflegerischen Berufen auch in den neuen EU-Mitgliedstaaten, um u. a. die Fachkräfte im jeweiligen Land zu halten (vgl. Perek-Białas/Raclaw 2014

1 Laut der zitierten Studie im Auftrag des EU-Parlaments sind aktuell die EU-Mitgliedstaaten Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Irland, Kroatien, Litauen, Malta, die Niederlande, Österreich und Schweden vom Fachkräftemangel im Pflegebereich besonders betroffen.

2 Der Fachkräfteengpass ist regional unterschiedlich ausgeprägt, es kann jedoch von einem bundesweiten Fachkräfteengpass gesprochen werden.

3 Solche Maßnahmen und Pilotprojekte richten sich nach dem WHO-Verhaltenskodex zur Rekrutierung ausländischer Gesundheitsfachkräfte. Die *World Health Organisation* (WHO) verabschiedete 2010 einen Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitskräften. Der WHO-Verhaltenskodex empfiehlt, auf die Rekrutierung von Gesundheits- und Pflegekräften aus bestimmten Ländern zu verzichten, die einen akuten inländischen Fachkräftemangel im Gesundheits- und Pflegebereich ausweisen (vgl. hierzu Angenendt et al. 2014)

4 Häufig arbeiten die fast ausschließlich weiblichen Pflegerinnen zudem als Haushaltshilfen, die eine umfassende häusliche Betreuung anbieten können. Dabei ist die Dunkelziffer der Schwarzarbeit erheblich (vgl. Kniejska 2015; Körner 2014).

und et al. 2014). Vor diesem Hintergrund wird von einem Wettbewerb um potenzielle Pflegefachkräfte auf dem integrierten europäischen Arbeitsmarkt gesprochen, in dem Deutschland mit traditionellen Entsendeländern sowie mit anderen Empfängerländern steht (vgl. Royal College of Nursing 2015; OECD 2015). Das vorliegende Arbeitspapier betrachtet die Einwanderung von Pflege(fach)kräften in ihrer Entwicklung, mit einem besonderen Fokus auf mittel- und osteuropäischen Staaten, insbesondere den sogenannten Visegrád-Staaten.⁵ Ziel ist es, die wichtigsten Entwicklungslinien der Migration im Pflegebereich zu untersuchen sowie demografische und gesellschaftliche Faktoren zu identifizieren, die derzeit die Migrationsströme von Pflegefachkräften im EU-Binnenmarkt gestalten und in Zukunft eine relevante Rolle im europäischen Pflegearbeitsmarkt spielen werden.

An erster Stelle wird das Ausmaß der Migration von Pflege(fach)kräften nach Deutschland quantitativ untersucht. Hierfür werden verschiedene amtliche Sekundärdatensätze zur Beschäftigung von ausländischen Pflegekräften herangezogen und ausgewertet. Nachstehend wird die demografische Entwicklung in den Visegrád-Staaten skizziert, die den Bedarf nach Pflegedienstleistungen und Pflege(fach)kräften langfristig bestimmen wird (Kapitel 3). Zuletzt werden die wesentlichen Faktoren der Migration von Pflegekräften im Rahmen einer *Push and Pull* Analyse untersucht (Kapitel 4). Im Rahmen dieser Analyse wird einerseits diskutiert, welche Faktoren den Pflegeberuf in Deutschland für Pflegekräfte aus anderen EU-Mitgliedstaaten attraktiv gestalten und andererseits, welche Faktoren neben den ökonomischen für die Auswanderung von Pflegefachkräften verantwortlich sind.

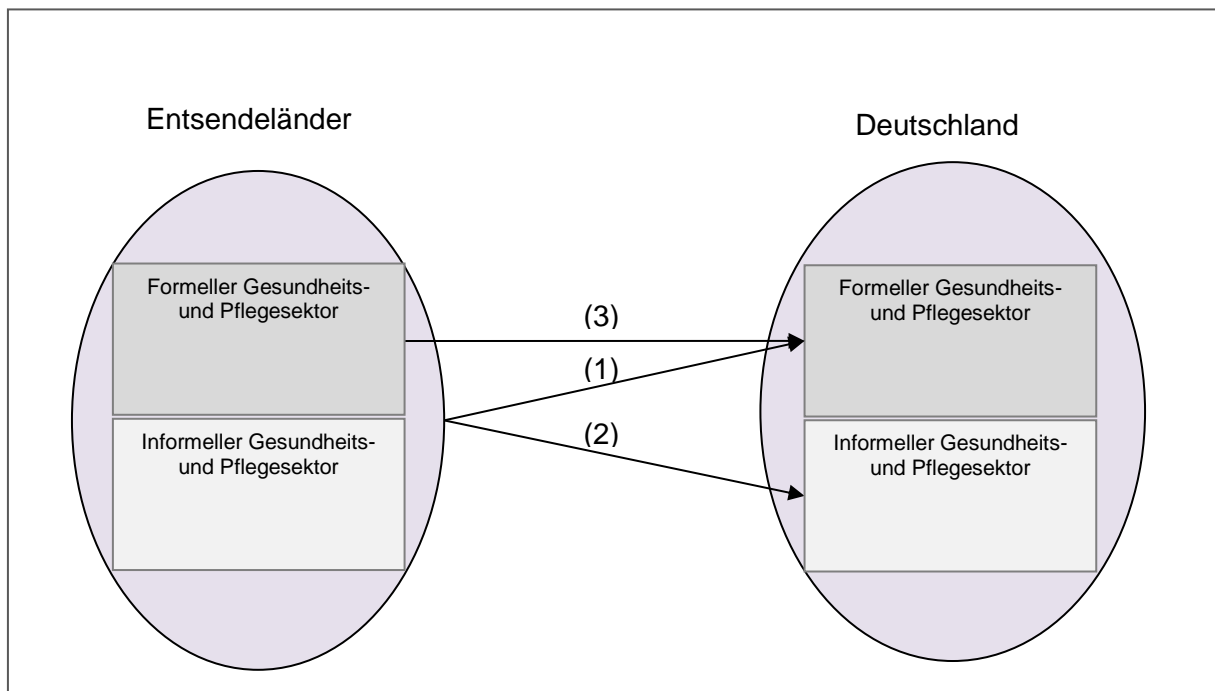
2 Pflegemigration aus quantitativer Perspektive

Mit Fokus auf Deutschland werden zunächst verschiedene Datensätze auf nationaler Ebene ausgewertet, die einen quantitativen Überblick über die Migration im Pflegebereich ermöglichen. Ziel ist es, bestehende quantitative Sekundärdaten zur Migration im deutschen Pflegebereich einzuordnen. Hierfür werden die aktuelle Dimension und die Entwicklung dreier ausgewählter Migrationskonstellationen im Pflegebereich abgebildet. Die Analyse beruht auf dem Forschungsmodell von Migrationsströmen im Gesundheits- und Pflegesektor von Diallo (2004) und betrachtet folgende Migrationskonstellationen (vgl. Abbildung 1):

- (1) Migration zur Ausübung von Pflgetätigkeiten im *formellen* Pflegebereich
- (2) Migration zur Ausübung von Pflgetätigkeiten im *informellen* Pflegebereich
- (3) Migration von ausländischen *Pflegefachkräften* zur Ausübung von Pflgetätigkeiten im *formellen* Pflegebereich

5 Die Auswahl der zu untersuchenden Staaten erfolgt nach dem *most similar system* design: Die EU-Beitrittsstaaten 2004 der Visegrád-Gruppe (Polen, Tschechien, Slowakei und Ungarn) teilen eine gemeinsame realsozialistische Geschichte und stehen im gegenseitigen Erfahrungsaustausch bei der Modernisierung ihrer Wirtschafts- und Sozialsysteme.

Abbildung 1: Betrachtete Migrationskonstellationen im Pflegebereich



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Diallo (2004).

Die Quantifizierung der ersten Migrationskonstellation (1) bzw. der Migration im formellen Pflegebereich (Kapitel 2.1) beruht auf Auswertungen des Mikrozensus vom Statistischen Bundesamt und auf Arbeitsmarktdaten der Bundesagentur für Arbeit. Mittels dieser Statistiken wird die Erwerbstätigkeit in Pflegeberufen von zugewanderten Arbeitskräften sowie die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von ausländischen Arbeitskräften in Altenpflegeberufen erfasst. Für die Quantifizierung der zweiten Migrationskonstellation (2) bzw. der Migrantinnen und Migranten am informellen Arbeitsmarkt (Kapitel 2.2) sind keine amtlichen Daten abrufbar. Hierfür werden Sekundärdaten verschiedener Forschungsprojekte zu diesem Thema zugrunde gelegt. Für die Erfassung eines quantitativen Bildes der dritten Migrationskonstellation (3) bzw. der Zuwanderung ausgebildeter Pflegefachkräfte (Kapitel 2.3) werden amtliche Datensätze zu den Angaben der Ausbildungsanerkennungsverfahren auf Grundlage des 2012 in Kraft getretenen Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes (BQFG) abgerufen. Das BQFG regelt die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse auf Basis der dem Bundesrecht unterliegenden Referenzberufe. Es werden somit die Pflegefachkräfte mit ausländischer Qualifikation erfasst, die ihre Qualifikation nach deutschen Standards anerkennen lassen. Zuletzt wird in diesem Kapitel die Migration im formellen Gesundheits- und Pflegebereich aus europäisch-vergleichender Perspektive analysiert (Kapitel 2.4). Das Arbeitspapier abschließend werden Vergleiche und Schlussfolgerungen gezogen, um die Besonderheiten der Migration im Pflegebereich quantitativ einzuordnen.

2.1 Migration zur Ausübung von Pfl egetätigkeiten im formellen Pflegebereich

Laut den Auswertungen des Mikrozensus des Statistischen Bundesamts waren 2015 über 3,1 Millionen Personen in Berufen des Gesundheits- und Pflegesektors erwerbstätig, darunter ca. 419.000 mit eigener Migrationserfahrung.⁶ Das heißt, aktuell ist mehr als jede/r zehnte Erwerbstätige/r im Gesundheits- und Pflegebereich (nachstehend Pflegekräfte)⁷ nach Deutschland zugewandert, wovon 88 % Frauen sind. Der Frauenanteil der Gruppe von erwerbstätigen zugewanderten Pflegekräften ist 5,5 Prozentpunkte höher als der der Gruppe von erwerbstätigen Pflegekräften ohne Migrationshintergrund bzw. Migrationserfahrung.

Von den 419.000 zugewanderten erwerbstätigen Pflegekräften im Jahr 2015 stammen ca. 183.000 aus anderen EU-Mitgliedstaaten. Das heißt, ca. 44 % aller zugewanderten Erwerbstätigen in Pflegeberufen kommen aus anderen EU-Mitgliedstaaten. Davon ist die überwiegende Mehrheit aus den neuen EU-Mitgliedstaaten zugewandert: Rund 147.000 stammen aus den EU-Beitrittsstaaten nach 2004.⁸ Das entspricht über 80 % der Zuwanderung von erwerbstätigen Pflegekräften aus der EU und 35 % der gesamten Zuwanderung von erwerbstätigen Pflegekräften (siehe Abbildung 2). Trotz der Beschränkungen der Arbeitnehmerfreizügigkeit innerhalb des EU-Binnenmarkts für die neuen EU-Mitgliedstaaten, die in den EU-Beitrittsstaaten von 2004 bis 2011, in Rumänien und Bulgarien bis 2014 und in Kroatien bis 2015 galten, kommen die meisten zugewanderten Pflegekräften im formellen Pflegebereich aus den neuen EU-Mitgliedstaaten.

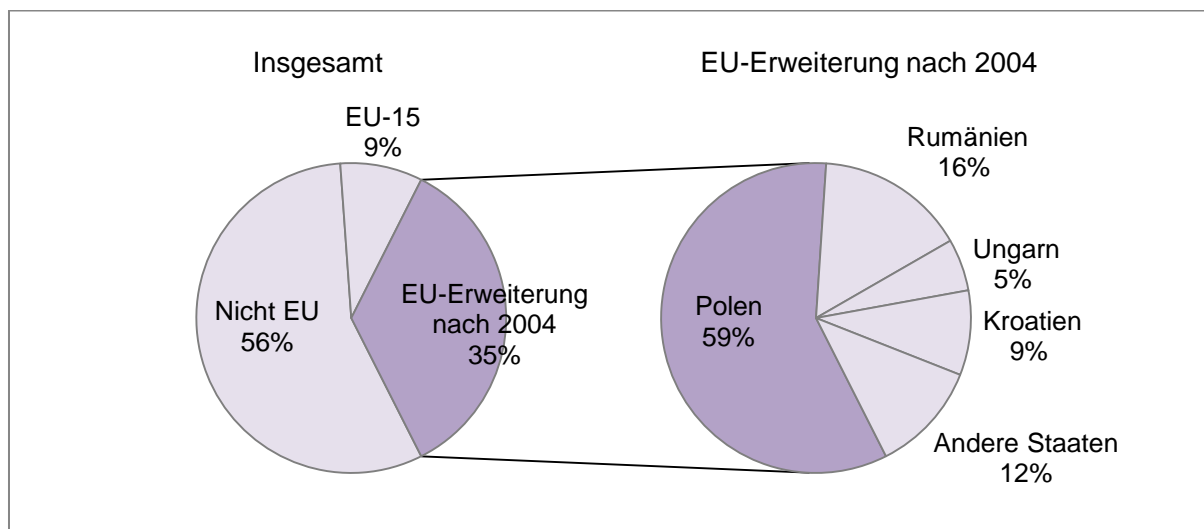
Mit einem Anteil von fast 60 % an den zugewanderten Pflegekräften aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten und einem Anteil von ca. 20 % an allen zugewanderten erwerbstätigen Pflegekräften stellt Polen das häufigste Herkunftsland von zugewanderten Pflegekräften dar: Aktuell stammt etwa jede/r fünfte zugewanderte/r Erwerbstätige/r im Gesundheits- und Pflegebereich aus Polen. Im Vergleich zu Polen spielt das Gewicht der anderen Visegrád-Staaten (Tschechien, Slowakei und Ungarn) an der Erwerbstätigkeit im Pflegebereich keine derart bedeutende Rolle. Die Anzahl an zugewanderten erwerbstätigen Pflegekräften nach Herkunftsländern zeigt darüber hinaus, dass andere traditionelle Herkunftsländer von ausländischen Arbeitskräften in Deutschland, wie z.B. die Türkei, derzeit kein bedeutendes Gewicht innerhalb der Gruppe von zugewanderten erwerbstätigen Pflegekräften haben.

6 Diese Daten erfassen die erwerbstätigen Migrantinnen und Migranten im formellen Gesundheits- und Pflegebereich, d.h. alle im Ausland Geborenen, die nach Deutschland zugewandert sind, nicht über die deutsche Staatsangehörigkeit verfügen und in Deutschland Berufe der Pflegebranche ausüben. Erwerbstätige sind nach Definition der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) Personen im Alter von 15 Jahren und mehr, die mindestens eine Stunde pro Woche gegen Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen oder selbstständig ein Gewerbe oder einen freien Beruf betreiben (Statistisches Bundesamt o. J.). Die Berufskategorie der Pflegeberufe beruht auf dem Berufsaggregat Gesundheits- und Pflegeberufe der Bundesagentur für Arbeit, das in der amtlichen Statistik für die Abgrenzung von „Pflegekräften“ häufig zugrunde gelegt wird. Prinzipiell umfasst das Aggregat alle Tätigkeiten, die mit der unmittelbaren Patientenversorgung, der medizinischen Versorgung, der Gesundheits- bzw. Krankenpflege sowie der nicht medizinischen Pflege und sozialer Betreuung von Pflegebedürftigen betraut sind (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2013).

7 In den Auswertungen des Statistischen Bundesamts wird bei dieser Berufsgruppe von „Pflegekräften“ gesprochen (vgl. Statistisches Bundesamt 2015).

8 Diese Ländergruppe umfasst Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn und Zypern.

Abbildung 2: Zugewanderte Erwerbstätige in Pflegeberufen nach Herkunftsland (2015)

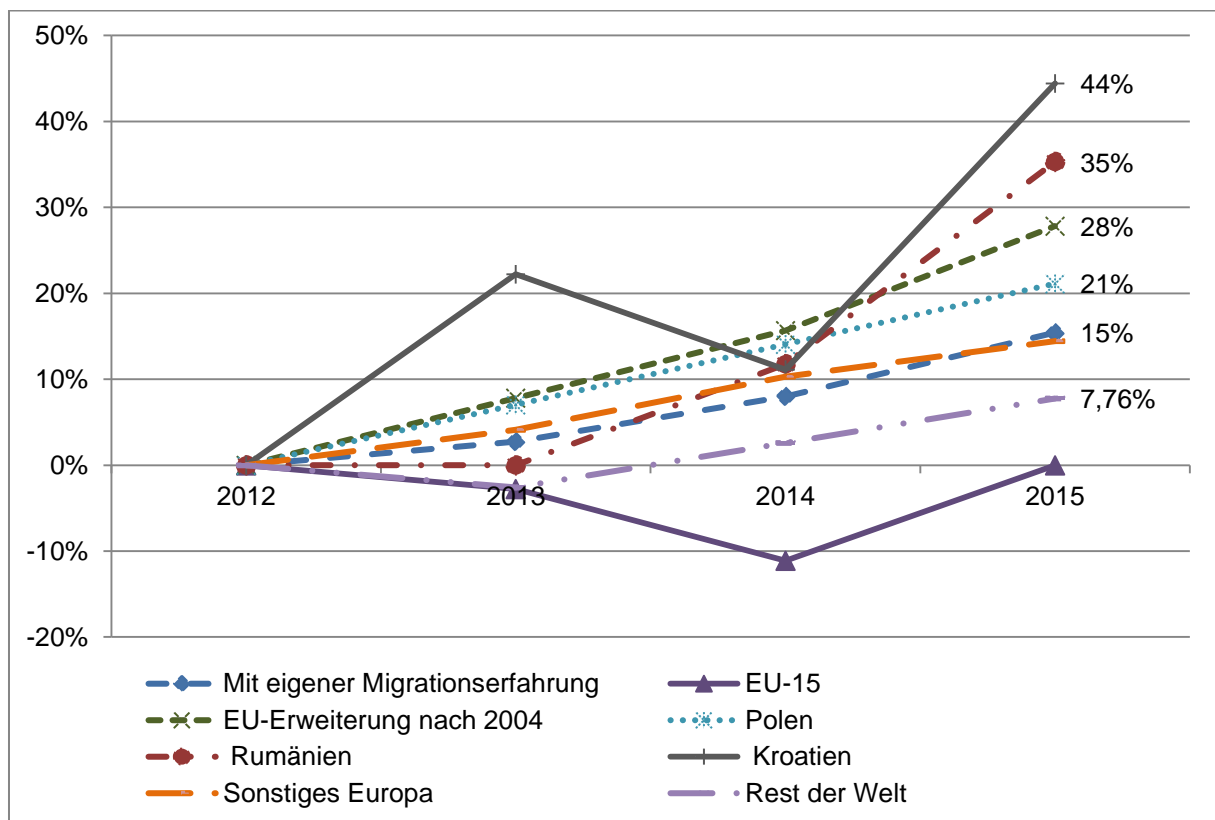


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Sonderauswertungen des Mikrozensus vom Statistischen Bundesamt

In den letzten Jahren zeigt sich ein erheblicher Anstieg an zugewanderten Erwerbstätigen im Pflegebereich. Zwischen 2012 und 2015 ist die Anzahl dieser Gruppe um 15 % gestiegen; von 363.000 im Jahr 2012 auf 419.000 im Jahr 2015. Somit ist der Anteil der Zugewanderten an allen Erwerbstätigen im Pflegebereich um einen gesamten Prozentpunkt innerhalb dieses kurzen Zeitraums gewachsen; von 12,4 % im Jahr 2012 auf 13,4 % im Jahr 2015. Die Anzahl an Erwerbstätigen in Pflegeberufen ohne Migrationshintergrund bzw. Migrationserfahrung zeigt hingegen einen moderaten Anstieg von ca. 5,3 % im betrachteten Zeitraum. Der Frauenanteil sowohl in der Gruppe von zugewanderten Pflegekräften (88 %) als auch in der Gruppe von Pflegekräften ohne Migrationshintergrund bzw. Migrationserfahrung (84,5 %) ist über diesen Zeitraum konstant geblieben. Es lässt sich daher feststellen, dass die Erwerbstätigkeit im Pflegebereich zunehmend von zugewanderten weiblichen Arbeitskräften geprägt ist.

Wie oben dargestellt, wächst aktuell die Anzahl an zugewanderten Pflegekräften überproportional gegenüber der Gruppe von Pflegekräften ohne Migrationshintergrund. Die Daten des Mikrozensus zeigen, dass die zugewanderten Pflegekräfte aus den neuen EU-Mitgliedstaaten den wichtigsten Antrieb dieser Entwicklung darstellen. Zwischen 2012 und 2015 ist diese Gruppe um 28 % gestiegen, eine fast doppelt so hohe Wachstumsrate wie die der Gesamtheit von zugewanderten Erwerbstätigen in Pflegeberufen. Die Anzahl an zugewanderten Erwerbstätigen aus Drittstaaten wächst hingegen deutlich weniger stark. Das höchste Wachstum an zugewanderten Pflegekräften in Deutschland ist den Migrantinnen und Migranten aus den Herkunftsländern Kroatien (44 %) und Rumänien (35 %) zuzuschreiben. Nach der Aufhebung der Beschränkungen der Arbeitnehmerfreizügigkeit in Deutschland im Jahr 2014 verzeichnete Rumänien als Herkunftsland von zugewanderten Pflegekräften sein höchstes Wachstum im betrachteten Zeitraum. In Kroatien wurden die Beschränkungen der Arbeitnehmerfreizügigkeit ab Juli 2015 aufgehoben, was sich ebenfalls im Wachstum an zugewanderten Pflegekräften widerspiegelt. Die Erwerbstätigen aus der Region der EU-Osterweiterungen von 2004, 2007 und 2013 haben insofern nicht nur ein strukturell größeres Gewicht im Pflegebereich als die Erwerbstätigen aus der Ländergruppe der EU-15, sie zeigen zudem ein deutlich höheres Wachstum in den letzten Jahren (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Wachstumsrate der zugewanderten erwerbstätigen Ausländerinnen und Ausländer in Pflegeberufen (Index 2012 = 100)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Sonderauswertungen vom Mikrozensus des Statistischen Bundesamts.

Die quantitative Analyse der amtlichen Auswertungen des Mikrozensus ermöglicht einen umfassenden Überblick des Gewichts und der Entwicklung der Migration im formellen Pflegebereich. Die zugrunde gelegten Kriterien – sowohl für die Abgrenzung des Bereiches Gesundheits- und Pflegewesen nach dem Berufsaggregat der Bundesagentur für Arbeit als auch für die Abgrenzung der Erwerbstätigkeit vom Statistischen Bundesamt – sind dementsprechend breit gefasst. Dies beschränkt jedoch die Analyse anderer relevanter Merkmale für die im vorliegenden Papier betrachteten Migrationskonstellationen, wie beispielsweise das Ausbildungsniveau, die konkreten ausgeübten pflegerischen Tätigkeiten oder das Beschäftigungsverhältnis. Um den quantitativen Fokus auf diese Migrationskonstellation zu schärfen, wurden Daten der Bundesagentur für Arbeit zu den Berufen der Altenpflege herangezogen, die die Betreuung, Pflege und Versorgung älterer hilfsbedürftiger bzw. pflegebedürftigerer Menschen umfassen und nach unterschiedlichen Anforderungsniveaus, nach der Staatsangehörigkeit der Beschäftigten und dem Beschäftigungsverhältnis aufgeschlüsselt sind.

Fachkräfteengpässe im Pflegebereich betreffen in Deutschland insbesondere die Berufe der Altenpflege. Werden Pflegeberufe zwischen Gesundheits-/Krankenpflege- und Altenpflegefachkräfte aufgeteilt, sind die Vakanzenzeiten⁹ der letztgenannten Berufsgruppe seit 2011 länger geworden: Die Vakanzenzeiten für Gesundheits-/Krankenpflegefachkräfte und Altenpflegefachkräfte betragen im Jahr 2009 jeweils 78 und 73 Tage. Diese Zahl erhöhte sich auf jeweils 111 und 122 im Jahr 2014. Die durchschnittliche Zeit bis zur Besetzung einer Vakanz für Fachkräfte

⁹ Die Vakanzenzeiten entsprechen der durchschnittlichen Zeit, die nach Angaben der Arbeitgeber vergeht, bis eine Stelle besetzt werden kann.

– alle Berufe inbegriffen – ist mit 79 Tagen deutlich kürzer (Bonin et al. 2015: 21). Die Berufe der Altenpflege bilden darüber hinaus die einzige Berufskategorie, deren Fachkräftemangel sämtliche Bundesländer betrifft (Bundesagentur für Arbeit 2015: 14). Insofern spielt die Deckung des Fachkräftebedarfs in den Berufen der Altenpflege eine besonders wichtige Rolle zur Bewältigung der zunehmenden Nachfrage nach formeller Pflegeversorgung in Deutschland.

Im Gegensatz zur Rolle der Zuwanderung in der Erwerbstätigkeit des gesamten Pflegebereichs weisen Ausländerinnen und Ausländer¹⁰ ein geringes Gewicht in der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in den Berufen der Altenpflege auf.¹¹ Laut der Berufsstatistik der Bundesagentur für Arbeit übten 2015 mehr als eine halbe Million Menschen den Beruf der Altenpflege in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis aus. Davon waren über 45.000 ausländische Pflegekräfte, was rund 9 % entspricht. Aus EU-Mitgliedstaaten und aus der Region der Visegrád-Staaten stammen jeweils 54 % und 22 % der ausländischen Altenpflegekräfte (siehe Abbildung 4: Struktur nach Staatsangehörigkeit 2014). Aktuell ist etwa jeder fünfzigste/r sozialversicherungspflichtige/r Beschäftigte in Berufen der Altenpflege Staatsangehörige/r der Visegrád-Staaten.

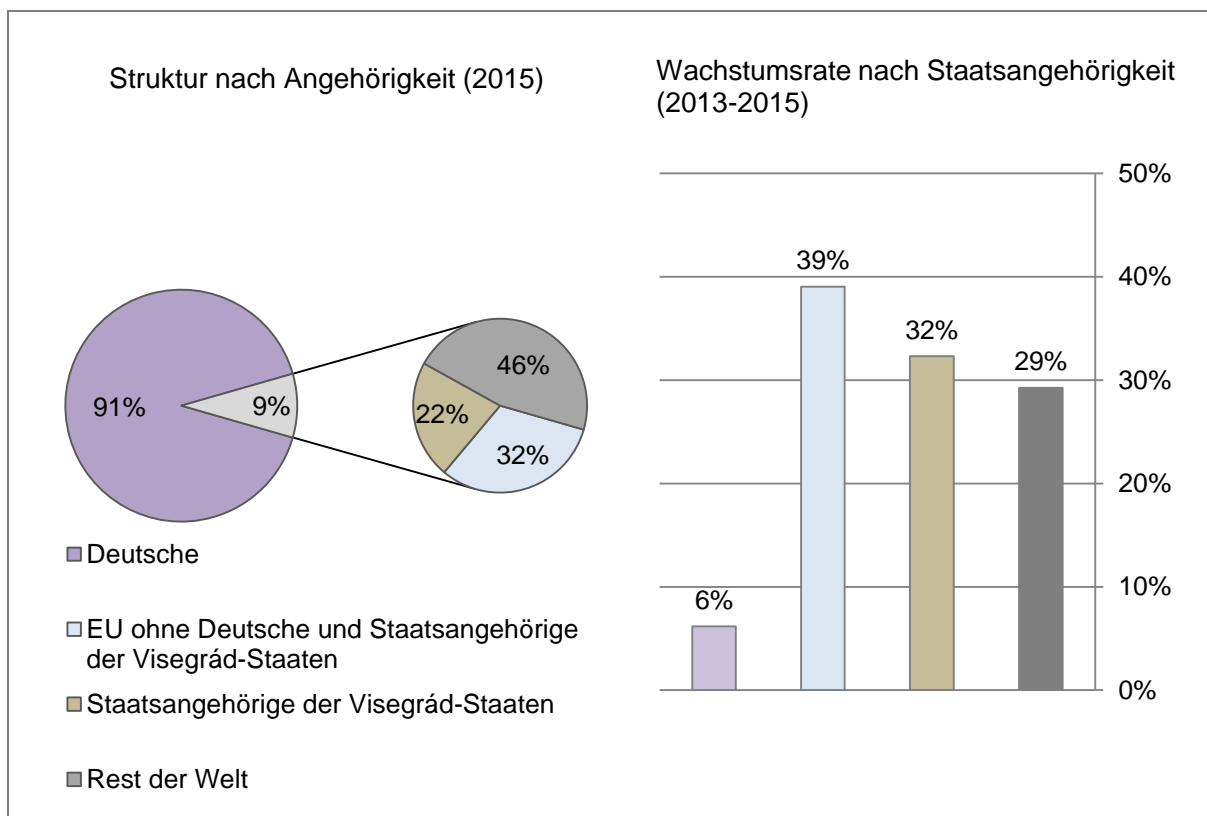
Trotz des geringen Gewichts der ausländischen Pflegekräfte in der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in Altenpflegeberufen zeigen die amtlichen Daten ein überproportionales Wachstum ausländischer Altenpflegekräfte gegenüber dem der deutschen in den letzten Jahren:¹² Während die Anzahl an deutschen Altenpflegekräften in den letzten drei Jahren lediglich um 6 % gewachsen ist, verzeichnete die Anzahl aus EU-Mitgliedstaaten und aus den Visegrád-Staaten ein Wachstum von jeweils 36 % und 32 % (siehe Abbildung 4: Wachstumsrate nach Staatsangehörigkeit, 2013-2015). Insofern ist das Wachstum der ausländischen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in den Berufen der Altenpflege überwiegend den Pflegekräften aus EU-Mitgliedstaaten zuzuschreiben. Die Analyse der Struktur und des Wachstums der geringfügigen Beschäftigung in den Berufen der Altenpflege nach Staatsangehörigkeit ergibt analoge Ergebnisse.

10 Als Ausländerinnen und Ausländer werden in der Berufsstatistik der Bundesagentur für Arbeit Personen im Bundesgebiet gezählt, die nicht Deutsche im Sinne von Artikel 116 des Grundgesetzes sind.

11 Während die Statistiken der Bundesagentur auf das Konzept der Staatsangehörigkeit abstellen und dementsprechend zwischen Ausländerinnen und Ausländern und Deutschen unterscheiden, basieren die Mikrozensusauswertungen auf dem Konzept des Migrationshintergrunds bzw. der Migrationserfahrung. Die Begriffe „Ausländer bzw. Ausländerin“ und „mit eigener Migrationserfahrung“ weisen ähnliche Merkmale auf.

12 Aufgrund der Überarbeitung der Klassifikation der Pflegeberufe (KIdB 2010) und der Revision der Daten der Bundesagentur für Arbeit sind nur Daten zwischen 2013 und 2015 im Zeitverlauf auswertbar.

Abbildung 4: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in den Berufen der Altenpflege



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Sonderauswertungen der Bundesagentur für Arbeit.

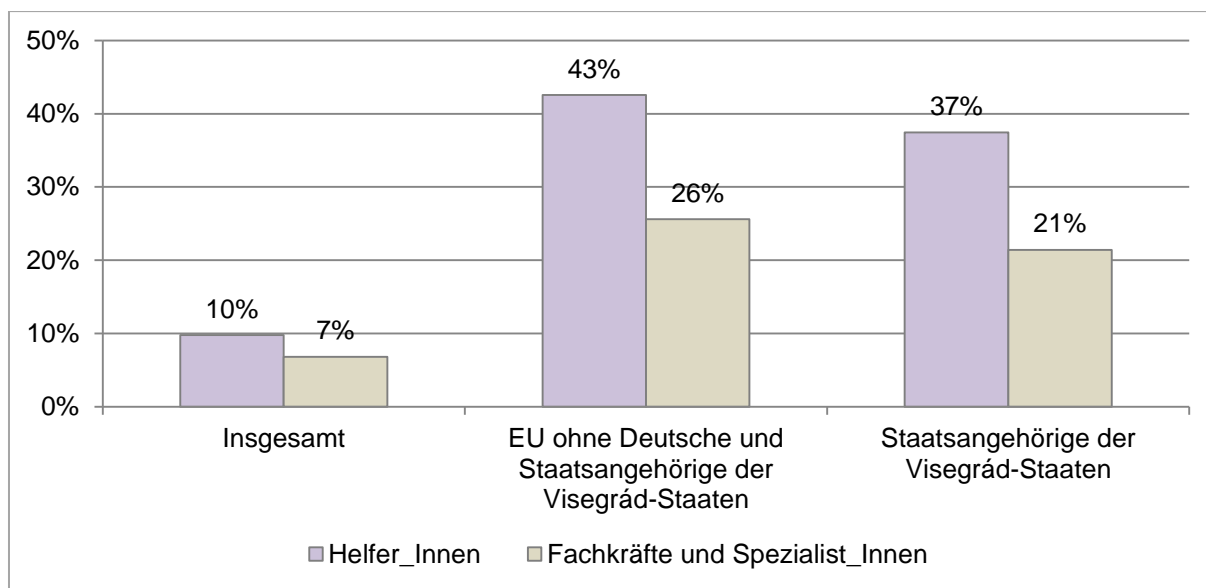
Mit Blick auf die Pflegetätigkeiten dieser Beschäftigungsgruppe kann beobachtet werden, dass eine inverse Korrelation zwischen dem Gewicht der ausländischen Pflegekräfte innerhalb der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in Altenpflegeberufen und dem Anforderungsniveau der ausgeübten Tätigkeiten bzw. der beruflichen Qualifikation der ausländischen Pflegekräfte besteht. Das heißt, je höher das Anforderungsniveau bzw. die berufliche Qualifikation, desto geringer ist das Gewicht der ausländischen Pflegekräfte, insbesondere aus den neuen EU-Mitgliedstaaten. Nach Sonderauswertungen der Berufsstatistik der Bundesagentur für Arbeit beträgt der Anteil der ausländischen Altenpflegekräfte, die als „Helferinnen und Helfer“¹³ eingestuft werden und aus der EU und den Visegrád-Staaten stammen, jeweils 7 % und 3 % aller sozialversicherungspflichtigen Helferinnen und Helfer in Altenpflegeberufen, während die Altenpflegefachkräfte oder -spezialisten¹⁴ aus der EU und den Visegrád-Staaten jeweils lediglich 3 % und 1 % aller Altenpflegefachkräfte und -spezialisten entsprechen. Diese Beobachtung spiegelt sich auch in dem Zuwachs der ausländischen Beschäftigung nach dem Anforderungsniveau wider. Dementsprechend sind die Wachstumsraten (2013-2015) der aus der EU

13 Die Beschäftigte, die in der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit als Helferinnen und Helfer eingestuft sind, üben berufliche Tätigkeiten mit geringer Komplexität aus. Diesem Anforderungsniveau werden daher alle Helfer- und Anlertätigkeiten sowie einjährige (geregelt) Berufsausbildungen zugeordnet.

14 Die Beschäftigte, die in der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit als Fachkräfte oder Spezialisten eingestuft sind, üben Tätigkeiten aus, für die fundierte Fachkenntnisse vorausgesetzt sind. Diesem Anforderungsniveau wird üblicherweise mit dem Abschluss einer zwei- bis dreijährigen Berufsausbildung (bzw. einen Fachschul- oder Hochschulabschluss in dem Fall von Spezialistinnen oder Spezialisten) zugeordnet.

und den Visegrád-Staaten stammenden und als „Helferinnen und Helfer“ eingestuftes Altenpflegekräfte doppelt so hoch wie die Wachstumsraten der jeweiligen Altenpflegefachkräfte und -spezialisten (vgl. Abbildung 5). Die (mittel- und ost-) europäische Zuwanderung im Pflegebereich bricht insofern mit der traditionellen Migrationstheorie innerhalb der EU vor der Osterweiterung, nach der die innereuropäische Auswanderung überwiegend auf junge ausgebildete Arbeitskräfte zutrifft (vgl. Heinz/Ward-Warmedinger 2006).

Abbildung 5: Wachstumsrate (2013-2015) der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Berufen der Altenpflege – nach Anforderungsniveau und Staatsangehörigkeit



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Sonderauswertungen der Bundesagentur für Arbeit.

2.2 Migration zur Ausübung von Pflegetätigkeiten im informellen Pflegebereich

Von den drei betrachteten Migrationskonstellationen erregt die Pflegemigration am schwarzen, d. h. informellen Arbeitsmarkt, die größte Aufmerksamkeit in der öffentlichen Debatte. Die quantitative Erfassung der Dimension dieser Beschäftigung ist jedoch aus zwei Gründen besonders komplex: Erstens, Pflegekräfte im informellen Arbeitsbereich üben in der Regel unterschiedlichste Tätigkeiten aus, die pflegerische bis erzieherische und haushaltnahe Leistungen umfassen. Eine trennscharfe Erfassung der pflegerischen Tätigkeiten dieser Migrationskonstellation ist dementsprechend nicht praktikabel. Zweitens, die illegale Beschäftigung wird naturgemäß nicht dokumentiert und bleibt verborgen. Trotz des Interesses der Fachöffentlichkeit an der quantitativen Abbildung dieser Migrationskonstellation sind aus den o. g. Gründen nach wie vor lediglich unpräzise Schätzungen vorhanden. Diese Schätzungen beruhen nicht auf einem statistischen Modell, das über unterschiedliche Zeiträume umgesetzt werden kann. Insofern ist die Entwicklung der Zuwanderung von Pflegekräften im informellen Pflegebereich nicht erforschbar, weder auf nationaler Ebene noch aus europäisch-vergleichender Perspektive.

Nach umfassender Recherche hinsichtlich Sekundärdaten zur Beschäftigung im informellen Pflegebereich wurden zwei zutreffende quantitative Schätzungen gefunden. In einer Studie vom Jahr 2009 kam das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung zu einem Potenzial

von ca. 145.000 Haushaltsangestellten aus mittel- und osteuropäischen Staaten in einer irregulären Arbeitssituation, in der überwiegend pflegerische Tätigkeiten unternommen werden. Diese Schätzung beruht auf einer Modellrechnung unter Hinzuziehung von ermittelten Nutzermerkmalen privater Haushalte in Sekundärstatistiken (Neuhaus et al. 2009). Lutz und Palenga-Möllenbeck (2010a) schätzten diese Anzahl allerdings höher ein und gehen von 150.000 bis 200.000 mittel- und osteuropäische Pflegekräfte in informellen Pflegearrangements in deutschen Haushalten aus. Dabei ist die häufigste Beschäftigungsform für diese migrantischen Pflegekräfte die 24-Stunden-Betreuung. Die o. g. Schätzungen beziehen sich jedoch auf Daten vor dem Urteil des Amtsgerichts München im Jahr 2010, nach dem die Beschäftigung osteuropäischer Haushaltshilfen als selbständige Pflegekräfte als illegal erklärt wurde. Nach dieser Rechtsprechung sind quantitative Auswirkungen für diese Art häuslicher Pflege zu erwarten, sie können allerdings noch nicht mit Daten belegt werden.

In anderen EU-Mitgliedstaaten sind ebenfalls keine verlässlichen Daten abrufbar. Aus europäisch-vergleichender Perspektive können allerdings im deutschen Pflegebereich eine Reihe von förderlichen Faktoren für die Anstellung von illegalen Pflegekräften in Haushalten mit pflegebedürftigen Personen beobachtet werden. Die geringe finanzielle Unterstützung, die unkontrollierten direkten Transferleistungen an Familien und die zunehmende Familiarisierung der Pflegeversorgung werden in der Fachöffentlichkeit als Hauptgründe dafür identifiziert, dass zugewanderte Pflegekräfte in Privathaushalten illegal eingesetzt werden (Lutz/Palenga-Möllenbeck 2015). Darüber hinaus ist das deutsche Migrationsregime für Pflegekräfte strenger als in südeuropäischen EU-Mitgliedstaaten (siehe hierzu 2.4). Pflegenden Angehörige in Deutschland sind zudem häufiger erwerbstätig als im EU-Durchschnitt: Laut Auswertungen vom Statistischen Bundesamt waren in Deutschland 2010 63 % der weiblichen und 73 % der männlichen pflegenden Angehörigen zwischen 25 und 64 Jahren erwerbstätig, während es im EU-Durchschnitt 58 % bzw. 71 % waren (Statistisches Bundesamt 2014). Das Bedürfnis nach Vereinbarkeit von Pflege und Beruf unter knappen Ressourcen in privaten Haushalten führt häufig zu der Inanspruchnahme von kostengünstigen Angeboten, etwa die illegale Beschäftigung von 24-Stunden-Langzeitpflegekräften, für die häufig keine pflegerische Ausbildung nachgefragt wird (Kniejska 2015: 4).

2.3 Migration von Pflegefachkräften zur Ausübung von Tätigkeiten im formellen Pflegebereich

Für die quantitative Analyse der ersten Migrationskonstellation bzw. der Migration im formellen Pflegebereich wurden amtliche Beschäftigungsdaten zugrunde gelegt, die keine Informationen über den Ausbildungsort oder die früheren beruflichen Tätigkeiten der nach Deutschland zugewanderten beschäftigten Personen enthalten. Das heißt, durch die Beschäftigungsdaten kann nicht analysiert werden, ob die zugewanderten Beschäftigten bzw. Erwerbstätigen bereits in ihren Herkunftsländern im Pflegesektor beruflich tätig waren oder eine Pflegeausbildung absolviert hatten. Die folgende Analyse strebt an, diese konkrete Migrationskonstellation quantitativ abzubilden, d. h. die Migration von ausländischen ausgebildeten Pflegefachkräften zur Ausübung von Pflegeleistungen im formellen Pflegebereich. Eine Voraussetzung, die zugewanderte Pflegefachkräfte für die Ausübung ihres Berufes in Deutschland zu erfüllen haben, ist die Anerkennung ihrer im Ausland abgeschlossenen Ausbildung. Insofern bietet die Quantifizierung der Ausbildungsanerkennungsverfahren im Pflegebereich schlüssige Daten für die Darstellung eines quantitativen Bildes der zugewanderten Pflegefachkräfte. Diese Daten sind über die Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamts auf Grundlage des am 1. April

2012 in Kraft getretenen Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes (BQFG) abrufbar.¹⁵ Auf Grundlage des Gesetzes können die Anerkennungsverfahren in Deutschland sowie im Ausland eingeleitet werden.

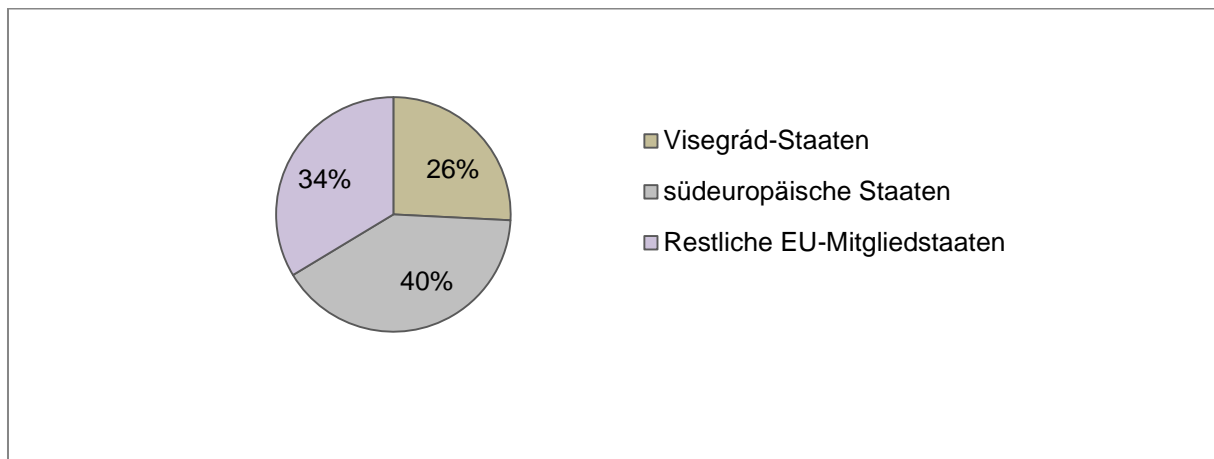
Im Jahr 2014 wurden bundesweit über 13.200 im Ausland erworbene berufliche Abschlüsse als vollständig oder eingeschränkt gleichwertig zu einer in Deutschland erworbenen Qualifikation anerkannt. Darunter handelte es sich bei über 3.300 erfolgreichen Anerkennungsverfahren um ausländische Berufsabschlüsse von Gesundheits- und Krankenpflegekräften¹⁶, was etwa einem Viertel aller erfolgreich anerkannten Berufsqualifikationen im Laufe des Jahres 2014 entspricht. Die meisten Anerkennungsverfahren für Gesundheits- und Pflegeberufe werden dabei erst in Deutschland eingeleitet (91 %). Im Jahr 2013 wurden ca. 2.400 erfolgreiche Anerkennungsverfahren von Pflegefachkräften gemeldet, d. h., zwischen 2013 und 2014 ist die Anzahl um rund 27 % gestiegen. Jedoch ist hier anzumerken, dass die Anzahl an (noch) nicht bearbeiteten Anträgen jeweils ca. 1.250 und 1.900 für die Jahre 2013 und 2014 betrug. Die beruflichen Anerkennungsverfahren für ausländische Gesundheits- und Pflegeberufe zeigen darüber hinaus eine hohe Erfolgsquote: Lediglich bei ca. 120 Verfahren fiel im Jahr 2014 eine negative Entscheidung. Trotz der steigenden Anzahl an Anerkennungsverfahren von Pflegefachkräften, kann aufgrund der geringen absoluten Zahlen nicht davon ausgegangen werden, dass diese Pflegefachkräfte zur Bedarfsdeckung von Pflegefachkräften in Deutschland wesentlich beitragen werden.

Insgesamt etwa 87 % der Anerkennungsverfahren für ausländische Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bezogen sich auf Abschlüsse, die innerhalb der EU erworben wurden. Insofern fällt das Gewicht von Drittstaaten bei der Zuwanderung von ausgebildeten Pflegefachkräften sogar deutlich geringer aus als das in den oben analysierten Migrationskonstellationen. Mit Blick auf die EU-Mitgliedstaaten sind ebenfalls bemerkenswerte Unterschiede zu den anderen Migrationskonstellationen festzustellen. Für die Migration in den formellen Pflegebereich war die Gruppe der Visegrád-Staaten, darunter insbesondere Polen, eine der wichtigsten Regionen als Herkunftsländer von Pflegekräften in Deutschland. Mit Blick auf die Zuwanderung ausgebildeter Pflegefachkräfte aus EU-Mitgliedstaaten hat augenscheinlich die Region der südeuropäischen Staaten das größte Gewicht mit einem Anteil von 40 % an allen erfolgreich anerkannten Ausbildungen für Gesundheits- und Pflegefachkräfteberufe aus EU-Staaten (siehe Abbildung 6). Dabei ist Spanien mit einem Anteil von 25 % der häufigste Ausbildungsort von Pflegefachkräften aus der EU in Deutschland. Dies kann zum Teil auf die durchgeführten Anwerbungsprogramme im Rahmen der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ der Bundesregierung in diesem Zeitraum zurückgeführt werden.

15 Dies begrenzt den Zeitraum der Datenlage, sodass lediglich Angaben für die Jahre 2013 und 2014 ausgewertet werden konnten.

16 Analog zu den Auswertungen des Statistischen Bundesamt zur Erwerbstätigkeit im Pflegeberuf beruht diese Abgrenzung des Berufes von Gesundheits- und Pflegekräften auf dem Berufsaggregat Gesundheits- und Pflegeberufe der Bundesagentur für Arbeit (siehe Erläuterung der beruflichen Tätigkeiten des Aggregats auf S. 6).

Abbildung 6: Anerkannte ausländische Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe nach Ausbildungsorten in der EU (2014)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamts.

Laut den Auswertungen des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes gab es 2015 ca. 5.000 mehr zugewanderte erwerbstätige Pflegekräfte aus Polen als im Vorjahr. Im Laufe des Jahres 2014 wurden jedoch lediglich 260 erfolgreich abgeschlossenen Anerkennungsverfahren für Pflegefachkräfte aus Polen registriert, eine im Vergleich zu anderen Ausbildungsstaaten von Pflegefachkräften deutlich geringere Anzahl. Vergleicht man die quantitativen Daten aus den ersten beiden hier dargestellten Migrationskonstellationen mit den Zahlen der Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen im Gesundheits- und Pflegesektor (als Indikator für die Migration von Pflegefachkräften), ist festzustellen, dass die potentiellen Pflegekräfte aus Polen und den anderen Visegrád-Staaten überwiegend unqualifiziert zuwandern.

2.4 Pflegemigration im EU-Vergleich

Trotz der Relevanz der Zuwanderung für die Pflegeversorgung können Migrationsströme von Pflege(fach)kräften im EU-Raum nur bedingt und unter zahlreichen Vereinfachungen quantifiziert werden. Ein hinderlicher Faktor für ländervergleichende Analysen sind die unterschiedlichsten Migrationskonstellationen, die im Pflegebereich zu beachten sind, wie beispielsweise die Migration von im Ausland ausgebildeten Pflegefachkräften zur Ausübung von Pflege Tätigkeiten im formellen Pflegebereich oder die Migration von Arbeitskräften zur Ausübung von informellen haushaltsnahen und pflegerischen Tätigkeiten. Zum anderen ist die Arbeit mit dem Begriff *Pflegefachkraft* im Rahmen europäisch-vergleichender, quantitativer Migrationsanalysen schwierig, da bislang keine einheitliche oder allgemein anerkannte Definition des Begriffes in der EU besteht und dieser je nach Kontext und EU-Mitgliedstaat unterschiedlich verwendet wird. Der Begriff *Pflegefachkraft* wird in der Regel entweder anhand der abgeschlossen Ausbildung der Fachkräfte oder ihrer ausgeübten Tätigkeit definiert bzw. statistisch erfasst. In den EU-Mitgliedstaaten sind jedoch unterschiedlichste Studien- bzw. Ausbildungsgänge für den Pflegeberuf zu finden. Die Gruppierung des Begriffes aus den drei grundständig ausgebildeten Pflegeberufen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege, wie es sie in Deutschland gibt, ist beispielsweise in den meisten EU-Mitgliedsstaaten nicht gegeben (Waldhausen et al. 2014). Die Arbeit von Pflegefachkräften (engl. *health care workers*) kann somit je nach EU-Mitgliedstaat unterschiedlichste Tätigkeiten im Gesundheits-, Sozial- und Pflegebereich mit unterschiedlichsten Zielgruppen umfassen, etwa von gesundheitsbezogenen Tätigkeiten in der Krankenpflege bis hin zu haushaltsnahen und sozialen Dienstleistungen für u. a. Kinder, kranke oder ältere Menschen. Europäisch-vergleichende Statistiken zu den Migrationsströmen

von Pflegefachkräften innerhalb der EU sollten aufgrund dieser methodischen Herausforderungen mit Vorbehalt interpretiert werden.

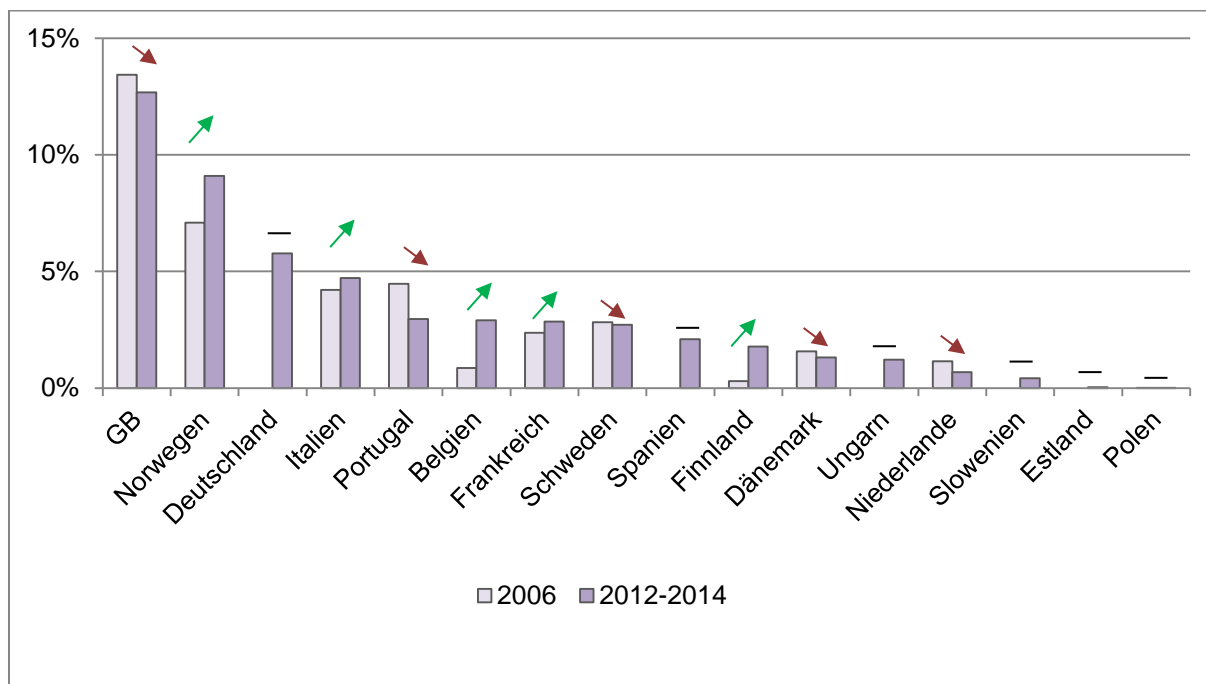
Vor dem Hintergrund des zunehmenden Mangels an medizinischen Fachkräften in westlichen Staaten, insbesondere Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenpflegekräfte betreffend, gewann das Thema Migrationsströme im Gesundheits- und Pflegebereich in dem Portfolio von Forschungsinstitutionen seit Anfang der 2000er Jahre an Bedeutung. Der erste ausführliche quantitative Ländervergleich in diesem Bereich wurde in der Ausgabe von 2007 der jährlichen Migrationsstudie der OECD *International Migration Outlook* veröffentlicht. Die Studie zeigte erstmalig anhand von unterschiedlichsten Datenerhebungen, welchen großen Beitrag die Migration in den 2000er Jahren zum Anstieg der Zahl der Gesundheits- und Pflegefachkräfte in den OECD-Staaten leistete. Die Ausgabe 2015 widmet sich diesem Thema erneut und ermöglicht Ländervergleiche innerhalb einer breiten Zeitspanne. Für die Analyse dieser Migrationsströme werden prinzipiell zwei Kriterien zugrunde gelegt: Im Ausland geborene und im Ausland ausgebildete Gesundheits- und Pflegekräfte. In den meisten OECD-Staaten ist die Anzahl der letzteren Gruppe größer, was darauf hindeutet, dass die Empfängerstaaten die Aus- und Weiterbildung der Zugewanderten in der Regel übernehmen. Die Berufsgruppe *nurses*, die in etwa Pflegefachkräften entspricht, wird in der Studie gesondert untersucht.¹⁷

Wie oben erläutert, kommt der Migration ein großes und zunehmendes Gewicht für den deutschen Pflegebereich zu. Somit zählt Deutschland zu den EU-Mitgliedstaaten mit dem größten Anteil an erwerbstätigen, im Ausland ausgebildeten Gesundheits- und Pflegefachkräften (siehe Abbildung 7). Mit Blick auf diesen Anteil kann aus europäisch-vergleichender Perspektive in den letzten zehn Jahren je nach EU-Mitgliedstaat ein unterschiedlicher Trend beobachtet werden. Während der Anteil der im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte an der Gesamtheit von Pflegefachkräften in den meisten EU-Mitgliedstaaten entweder konstant blieb oder zurückging, kann ein Wachstum dieses Anteils in Italien, Belgien, Frankreich und Finnland beobachtet werden. Der Anstieg der im Ausland ausgebildeten Pflegefachkräfte in Italien ist auf die Zuwanderung aus Rumänien zurückzuführen. Trotz der bis 2012 geltenden Arbeitnehmerfreizügigkeit Italiens gegenüber Rumänien, ist dabei der größte Zuzug nach dem Beitritt Rumäniens in die EU im Jahr 2007 zu beobachten. In Belgien, Frankreich und Finnland ist der Anteil der im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte an der Gesamtheit der Pflegefachkräfte gering, die absolute Anzahl hat sich jedoch in den letzten zehn Jahren ca. verdoppelt.

In anderen EU-Mitgliedstaaten wie beispielsweise Dänemark, in denen der Anteil an im Ausland ausgebildeten Pflegefachkräften einen Rückgang verzeichnete, zeigt sich, dass die im Ausland ausgebildeten Pflegefachkräfte von solchen ersetzt werden, die in Dänemark ausgebildet wurden. Obwohl die Entwicklungen der Migration im Pflegebereich der EU-Mitgliedstaaten unterschiedlich ausfallen, kann festgestellt werden, dass der Anstieg an im Ausland ausgebildeten Pflegekräften überwiegend zwischen 2000 und 2006 zu beobachten ist (OECD 2015).

17 Die Abgrenzung der Berufsgruppe *nurses* beruht auf der Berufsklassifikation der ILO, welches für Deutschland dem Berufsaggregat „Gesundheits- und Pflegekräfte“ der Bundesagentur für Arbeit in etwa entspricht. Demnach sind Tätigkeiten der medizinischen Krankenpflegeversorgung gezählt, Pflegetätigkeiten für Menschen mit Behinderung und älterer Menschen sind aber auch im Begriff umfasst.

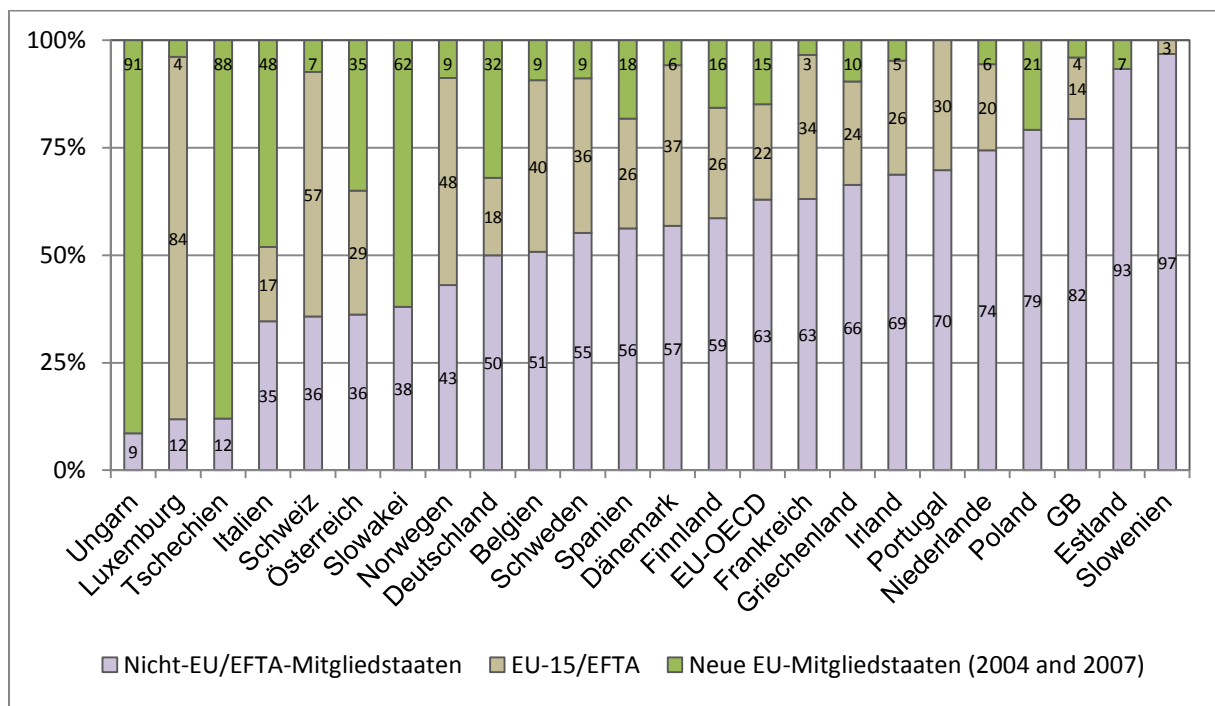
Abbildung 7: Anteil der im Ausland ausgebildeten Pflegefachkräfte an der Gesamtheit in ausgewählten europäischen Staaten



Quelle: OECD (2015) – Die Daten für Deutschland beziehen sich auf das Jahr 2010.

Geografische Zusammenhänge mit Bezug auf die Pflegemigration in die EU-Mitgliedstaaten können insbesondere mit Blick auf die Herkunftsstaaten der ausländischen Pflegekräfte identifiziert werden. Obwohl der Anteil der Pflegekräfte aus Drittstaaten (EFTA-Mitgliedstaaten ausgenommen) an den ausländischen Pflegekräften das größte Gewicht in den meisten EU-Mitgliedstaaten hat, ist die Verteilung der innereuropäischen Migration im Pflegebereich stark von der geografischen Nähe der zugewanderten Pflegekräfte beeinflusst. So sind Italien, Österreich und Deutschland die Hauptempfängerstaaten von Pflegekräften aus den neuen EU-Mitgliedstaaten. Zugleich besteht die Pflegemigration nach Ungarn, Tschechien und der Slowakei fast ausschließlich aus Pflegekräften aus anderen neuen EU-Mitgliedstaaten (siehe Abbildung 9). Die Migration von Pflegekräften aus den neuen EU-Mitgliedstaaten konzentriert sich also auf Mittel- und Osteuropa, was wiederum darauf hindeutet, dass die grenzüberschreitende, selbständige Tätigkeit und Entsendung im Pflegebereich die häufigste Beschäftigungsform für Pflegekräfte aus den neuen EU-Mitgliedstaaten ist.

Abbildung 8: Im Ausland geborene erwerbstätige Pflegekräfte nach Staatsangehörigkeit (2010/11)



Quelle: OECD (2015).

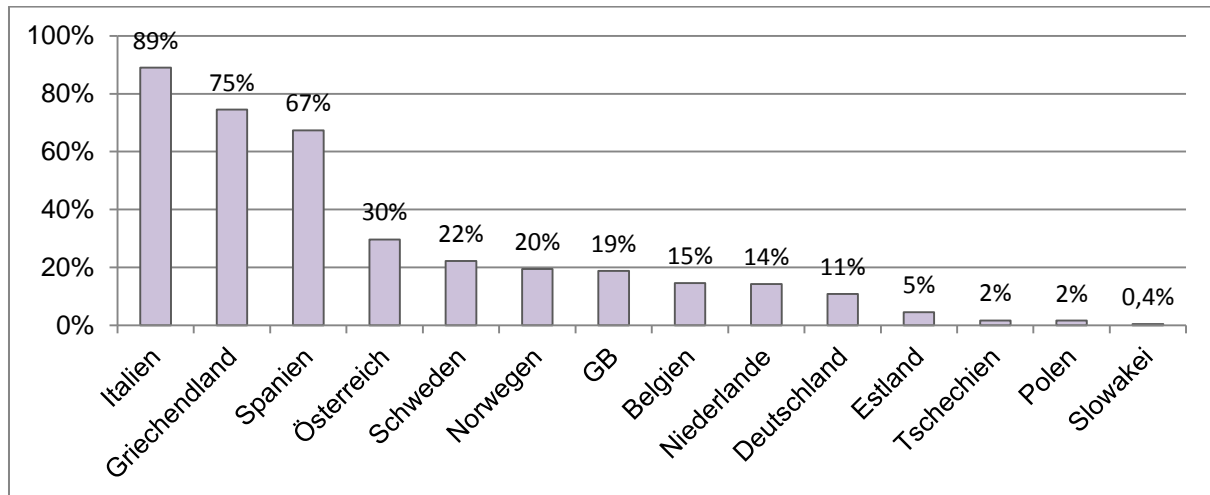
Vor dem Hintergrund des Ausbaus von ambulanten Pflegeangeboten gegenüber der stationären Pflegeversorgung in den EU-Mitgliedsstaaten spielt die 24-Stunden-Langzeitpflege eine besonders wichtige Rolle. Diese Art von Pflege wird in westlichen EU-Mitgliedstaaten überwiegend von ausländischen Pflegekräften übernommen, sei es in einem legalen oder illegalen Beschäftigungsverhältnis.¹⁸ Die Pflegekräfte weisen in der Regel keine berufliche Qualifikation auf und üben unterschiedlichste Tätigkeiten aus, von haushaltsnahen Dienstleistungen bis pflegerischen Tätigkeiten. Innerhalb der EU können für diesen konkreten Pflegebereich unterschiedliche Migrationsregime identifiziert werden, die je nach EU-Mitgliedstaat strenger oder lockerer sein können.

In südeuropäischen EU-Mitgliedstaaten mit einem familialistischen Pflegemodell ist seit Anfang der 2000er Jahren ein Paradigmenwechsel hinsichtlich der Pflegeversorgung zu beobachten (Ambrosini 2015). Während 24-Stunden-Pflege traditionell von Familienangehörigen übernommen wurde, wird diese derzeit überwiegend von ausländischen, nicht qualifizierten Pflegekräften ausgeübt. Mit dem Ziel, die Grauzonen in diesem Pflegebereich zu regulieren, wurden verschiedene Maßnahmen getroffen: Spanien hat beispielsweise Sonderarbeitsgenehmigungen hierfür eingeführt und in Italien wurden Arbeitsregelungen in den Jahren 2002, 2009 und 2012 sukzessiv verabschiedet (OECD 2015). Hierdurch kann erklärt werden, warum der Anteil der gemeldeten, im Ausland geborenen 24-Stunden-Langzeitpflegekräfte an der

¹⁸ Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland bis zu 4 Mio. Haushalte in irgendeiner Form Arbeitskräfte beschäftigen. Demgegenüber weist die aktuelle Statistik lediglich 43.000 sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze und ca. 380.000 Minijobberinnen und Minijobber in Privathaushalten aus (DGB 2016).

Gesamtheit im formellen Pflegebereich in Italien, Griechenland und Spanien über 60 % beträgt. Dies unterscheidet sich deutlich von den Zahlen in anderen EU-Staaten (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Anteil der gemeldeten im Ausland geborenen 24-Stunden-Langzeitpflegekräfte im Pflegebereich (2012/13)



Quelle: OECD (2015).

3 Pflegebedarf in den Visegrád-Staaten

Die Anwerbung von ausländischen Fachkräften zur Bewältigung der Fachkräfteengpässe im Pflegebereich regt eine intensive und kontroverse Debatte an (vgl. Döcker 2014; AWO 2013). Die Migrationsströme von Pflegefachkräften nach Deutschland haben nicht nur Auswirkungen auf die Empfänger- und Entsendeländer, sondern auch auf die Angeworbenen und auf ihre Familien. In der Fachöffentlichkeit werden vornehmlich die demografischen Phänomene *Care Chains* und *Care Drain* diskutiert.

Das Konzept **Care Drain** meint den Verlust der Entsendeländer von Humanressourcen bzw. qualifizierten Fachkräften im Pflegebereich. Die Entsendeländer übernehmen die Ausbildungskosten der dann auswandernden Pflegekräfte, ohne von dieser Investition für ihre Versorgungsstrukturen profitieren zu können. Das Konzept **Care Chains** meint transnationale Versorgungsketten bzw. die Situationen, in denen Menschen, insbesondere Frauen, migrieren, um die Pflegebedürftigen anderer Familien zu versorgen, während eine Versorgungslücke in ihren Familien im Heimatland entsteht. Die Sorgearbeit wird dann in der Regel von Familienangehörigen im Herkunftsland übernommen bzw. an andere Migrantinnen oder andere Frauen im Herkunftsland ausgelagert (Waldhausen 2011; Lutz/Palenga-Möllenbeck 2015). Ein Beispiel der transnationalen Versorgungsketten stellen die Migrationsströme im Pflegebereich aus der Ukraine nach Polen und aus Polen nach Deutschland dar: Zugewanderte Frauen aus Polen üben den Pflegeberuf in Deutschland aus. Die daraus entstehende Versorgungslücke in den polnischen Familien wird dann häufig von ukrainischen Frauen gefüllt, die in der Regel unter illegalen Beschäftigungsbedingungen Pflegetätigkeiten ausüben (Golinowska 2010: 15).

Aus den sogenannten *Global Care Chains* und der innereuropäischen Pflegemigration können sowohl negative, etwa *Care Drain*, als auch positive Konsequenzen, etwa *Brain Gain*, für die Entsende- und Empfängerländer erwachsen. Mit Blick auf die Migrationsströme im deutschen Pflegebereich kann beispielsweise aus der obigen quantitativen Analyse festgestellt werden, dass das Phänomen *Care Drain* die neuen EU-Mitgliedstaaten, darunter insbesondere die Visegrád-Staaten, nicht direkt betrifft. Die nach Deutschland Zugewanderten aus dieser Region weisen in der Regel keine Pflegeausbildung auf. Vor diesem Hintergrund kann sogar argumentiert werden, dass die neuen EU-Mitgliedstaaten zukünftig einen *Brain Gain* erfahren könnten, bei dem die Entsendeländer vom erworbenen Wissen und der gesammelten Arbeitserfahrung der zurückgekehrten Pflegekräfte profitieren. Dies kann aber nur unter bestimmten Bedingungen erfolgen: Damit Entsendestaaten vom *Brain Gain* profitieren können, ist es jedoch erforderlich, dass Pflegeausbildungsmöglichkeiten für Migrantinnen und Migranten in den Empfängerstaaten vorhanden sind, und dass die Pflegekräfte in ihre Herkunftsländer zurückkehren. Aus ökonomischer Perspektive könnte darüber hinaus argumentiert, dass die monetären Rücküberweisungen der ausgewanderten Pflegekräfte in ihre Heimatländer einen wichtigen Antrieb für die volkswirtschaftliche Entwicklung darstellen (vgl. Lubambu 2014).

Die innereuropäische Pflegemigration kann dementsprechend unterschiedlichste Auswirkungen nach sich ziehen. Die zentrale Frage der Debatte um die Auswirkungen auf die Entsendeländer lautet jedoch: Inwieweit sind die neuen EU-Mitgliedsstaaten, als traditionelle Entsendeländer von Pflegekräften, von der Alterung der Gesellschaft und dementsprechend von einer zunehmenden Nachfrage im Pflegebereich betroffen? Die Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung liefert schlüssige Antworten nicht nur bezüglich der Legitimität der Anwerbung von Pflegekräften aus den neuen EU-Mitgliedstaaten, sondern auch zum potentiellen Beitrag der Zuwanderung aus dieser Region zur Bewältigung des Pflegefachkräftebedarfs in Deutschland in den kommenden Jahren.

3.1 Nachfrage nach Pflegeleistungen

In der Forschung werden Prognosen zur Nachfrage nach Pflegedienstleistungen prinzipiell anhand des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung bestimmt, da dieser stark mit dem allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung korreliert (Przywara 2010; Lipszyc et al. 2012: 21). Die Alterung der Gesellschaft ist aktuell in den Visegrád-Staaten weniger ausgeprägt als in den nord- und westeuropäischen Staaten. Dementsprechend ist der Altenquotient¹⁹ deutlich geringer. Dieser Indikator dient zur Abschätzung potenzieller Abhängigkeit der älteren Bevölkerungsgruppen (65+) von der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Er steht somit in engem Zusammenhang mit der Belastung von Pflegesystemen. In den Visegrád-Staaten betrug der Altenquotient im Jahr 2014 22,9, während er in der EU-27 und in Deutschland jeweils bei 28,1 und 31,5 lag (siehe Tabelle 1). Das heißt, aktuell gibt es in Polen, Ungarn, Tschechien und der Slowakei deutlich mehr Menschen im erwerbsfähigen Alter pro ältere Menschen als in den meisten EU-Mitgliedstaaten. Dies deutet darauf hin, dass der Bedarf nach Pflegedienstleistungen in den Visegrád-Staaten geringer ist als in westeuropäischen EU-Mitgliedstaaten.

19 Der Altenquotient bildet das Verhältnis der Personen über 65 Jahre zu Personen im erwerbsfähigen Alter (16-64).

Die aktuellen demografischen Unterschiede zwischen den Visegrád-Staaten und der EU-27 sind prinzipiell auf politische, sozio-ökonomische und demografische Entwicklungen während der kommunistischen Regime zurückzuführen (Hoff 2008). Nach dem Baby-Boom lag die Geburtsrate in den meisten west- und nordeuropäischen Ländern bereits unter der Ersatzquote, während diese dank der stark familienorientierten und pronatalistischen Politik der kommunistischen Regime in Tschechien und Ungarn bis ca. 1980 und in Polen und der Slowakei bis ca. 1990 weit über der Ersatzquote verblieb (Káčerová/Ondačková 2015: 50).

Tabelle 1: Zentrale Indikatoren zur Alterung der Gesellschaft in den Visegrád-Staaten 2014

EU-Mitgliedstaat	Anteil an der Bevölkerung 65+ in	Anteil an der Bevölkerung 80+ in	Lebenserwartung (2013)	Altenquotient (15-64)	Gesunde Lebensjahre bei der Geburt		Gesunde Lebensjahre im Alter von 65	
					Frauen	Männer	Frauen	Männer
EU-27	18,5 %	5,1 %	80,6	28,1	61,8	61,4	8,6	8,6
Visegrád-Staaten	15,8 %	3,8 %	77,0	22,9	60,8	59,4	6,8	6,6
Polen	14,9 %	3,9 %	77,1	21,2	62,7	59,8	8,1	7,5
Ungarn	17,5 %	4,2 %	75,8	25,8	60,8	58,9	6,1	6,0
Tschechische Republik	17,4 %	3,9 %	78,3	25,7	65,0	63,4	9,3	8,5
Slowakei	13,5 %	3,0 %	76,6	19,0	54,6	55,5	3,6	4,3
Deutschland	20,5 %	5,4 %	80,9	31,5	56,5	56,4	6,7	6,8

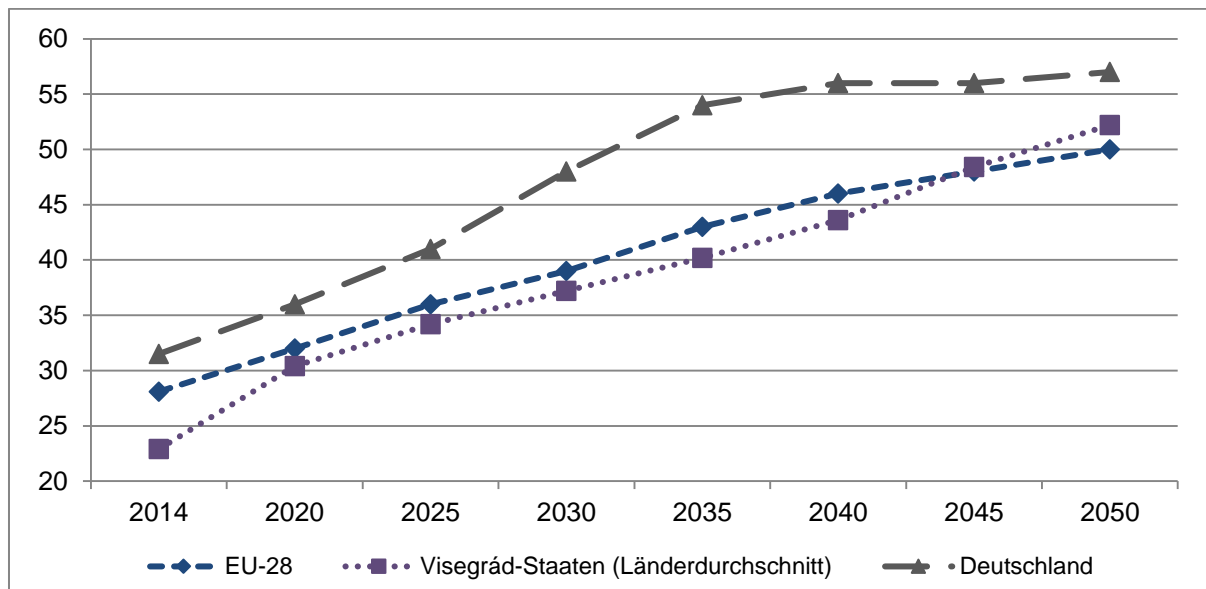
Quelle: Eigene Berechnungen und Eurostat (2015). – Die Werte für die Visegrád-Staaten entsprechend dem Durchschnitt der vier Staaten.

Die moderate und konstante Fertilitätsentwicklung in den Visegrád-Staaten zusammen mit einer niedrigeren Lebenserwartung und Auswanderungskontrollen bis Ende der kommunistischen Regime trugen deutlich dazu bei, dass aktuell in den Visegrád-Staaten größere junge Bevölkerungsgruppen als in westlichen EU-Mitgliedstaaten vorzufinden sind. Nach 1989 fand ein radikaler Wendepunkt in ihrer demografischen Entwicklung statt. Die auftretenden Phänomene waren äußerst niedrige Geburtenraten, westliches Reproduktionsverhalten (u. a. späte Kindererzeugung und Familiengründung), steigende Lebenserwartungsraten und hohe Auswanderungsquoten junger Arbeitskräfte, allesamt förderliche Faktoren für die Alterung der Bevölkerung (vgl. Hoff 2008). Die noch bestehenden demografischen Vorteile der Visegrád-Staat gegenüber westlichen EU-Mitgliedstaaten nehmen also kontinuierlich ab, sodass für das Jahr 2050 prognostiziert wird, dass die Bevölkerungen der Visegrád-Staaten zu den ältesten der EU zählen (vgl. Abbildung 10).

Neben der Alterung der Gesellschaft ist die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit älterer Bevölkerungsgruppen ein entscheidender Faktor zur Abbildung der potenziellen Nachfrage nach Pflegeversorgung. Der Indikator für gesunde Lebensjahre (engl. *Healthy Life Years*, HLY) misst die Zahl der Jahre, die einer im privaten Haushalt lebenden Person in einem bestimmten Alter voraussichtlich noch verbleiben, ohne dass sie durch schwere bzw. mittelschwere Gesundheitsprobleme oder auftretende Behinderungen beeinträchtigt wird. Dieser Indikator wird

anhand der EU-weiten Statistiken zur Sterblichkeit und der aus Bevölkerungserhebungen ermittelten Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Beschränkungen im Lebensalltag berechnet.²⁰

Abbildung 10: Prognose zur Entwicklung des Altenquotienten (2014-2050)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten der EU-Kommission (2015). – Die Werte für die Visegrád-Staaten entsprechend dem Durchschnitt der vier Staaten.

Mit Ausnahme der Tschechischen Republik liegt die Anzahl an erwarteten gesunden Lebensjahren bei der Geburt sowie im Alter von 65 Jahre in den Visegrád-Staaten leicht unter dem EU-Durchschnitt. Für das Jahr 2014 sind aktuell rund 62 gesunde Lebensjahre bei der Geburt und rund neun gesunde Lebensjahre für die Bevölkerung im Alter von 65 in der EU-27 zu erwarten. Die durchschnittlichen Werte in den Visegrád-Staaten liegen bei jeweils rund 61 und sieben Jahren (siehe Tabelle 1). Insofern wird festgestellt, dass die Region der Visegrád-Staaten aktuell keinen überdurchschnittlichen Bedarf an Pflegedienstleistungen hat. Die analysierten demografischen Indikatoren deuten jedoch darauf hin, dass der Pflegebedarf in den Visegrád-Staaten in den kommenden Jahren an Bedeutung gewinnen wird.

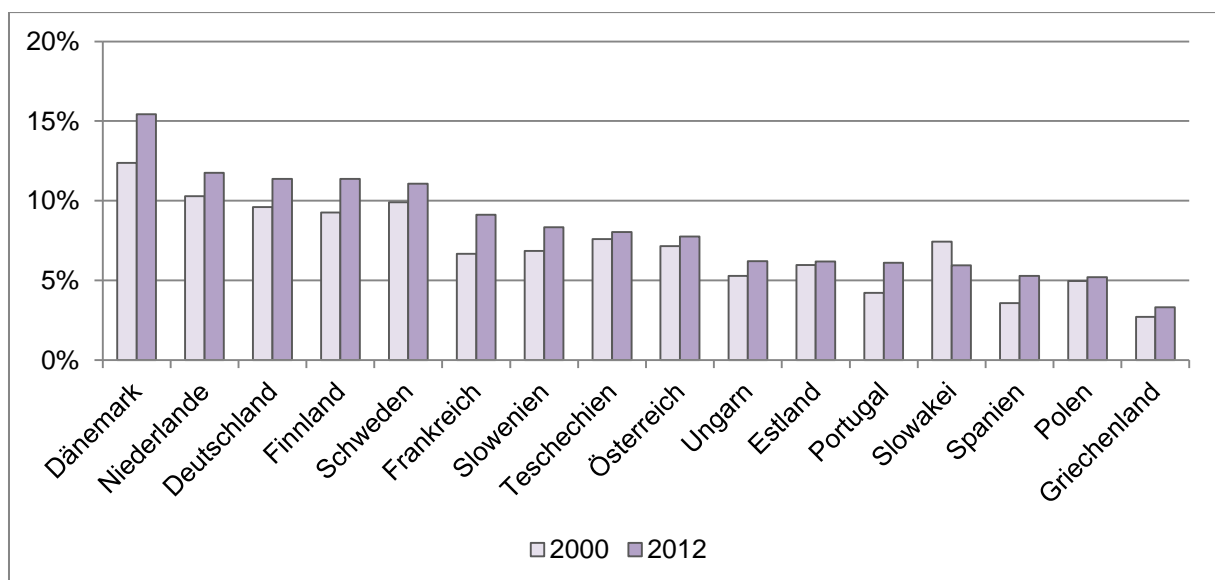
3.2 Angebot von Gesundheits- und Pflegefachkräften am Pflegearbeitsmarkt

Ein zentraler Eckpunkt der Diskussion um die innereuropäischen Migrationsströme ist die Entwicklung des Angebotes von ausgebildeten Pflegefachkräften am formellen Arbeitsmarkt in den jeweiligen EU-Mitgliedstaaten. Das Angebot von Pflegefachkräften wird von institutionellen Faktoren bestimmt, etwa der Organisation und der Finanzierung der Pflegesysteme. In

²⁰ Die Daten zu selbst wahrgenommenen Aktivitätseinschränkungen stammen aus einem europäischen Modul zur Gesundheit, das in die Erhebung der EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) integriert ist. Der HLY hängt somit bis zu einem gewissen Grad von der subjektiven Wahrnehmung der befragten Person und von ihrem sozialen und kulturellen Hintergrund ab. Zudem werden die statistischen Verfahren vom EU-SILC von den einzelnen EU-Mitgliedstaaten eingerichtet, was wiederum zu möglichen Verzerrungen im Rahmen von ländervergleichenden Analysen führen kann.

zahlreichen westlichen Staaten wurde ab den 1990er Jahren der Pflegesektor neu gestaltet: In vielen westlichen EU-Staaten wurden Maßnahmen verabschiedet, um den Pflegebereich zu regulieren, finanzieren und nachhaltig zu fördern, z. B. mit der Einführung der eigenständigen Pflegeversicherung in Deutschland. Im Vergleich zu anderen EU-Mitgliedsstaaten werden Pflegedienstleistungen in den Visegrád-Staaten nach wie vor im Rahmen von unterentwickelten und fragmentierten Pflegesystemen erbracht (Österle/Mittendrein 2012). Seit den 2000er Jahren befinden sich die Pflegesysteme der Visegrád-Staaten in einem Entwicklungsprozess, um u.a. den formellen Pflegebereich auszubauen (Szüdi et al. 2016; Perek-Białas/Raław 2014: 256-259). Die Anzahl an Pflegefachkräften im Verhältnis zur Bevölkerungsgröße ist in allen EU-Mitgliedsstaaten mit Ausnahme der Slowakei zwischen 2006 und 2012 gestiegen (siehe Abbildung 11). Dennoch treten hierbei gewichtige Unterschiede zwischen den ost- und südeuropäischen und den west- und nördlichen Regionen der EU auf. Der Anteil von Gesundheits- und Pflegefachkräften an der Bevölkerung ist in Deutschland (11,4 %) beispielsweise fast doppelt so groß wie in der Region der Visegrád-Staaten (6,3 %).

Abbildung 11: Gesundheits- und Pflegefachkräfte im formellen Bereich pro 1.000 Einwohner in ausgewählten EU-Mitgliedstaaten



Quelle: OECD (2015).

Obwohl die kurz- und mittelfristigen Auswirkungen der Bevölkerungsalterung auf den Pflegebedarf in den neuen EU-Mitgliedstaaten geringer zu erwarten sind als im EU-Durchschnitt, weisen ihre Pflegesysteme ein deutlich geringeres Angebot an Pflegefachkräften auf.

4 Push and Pull Faktoren der innereuropäischen Migration im Pflegebereich

Die *Push and Pull* Analyse ist ein methodischer Forschungsansatz zur Erklärung von internationaler und interregionaler Wanderung. Die Analyse setzt sich mit abstoßenden Migrationsfaktoren (*Push* Faktoren) auseinander, die die Auswanderung von Menschen aus ihren Herkunftsländern befördern, und mit anziehenden Migrationsfaktoren (*Pull* Faktoren), die die Einwanderung in Empfängerländer positiv beeinflussen. Ziel dieser Analyse ist es, die bereits diskutierten Faktoren für die Migration im Pflegebereich einzuordnen sowie Interdependenzen des europäischen Arbeitsmarktes im Pflegebereich offenzulegen. Hierbei wird der Fokus auf die allgemeine Pflegekräftemigration aus den neuen EU-Mitgliedstaaten nach Deutschland gelegt, ohne dabei zwischen unterschiedlichen Migrationskonstellationen zu differenzieren.

Zur Erklärung der innereuropäischen Pflegemigration stehen sozio-ökonomische Faktoren im Vordergrund, z.B. unterschiedliche demografische Entwicklungen, Einkommensstrukturen oder berufliche Karrierechancen in den EU-Mitgliedstaaten. Der Einsatz von mittel- und osteuropäischen Pflegekräften in informellen und formellen Pflegearrangements in Deutschland ist daher nicht nur auf ökonomische Faktoren zurückzuführen. In Bezug auf die *Push* Faktoren in den Visegrád-Staaten stehen vornehmlich die relativ prekäre Lebens- und Arbeitssituation von Pflegekräften, ihre niedrige Entlohnung und ebenso eine hohe Arbeitsbelastung im Mittelpunkt. Lutz und Palenga-Möllenbeck (2015) identifizieren folgende spezifische *Pull* Faktoren für Zuwanderung von Pflegekräften nach Deutschland: „Die steigende Anlehnung an ausländischen Pflegekräften bei informellen Pflegearrangements in Deutschland nimmt u. a. aufgrund demografischer (sinkende Geburtenraten und Alterung der Gesellschaft), sozioökonomischer (die steigende Zahl erwerbstätiger Frauen) und politischer (der Rückzug wohlfahrtstaatlicher Dienstleistungen) Gründen an Bedeutung zu“.

Tabelle 2 beinhaltet einen Überblick über ausgewählte Faktoren, die die innereuropäische Pflegekräftemigration nach Deutschland beeinflussen und in der Fachöffentlichkeit diskutiert werden. Dabei werden zwei Ebenen berücksichtigt: Die Mikroebene, auf der die Motivationen der Pflegekräfte für die Auswanderung nach Deutschland diskutiert werden und die Makroebene, auf der rechts- und pflegepolitische Rahmenbedingungen innerhalb des EU-Binnenmarkts berücksichtigt werden.

Tabelle 2: Push and Pull Faktoren der innereuropäischen Pflegekräftemigration nach Deutschland

Pull Faktoren	Push Faktoren
Mikroebene	
Gute Bezahlung	Schlechte Bezahlung und Arbeitsbedingungen Soziale Unsicherheit
Transnationale Verkehrs- und Kommunikationsmöglichkeiten	
Geografische Nähe	
Gesellschaftliche und kulturelle Akzeptanz	
Grenznahe Kontaktnetze zwischen Polen und Deutschland	
Makroebene	
Größerer Pflegebedarf und größere Nachfrage nach Pflegedienstleistungen	Arbeitnehmerfreizügigkeit
Harmonisierung der Berufsqualifikationen	Unterentwickelte Pflegesysteme

Quelle: Eigene Darstellung.

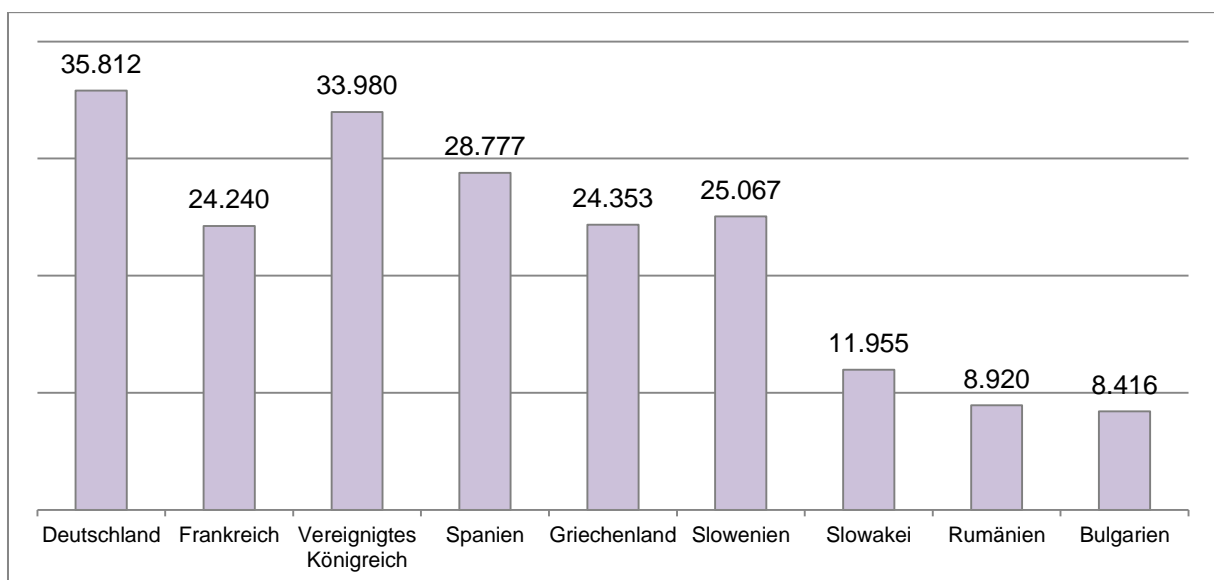
4.1 Mikroebene – Migrationsmotivationen für Pflegekräfte

Einen wichtigen *Pull* Faktor stellt die geografische Nähe zwischen Deutschland und den neuen grenznahen EU-Mitgliedstaaten dar, die den migrantischen Pflegekräften aus grenznahen Regionen Pendelmöglichkeiten bietet. Insbesondere aus Regionen wie Ober- oder Niederschlesien, in denen die Arbeitsmigration mit der Zeit zur „Verdiensttradition“ geworden ist, pendeln überwiegend Frauen zur Pflege ins Nachbarland (Kniejska 2015: 2). Im formellen sowie informellen Pflegebereich sind dies somit Zusatzverdienstmöglichkeiten für beispielsweise Rentnerinnen oder im Haushalt beschäftigte Frauen, die auf Teilzeitbasis bzw. innerhalb kürzerer Auslandsaufenthalte Pflege Tätigkeiten beruflich ausüben können. Lutz und Palenga-Möllbeck (2010b) identifizierten anhand von empirischen Untersuchungen, dass Mütter aus Osteuropa ein Rotationssystem im Dreimonatsrhythmus bevorzugen, das ihnen ermöglicht, alle zwei Monate zu ihren Familien zurückzukehren. Im formellen Pflegebereich können insbesondere grenznahe Kontaktnetze zwischen Polen und Deutschland die Pflegekräftemigration beeinflussen. Wohlfahrtsverbände haben bereits in den letzten Jahren zahlreiche Kooperationsprojekte mit Ausbildungseinrichtungen der Pflegebranche in den grenznahen neuen EU-Mitgliedstaaten durchgeführt, aus denen *Win-Win* Situationen zustande kommen: Ausländische Pflegekräfte werden ausgebildet und können Arbeitserfahrung in Deutschland sammeln, während deutsche Einrichtungen vom Einsatz dieser Arbeitskräfte profitieren (Stifler 2011). Die geografische Nähe zusammen mit modernen Verkehrs- und Kommunikationsmöglichkeiten können zudem die Arbeitsaufenthalte im Ausland für Pflegekräfte erleichtern, ohne dass sie dabei auf ihren kompletten familiären Kontakt verzichten müssen. Darüber hinaus herrscht in Deutschland eine weit verbreitete gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber Pflegerinnen aus Osteuropa. „Die private Beschäftigung von polnischen Pflegekräften scheint für viele deutsche

Familien die optimale Lösung zu sein und wird noch dadurch verstärkt, dass sie nicht nur zum gleichen Kulturkreis gehören, sondern auch stereotype Assoziationen von osteuropäischen Frauen („tüchtig, liebevoll, billig und belastbar“) aufrufen“ (Kniejska 2015).

Neben den oben diskutierten Migrationsursachen ist jedoch der Lohnunterschied mittel- und osteuropäischer EU-Mitgliedstaaten zu Deutschland im Gesundheits- und Pflegebereich ein entscheidender *Pull* Faktor für die Zuwanderung von ausgebildeten Pflegefachkräften. Im Vergleich zu traditionellen EU-Empfängerländern, wie beispielsweise Frankreich, zeigt Deutschland bessere Lohnverhältnisse in der Gesundheits- und Pflegebranche. Im Vergleich zu mittel- und osteuropäischen Mitgliedstaaten kann das deutsche Lohnniveau im Gesundheits- und Pflegebereich bis zu dreimal so hoch sein. Somit hat Deutschland einen komparativen Vorteil für die Anwerbung von Pflegefachkräften. Zu anderen wichtigen Empfängerstaaten von europäischen Pflegekräften, wie beispielsweise dem Vereinigten Königreich, sind jedoch keine gewichtigen Unterschiede feststellbar (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12: Durchschnittliche Bruttoverdienste im Gesundheits- und Sozialwesen in ausgewählten EU-Mitgliedstaaten in Euro, 2009 (unter Berücksichtigung der Kaufkraftparitäten)



Quelle: BMWI (2012).

4.2 Makroebene – Pflegekräftemigration im EU-Kontext

Inneuropäische Migrationsströme von Pflegekräften werden von rechtlichen Rahmenbedingungen und legislativen Maßnahmen geprägt. Das europäische Projekt einer Arbeitsmarktintegration hat zwei Säulen, die einen unmittelbaren Einfluss auf die Pflegekräftemigration haben: Der Abbau der administrativen Hürden für die Arbeitnehmerfreizügigkeit, die seit 2011 für alle neuen EU-Mitgliedstaaten sukzessiv abgebaut wurden, und die Harmonisierung der beruflichen Ausbildungen der EU-Mitgliedstaaten. Weitere EU-Vorschriften spielen in diesem Kontext auch eine Rolle, wie beispielsweise die Richtlinie 2014/67/EU zur Regelung der Arbeitnehmerentsendungen. Für die Verfolgung von Schwarzarbeit in den EU-Aufnahmestaaten von Pflegekräften gilt aber der nationale Rechtsrahmen der Aufnahmestaaten. Insofern haben EU-Bestimmungen lediglich Einfluss auf den formellen Pflegebereich.

Die Harmonisierung der jeweiligen nationalen Ausbildungen und die Regelung der Ausbildungsanerkennungsverfahren ist derzeit der zentrale Baustein der EU-Politik zur Förderung der innereuropäischen Arbeitsmigration. In diesem Bereich wurden in den letzten Jahren bedeutende Schritte getätigt. Mit der Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG wurde erstmalig ein europaweiter Rechtsrahmen eingerichtet, innerhalb dessen die Länder Berufsqualifikationen anerkennen können. Gemäß der Richtlinie 2013/55/EU soll sogar in den nächsten Jahren eine automatische Anerkennung der Krankenpflegeausbildung für Staatsangehörige aus EU- oder EFTA-Mitgliedstaaten gelten. Laut dem deutschen Krankenpflegegesetz (§ 2 Absatz 1 Nr. 4) sind allerdings hierfür Sprachkenntnisse erforderlich, sodass die Berufsanerkennung hierzulande nicht unmittelbar erfolgen kann. Die Wirkung des innereuropäischen Rechtsrahmens kann bei der Rekrutierung von Fachkräften in deutschen Pflegeeinrichtungen empirisch festgestellt werden. So sind die Schwierigkeiten bei der Anerkennung ausländischer Qualifikationen in Deutschland deutlich geringer bei Rekrutierungsverfahren von EU-Pflegekräften als bei Rekrutierungsverfahren von Pflegekräften aus Drittstaaten (Bonin et al. 2015: 45).

5 Schlussfolgerungen und Zukunftsperspektive

Die formelle Pflege in Deutschland hängt zunehmend vom Beitrag der migrantischen Frauen aus den neuen EU-Mitgliedstaaten ab, insbesondere aus Polen. Zugewanderte Pflegekräfte aus den neuen EU-Mitgliedstaaten sind zwar häufig erwerbstätig, jedoch selten sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Dabei handelt es sich überwiegend um Werkvertragsarbeitnehmerinnen oder Entsendungen von Pflegekräften ausländischer Unternehmen im Rahmen der EU-Dienstleistungsfreiheit. Die quantitative Analyse der Pflegekräftemigration nach Deutschland zeigt ferner eine inverse Korrelation zwischen der Anzahl an berufstätigen ausländischen Pflegekräften und ihrem Qualifikationsniveau. Das heißt, die Zuwanderung nach Deutschland von mittel- und osteuropäischen Pflegekräften nimmt kontinuierlich zu, zugewanderte Pflegekräfte weisen allerdings in der Regel keine Pflegeausbildung auf.

Rechtliche Rahmenbedingungen und legislative Maßnahmen haben einen zentralen Einfluss auf die innereuropäische Arbeitskräftemigration, u. a. im Pflegebereich. Es hat eine sukzessive legislative Entwicklung hin zu einem integrierten EU-Arbeitsmarkt – insbesondere im Pflegebereich – in den letzten Jahren stattgefunden. Maßnahmen zur gegenseitigen Anerkennung und zur Harmonisierung der Pflegeberufe in den EU-Mitgliedstaaten wurden eingeleitet, sodass aktuell lediglich fehlende Sprachkompetenzen eine Hürde für die Qualifikationsanerkennung von EU-Pflegeausbildungen in Deutschland darstellen. Insofern kann man von einem EU-weiten Wettbewerb um Pflegekräfte sprechen, der institutionell gefördert wird. Aufgrund der Arbeitskräfteengpässe zur Befriedigung der zunehmenden Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen gewinnen demnach Maßnahmen zur Anwerbung ausländischer Pflegekräfte seit Anfang der 2000er Jahre an Bedeutung in der politischen Agenda westlicher EU-Staaten (vgl. OECD 2015: 122-151). Im Rahmen dieses transnationalen Wettbewerbs zeigt Deutschland gewichtige komparative Vorteile, insbesondere gute Löhne und die geografische Nähe zu den EU-Hauptentsendeländern von Pflegekräften in manchen osteuropäischen Regionen. Dadurch zählt Deutschland zu den EU-Mitgliedstaaten mit dem größten Anteil an erwerbstätigen, im Ausland ausgebildeten Gesundheits- und Pflegefachkräften.

Dennoch ist die Anwerbung von ausgebildeten Pflegekräften aus anderen EU-Mitgliedstaaten herausfordernd. Es ist gängige Praxis, dass Unternehmen ausgebildete Arbeitskräfte im EU-Ausland rekrutieren. Dies erfordert jedoch viele Ressourcen, die in kleinen Pflegeunternehmen bzw. -einrichtungen oft nicht vorhanden sind. In etlichen EU-Mitgliedstaaten ist die Anzahl an

im Ausland geborenen Pflegefachkräften deutlich höher als die Anzahl an im Ausland ausgebildeten Pflegefachkräften (OECD 2015: 114-118). Es scheint also, dass die Aus- und Weiterbildung der zugewanderten Pflegekräfte in Teilen von den Empfängerstaaten übernommen wird. In manchen EU-Mitgliedstaaten zeigt sich dementsprechend eine schrittweise Substitution der im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte durch solche, die im Inland ausgebildet wurden.

Mit Blick auf die Anwerbung von ausgebildeten Pflegekräften aus den neuen EU-Mitgliedstaaten können zudem perspektivisch bedeutende Herausforderungen identifiziert werden. Die Analyse demografischer Indikatoren aus europäisch-vergleichender Perspektive zeigt, dass die Alterung der Bevölkerung in den neuen EU-Mitgliedstaaten derzeit weniger ausgeprägt ist als in Westeuropa. Im Vergleich zu westlichen EU-Mitgliedstaaten kann aktuell von einem moderatem Bedarf nach Pflegedienstleistungen in den neuen EU-Mitgliedstaaten gesprochen werden. Für die nächsten Jahre wird jedoch prognostiziert, dass die Bevölkerungsstruktur in etlichen mittel- und osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten zu den ältesten der EU zählt und somit der Pflegebedarf akuter wird. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Pflegekräfte aus den neuen EU-Mitgliedstaaten zur Bewältigung des zunehmenden Pflegebedarfs in Deutschland zukünftig beitragen können. Die Ausbildung von Pflegekräften aus mittel- und osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten, die derzeit in Deutschland Pflegeleistungen ohne berufliche Qualifikation in illegalen Beschäftigungsverhältnissen bzw. im informellen Bereich ausüben, bietet wesentliche Potentiale zur Bewältigung der Fachkräfteengpässe in Pflegeberufen. Denn diese Pflegekräfte verfügen nicht nur über Arbeitserfahrung im Pflegebereich, sondern auch über Sprachkenntnisse, die bei anderen potentiellen ausländischen Pflegefachkräften – z.B. aus südeuropäischen EU-Mitgliedstaaten – in der Regel nicht vorhanden sind. Qualifikationsmaßnahmen gerichtet an zugewanderte, in informellen Pflegearrangements tätige Pflegekräfte in Deutschland können also einerseits die Beschäftigung am „grauen“ Pflegemarkt reduzieren und andererseits dazu beitragen, dem Fachkräftemangel im Pflegebereich entgegenzuwirken. Für Entsendeländer wären solche Ausbildungsmaßnahmen ebenfalls wünschenswert, da sie von der geleisteten Ausbildungsinvestition und von der gesammelten Arbeitserfahrung der Pflegekräfte zukünftig profitieren könnten, wenn diese zurückkehren.

6 Literaturverzeichnis

- Afentakis, A.; Pfaff, H.; Maier, T. (2012): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen: Daten und Ziele. In: Sozialer Fortschritt: 2012 (61): 49-52.
- Ambrosini, M. (2015): Irregular but tolerated: Unauthorized immigration, elderly care recipients, and invisible welfare. In: Migration Studies, 2015, 3 (2): 199-216; abrufbar unter: <http://migration.oxfordjournals.org/content/3/2/199.full.pdf+html>.
- Angenendt, S., Clemens, M., Merda, M. (2015): Der WHO-Verhaltenskodex: Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften? In: SPW-Aktuell, 2015 (25); abrufbar unter: www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/aktuell/2014A25_adt_clemens_merda.pdf.
- AWO (2013): Anwerbung ausländischer Fachkräfte in der Pflege – Positionspapier der AWO; abrufbar unter: <http://grundsatzprogramm.awo.org/wp-content/uploads/2015/04/2013-AWO-Positionspapier-Anwerbung-auslaendischer-Fachkraefte-in-der-Pflege.pdf>.
- BMFSFJ (Hrsg.) (2015): Zwischenbericht und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012-2015); abrufbar unter: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Zwischenbericht-zur-Ausbildungs-und-Qualifizierungsoffensive-Altenpflege-Langfassung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf.
- BMW (Hrsg.) (2012): Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft Kurzfassung. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie; abrufbar unter: www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/Publikationen/Studien/chancen-zur-gewinnung-von-fachkraeften-in-der-pflegewirtschaft,property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf.
- Bonin, H., Braeseke, G., Ganserer, A. (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen; abrufbar unter: www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Studie_IB_Internationale_Fachkraefterekrutierung_in_der_deutschen_Pflegebranche_2015.pdf.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2015): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse; abrufbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2015-12.pdf>.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik (Hrsg.) (2013): "Gesundheits- und Pflegeberufe" Auf Basis der Klassifikation der Berufe von 2010 (KldB 2010); abrufbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010/Arbeitshilfen/Berufsaggregate/Generische-Publikationen/Steckbrief-GesundheitsPflegeberufe.pdf>.
- DGB (2016): Arbeitsplatz Privathaushalt – Gute Arbeit ist möglich. Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand; abrufbar unter: www.dgb.de/themen/++co++993cf6d8-15b7-11e6-9083-52540023ef1a?t=1.
- Diallo, K. (2009): Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. In: 601 Bulletin of the World Health Organization; August 2004, 82 (8); abrufbar unter: www.scielosp.org/pdf/bwho/v82n8/v82n8a10.pdf.
- Döcker, B. (2014): Zur Ethik bei der Anwerbung ausländischer (Pflege-)Fachkräfte. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 2014 (5): 387-396.
- EU KOM – Europäische Kommission (2015): The Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU28 Member States (2013-2060). Luxembourg: Publications Office

- of the European Union; abrufbar unter: http://europa.eu/epc/pdf/ageing_report_2015_en.pdf.
- Hardy, J.; Calveley, M.; Kubisa, J.; Shelley, S. (2014): Labour strategies, cross-border solidarity and the mobility of health workers: Evidence from five New Member States. *European Journal of Industrial Relations*, 2015, Vol. 21 (4): 315-333.
- Heinz, F. F.; Ward-Warmedinger, M. (2006): Cross-border labour mobility within an enlarged EU. ECB Occasional Paper 52. Abrufbar unter: <http://ssrn.com/abstract=923371>.
- Hoff, A. (2008): Population Ageing in Central and Eastern Europe as an Outcome of the Socio-Economic Transition to Capitalism. In: *Socialinis Darbas* 2008, 7(2); abrufbar unter: www.mruni.eu/upload/iblock/adc/2_hoff.pdf
- Kniejska, P. (2015): All-inclusive-Pflege aus Polen in der Schattenzone. Ergebnisse von Interviews mit polnischen Pflegekräften, die in deutschen Privathaushalten beschäftigt sind. In: *WISO-Direkt* 2015; abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11341.pdf>.
- Körner, A. (2014): Pflegekräfte aus Osteuropa - Licht ins Dunkel der Schwarzarbeit? - Zur sozialrechtlichen Bewertung der Tätigkeit von Pflegekräften in Privathaushalten im Hinblick auf die Erweiterung der Arbeitnehmer-Freizügigkeit zum 1.5.2011, Beitrag für die Heinrich-Böll-Stiftung 2014; abrufbar unter: www.boell.de/de/2014/03/03/pflegekraefte-aus-osteuropa-licht-ins-dunkel-der-schwarzarbeit#5.
- Lipszyc, B.; Etienne, S.; Xavier, A. (2012): Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27. EU-Commission Economic Papers 469; abrufbar unter: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf.
- Lubambu (2014): The Impacts of Remittances on Developing Countries. Directorate General For External Policies Of The Union; online abrufbar unter: [www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2014/433786/EXPO-DEVE_ET\(2014\)433786_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2014/433786/EXPO-DEVE_ET(2014)433786_EN.pdf).
- Lutz, H.; Palenga-Möllnbeck, E. (2010a): Care Work Migration in Germany: Semi-Compliance and Complicity. In: Special Issue for the *Journal Social Policy and Society*, Cambridge University Press 2010; 9 (3): 419-430; abrufbar unter: http://palenga.de/lutz_palenga_semi_compliance.pdf.
- Lutz, H.; Palenga-Möllnbeck, E. (2010b): Das Care-Chain-Konzept auf dem Prüfstand. In: Heinrich Böll Stiftung. Abrufbar unter: www.boell.de/de/2014/03/03/das-care-chain-konzept-auf-dem-pruefstand [zuletzt abgerufen am 18.09.2016].
- Lutz, H.; Palenga-Möllnbeck, E. (2015): Care-Arbeit, Gender und Migration: Überlegungen zu einer Theorie der transnationalen Migration im Haushaltsarbeitssektor in Europa. In: Maier-Gräwe, U. (Hrsg.): *Die Arbeit des Alltags. Gesellschaftliche Organisation und Umverteilung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Neuhaus, A.; Isfort, M.; Weidner, F. (2009): Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.; abrufbar unter: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht_haushaltshilfen.pdf.
- OECD (2011): *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing; abrufbar unter: www.oecd.org/els/health-systems/47884921.pdf.
- OECD (2015): *International Migration Outlook 2015*, OECD Publishing, Paris; abrufbar unter: http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-en.
- Österle, A.; Mittendrein, L. (2012): *Caring Cities-Pflege in zentraleuropäischen Hauptstädten*. WU Wien, Forschungsinstitut für Altersökonomie; abrufbar unter: www.wu.ac.at/fileadmin/wu/d/ri/altersoeconomie/fb12012.pdf.

- Perek-Białas, J.; Raław, M. (2014). Transformation of Elderly Care in Poland. In: León, M. (ed.): The Transformation of Care in European Societies. Palgrave Macmillan UK.
- Przywara, B. (2010): Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results. EU-Commission Economic Papers 417; abrufbar unter: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2010/pdf/ecp417_en.pdf.
- Reymen et al. (2015): Labour Market Shortages In The European Union. European Parliament: Directorate General for Internal Policies; abrufbar unter: [www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/542202/IPOL_STU\(2015\)542202_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/542202/IPOL_STU(2015)542202_EN.pdf).
- Royal College of Nursing (Hrsg.) (2015): International Recruitment 2015; abrufbar unter: www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/629530/International-Recruitment-2015.pdf.
- Statistisches Bundesamt (2014): Pflegende Angehörige in Deutschland häufiger erwerbstätig als im EU-Durchschnitt; abrufbar unter: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Gesundheit/VereinbarkeitVonPflegeUndBeruf.html.
- Statistisches Bundesamt (2015): 20% der zugewanderten Pflegekräfte stammen aus Polen. Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts; abrufbar unter: www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2015/PD15_030_p002.html.
- Statistisches Bundesamt (o. J.): Erwerbstätige; abrufbar unter: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Methoden/Begriffe/Erwerbstaetige.html?nn=55254.
- Striffler, I. (2011): DRK kooperiert mit ungarischer Schule. In: Der Teckbote Kirchheimer Zeitung; abrufbar unter: www.teckbote.de/stadt-kreis_artikel,-DRK-kooperiert-mit-ungarischer-Schule-arid,68956.html.
- Szüdi, G.; Kováčová J.; Konečný, S. (2016): Transformation of Social Care Services for the Elderly in Slovakia. In: Journal of Social Service Research 42 (2); abrufbar unter: www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01488376.2015.1129016?needAccess=true
- Waldhausen, A. (2011): Pflegemigration mit anderen Augen sehen und verstehen. In: Neue Caritas, Politik, Praxis, Forschung Ausgabe, 2011 (14).
- Waldhausen, A., Sittermann-Brandsen, B., Türk, L., (2014): (Alten)Pflegeausbildungen in Europa: Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU. Beobachtungstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa, abrufbar unter: www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgppublications/PflegeEU_Aug2014_01.pdf.
- Golinowska, S. (2010): The Long-Term Care System for the Elderly in Poland. Enepri Research Report No. 83; abrufbar unter: [www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%20No%2083%20\(ANCIEN%20-%20Poland\).pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%20No%2083%20(ANCIEN%20-%20Poland).pdf).
- Káčerová, M.; Ondačková, J. (2015): The process of population ageing in countries of the Visegrad Group (V4). In: Erdkunde, 2015, Vol 69 (1): 49-68; online abrufbar unter: www.researchgate.net/profile/Marcela_Kacerova/publication/274248451_The_process_of_population_ageing_in_countries_of_the_Visegrad_Group_V4/links/55192e60cf21b5da3b7bf54.pdf.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.
Hausanschrift: Zeilweg 42, D-60439 Frankfurt a. M.
Tel.: +49 (0) 69 - 95 789 - 0
Fax: +49 (0) 69 - 95 789 - 190
Internet: <http://www.iss-ffm.de>
E-Mail: info@iss-ffm.de

Diese Publikation ist eine Veröffentlichung der „Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa“. Die Beobachtungsstelle ist ein Projekt, das aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert wird.
Die Website der Beobachtungsstelle: <http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.eu>

Die Publikation gibt nicht die Auffassung der Bundesregierung wieder. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt dem Herausgeber bzw. der/dem jeweiligen Autor/in.

Alle Rechte vorbehalten. Abdruck oder vergleichbare Verwendung ist auch in Auszügen nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung gestattet.

Träger der Beobachtungsstelle:

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.

Autor:

Alejandro Rada (alejandro.rada@iss-ffm.de)

Auflage:

Diese Veröffentlichung ist nur als PDF unter <http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.eu> verfügbar.

Erscheinungsdatum: Oktober 2016