



Europäische
Kommission



Peer Review zu
Sozialschutz und
sozialer Eingliederung

Zweckorientierte **Migrationspolitik** gegen **Fachkräftemangel** in der **Langzeitpflege**

SYNTHESEBERICHT

Deutschland, 23.-24. Oktober 2013

Diese Veröffentlichung wird unterstützt durch das Programm der EU für Beschäftigung und Soziale Solidarität – PROGRESS (2007-2013).

Dieses Programm wird von der Europäischen Kommission verwaltet. Es wurde eingerichtet, um die Umsetzung der Zielvorgaben der Europäischen Union in den Bereichen Beschäftigung, Soziales und Chancengleichheit zu unterstützen, und soll dadurch die entsprechenden Ziele der Strategie Europa 2020 verwirklichen helfen.

Dieses auf sieben Jahre angelegte Programm richtet sich an alle maßgeblichen Akteure in den 27 Mitgliedstaaten, der EFTA, dem EWR sowie den Beitritts- und Kandidatenländern, die an der Gestaltung geeigneter und effektiver Rechtsvorschriften und Strategien im Bereich Beschäftigung und Soziales mitwirken können.

Weitere Informationen unter: <http://ec.europa.eu/progress>

Zweckorientierte Migrationspolitik gegen Fachkräftemangel in der Langzeitpflege

GIOVANNI LAMURA, CARLOS CHIATTI, FRANCESCO

BARBABELLA AND MIRKO DI ROSA

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH & SCIENCE ON AGEING (INRCA), ITALIEN

SYNTHESEBERICHT

Europäische Kommission

Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration
Manuskript fertiggestellt im Februar 2014

Veröffentlichung erstellt im Auftrag der Europäischen Kommission von



© Umschlagbild: Europäische Union

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich.

Weitere Informationen zu den Peer Reviews finden Sie unter:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=de>.

*Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre
Fragen zur Europäischen Union zu finden*

Gebührenfreie einheitliche Telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(* Sie erhalten die bereitgestellten Informationen kostenlos, und in den meisten Fällen entstehen auch keine Gesprächsgebühren (außer bei bestimmten Telefonanbietern sowie für Gespräche aus Telefonzellen oder Hotels).

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind verfügbar über Internet, Server Europa (<http://europa.eu>).

Katalogisierungsdaten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2014

ISBN 978-92-79-36213-2

ISSN 1977-8023

doi: 10.2767/90507

© Europäische Union, 2014

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2014

Inhalt

Zusammenfassung	5
A. Politikkontext auf europäischer Ebene	7
B. Politikinstrument des Gastgeberlands	13
C. Politikinstrumente und Erfahrungen in den Peer-Ländern	16
D. Zentrale Diskussionspunkte des Seminars	23
E. Schlussfolgerungen und Erkenntnisse	25
F. Beitrag der Peer Review zu Europa 2020 und zum Sozialinvestitionspaket	28
Literatur	30





Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht enthält eine Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte der Peer Review zur Rolle der Migrationspolitik, mit dem Ziel, Personalengpässen in der Langzeitpflege in EU-Mitgliedstaaten zu begegnen. Er bietet eine Überblicksdarstellung der im einleitenden Diskussionspapier analysierten und während eines Seminars am 23.-24. Oktober 2013 in Berlin diskutierten Problemstellungen.

Abschnitt A dieses Berichts beleuchtet den **Politikkontext auf europäischer Ebene**. Zunächst wird auf die Notwendigkeit eines umfassenden Konzeptionsrahmens eingegangen, um zu integrierten Strategien zu gelangen, die vielfältige Aspekte vereinen: Migrations-, Langzeitpflege- und Arbeitsmarktpolitik; Blickwinkel sowohl der Entsende- als auch der Aufnahmeländer; die gesamtgesellschaftliche Ebene, die Mesoebene (Organisationen/ Unternehmen) und die individuelle Mikroebene. Anschließend werden die rechtliche Unterscheidung zwischen EU- und Nicht-EU-Arbeitskräften sowie der rechtliche Spielraum für die Anwerbung von Pflegefachkräften aus Drittländern erörtert (z. B. „Blaue Karte EU“ und Mobilitätspartnerschaften). Auch der Input weiterer relevanter EU-Initiativen wird analysiert: „Arbeitsgruppe Bevölkerungsalterung“, die „Gemeinsame Aktion zur Arbeitskräfteplanung im Gesundheitswesen“ (initiiert im Rahmen des „Aktionsplans für Fachkräfte im europäischen Gesundheitswesen“), die laufende Umgestaltung von EURES („Europäisches Portal zur beruflichen Mobilität“) und das Sozialinvestitionspaket (SIP). Am Ende des Abschnitts wird an die wichtigsten Grundsätze des Internationalen Verhaltenskodex der WHO über die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften erinnert.

Abschnitt B skizziert das **Politikinstrumentarium des Gastgeberlandes Deutschland** auf diesem Gebiet. Nach Grundinformationen zu aktuellen demografischen und Beschäftigungstrends und einem Überblick über wesentliche politische, kulturelle, ethische und sprachliche Aspekte für die Anwerbung von Langzeitpflegekräften im Land wird auf den Stellenwert der Rekrutierungs- und anderer damit verbundener Kosten eingegangen. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung der wichtigsten vorherrschenden Politikperspektiven.

Eine Übersicht der wichtigsten **Politikmaßnahmen und Erfahrungen in den an der Peer Review beteiligten Staaten** steht im Mittelpunkt von Abschnitt C. Es werden übereinstimmende Trends und abweichende Ansätze veranschaulicht, und zwar anhand eines einheitlichen Analyseusters zu folgenden Fragen: Personalknappheit im Langzeitpflegebereich? Strategien zur Abwendung von Pflegeversorgungslücken in den Herkunftsländern der MigrantInnen? Verbesserung der gegenseitigen Anerkennung von Qualifikationen in Pflegeberufen? Förderung der „Integration“ im Zielland oder Rückkehr ins Herkunftsland? Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern?

Die zentralen **Diskussionspunkte des Seminars** finden sich in Abschnitt D. Dabei geht es zunächst um die übereinstimmende Sorge ob des geringen Ansehens und Status der Langzeitpflegearbeit und der notwendigen Einführung einer umfassenden Rekrutierungsstrategie auf Basis des Internationalen Verhaltenskodex der WHO. Ferner gingen die TeilnehmerInnen auf Strategien ein, um die Diskrepanz zwischen den Erwartungen der ArbeitsmigrantInnen und der tatsächlichen Situation in den Aufnahmeländern zu verringern. Weitere Diskussionspunkte des Seminars betrafen geschlechtsbezogene Problemstellungen,

Finanzierungsmechanismen und Vor- und Nachteile von Pendelwanderung, temporärer und permanenter Migration sowie von neuen Politikoptionen wie den von der Weltbank angeregten „globalen Schulungspartnerschaften“.

Wie die **wichtigsten Erkenntnisse** aus dem Peer Review-Prozess (Abschnitt E) zeigen, sollte das Hauptaugenmerk langfristig auf eine Pflegeversorgung durch inländische Fachkräfte gelegt werden. Bei vorübergehenden Personalengpässen liefert der Verhaltenskodex der WHO eine maßgebliche – wenn auch verbesserungswürdige – Richtschnur für die Ausgestaltung von Konzeptionsrahmen für die Nachfrage- und Angebotsplanung in der Langzeitpflege, sodass auch die Perspektive der Entsendestaaten systematisch berücksichtigt wird. Die TeilnehmerInnen stellten auch Überlegungen über mögliche horizontale und/oder vertikale Strategien zur Personalsubstitution an (was jedoch eine genauere Abgrenzung spezifischer Aufgaben und Berufe in der Langzeitpflege voraussetzt), und über die Rolle von Aus- und Weiterbildung, um die Negativeffekte der Pflegemigration abzdämpfen. Nach einer Reihe spezifischer Überlegungen zum deutschen Beispiel untersucht der letzte Abschnitt (Abschnitt F) den Beitrag dieser Peer Review zur Strategie Europa 2020.



A. Politikkontext auf europäischer Ebene

Die Frage, ob und wie zur Überbrückung allfälliger Personalengpässe in der Langzeitpflegeversorgung auf Migration zurückgegriffen werden soll, ist komplex. Sie erfordert einen umfassenden Konzeptionsrahmen um Politikinterventionen zu entwickeln, die den Anliegen aller Beteiligten gerecht werden.¹ Die Steuerung von Wanderarbeit im Pflegesektor impliziert in erster Linie eine gleichzeitige Intervention in zumindest drei verschiedenen Politikfeldern: Migration, Langzeitpflege und Beschäftigung. Als Nächstes gilt es, die Auswirkungen verschiedener Politikoptionen auf Herkunfts- und Aufnahmeland abzuschätzen. Nicht zuletzt ist danach zu trachten, Chancen und Schwierigkeiten auf der Makroebene (global, europaweit oder einzelstaatlich), der Mesoebene (Unternehmen, Organisationen oder soziales Netzwerk) und der Mikroebene (Individuen) auszumachen.

International lassen sich in der Migrationspolitik vor allem zwei Ansätze unterscheiden: Eine aktive (gesteuerte) Politik, die versucht Migrationsströme zu kontrollieren, und eine passive (unkontrollierte) Politik, die versucht sich an Ströme anzupassen. Die EU-Politik hingegen richtet sich nach einer strengen **rechtlichen Unterscheidung zwischen Binnenmigration und Wanderbewegungen aus Nicht-EU-Staaten** („Drittländern“). In besonderem Maße gilt dies für den Zugang zum Arbeitsmarkt und die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Hinsichtlich der ersten Kategorie ist die Freizügigkeit für europäische Arbeitskräfte ein politischer Eckpfeiler des *gemeinschaftlichen Besitzstands* (vgl. Artikel 45 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union). EU-Staatsangehörige benötigen in anderen Mitgliedstaaten keine spezielle Arbeitsgenehmigung und können sich prinzipiell auf die gegenseitige Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikationen verlassen². Bezüglich des Zugangs von Arbeitskräften aus Nicht-EU-Staaten (d. h. außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums – EWR – oder einem Vertragsstaat eines bilateralen Abkommens) zu einzelnen EU-Beschäftigungsmärkten besteht indes die Möglichkeit eines nationalen Prüfungsvorbehalts: So das Aufnahmeland vor Erteilung einer Arbeitsgenehmigung auf dem eigenen Arbeitsmarkt prüfen, ob inländische Arbeitskräfte zur Verfügung stehen.

Ergänzend dazu sind **einzelstaatliche Politikmaßnahmen zur Personalanwerbung** möglich, und zwar im rechtlichen Rahmen der folgenden EU-Initiativen, die ausnahmslos die Wichtigkeit einer ethisch verantwortlichen Einstellung unterstreichen – v. a. in Bereichen wie der Langzeitpflege, wo die Gefahr einer übermäßigen Abwanderung hochqualifizierter Kräfte besonders groß ist.

- **Richtlinie zur Blauen Karte** (2009/50/EG) (<http://apply.eu/de/>): Diese Maßnahme hat zum Ziel, hochqualifizierte MigrantInnen in einem gemeinsamen Schnellverfahren und mittels einheitlicher Kriterien (Arbeitsvertrag, Berufsqualifikationen und Mindestgehaltsniveau) anzuwerben und dafür die sog. „Blaue Karte EU“ auszustellen, einen eigenen Aufenthaltstitel mit Arbeitsgenehmigung. Die nachfrageorientierte

¹ Eine ausführlichere Darstellung der in diesem Synthesebericht aufgegriffenen Problemstellungen findet sich im Diskussionspapier: Lamura et al. (2013) <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11116&langId=en>

² Die einzige noch bestehende Ausnahme sind die in manchen Staaten geltenden Übergangsbeschränkungen für kroatische Staatsangehörige (bis längstens 2020). Kroatien ist erst 2013 beigetreten, und andere Mitgliedstaaten können während einer Übergangsphase diese Beschränkungen aufrecht erhalten.



Blaue Karte EU beruht auf einem verlängerbaren Arbeitsvertrag mit einer Gültigkeit von 1-4 Jahren.

- **Richtlinie zur kombinierten Erlaubnis** (2011/98/EU): Die Richtlinie wurde im Dezember 2011 verabschiedet, um ein Bündel von Rechten für Arbeitskräfte aus Drittländern zu schaffen, die sich bereits rechtmäßig in einem Mitgliedstaat aufhalten. Sie regelt ein einheitliches Antragsverfahren für die Erteilung einer kombinierten Erlaubnis, im Gebiet eines Mitgliedstaats zu arbeiten, und ein einheitliches Bündel von Rechten für DrittstaatsarbeitnehmerInnen in einer Reihe von Schlüsselbereichen (Arbeitsbedingungen, allgemeine und berufliche Bildung, Anerkennung von Diplomen, soziale Sicherheit, Steuervergünstigungen, Zugang zu Waren/Dienstleistungen und Wohnraum). Diese MigrantInnen dürfen entsprechend dem Arbeitskräftebedarf den Beruf und damit auch in die Langzeitpflege wechseln.
- **EU-Mobilitätspartnerschaften**: Es handelt sich um bilaterale Übereinkünfte mit einem konkreten Gesprächs- und Kooperationsrahmen zwischen EU-Mitgliedstaaten und Drittstaaten, und zwar hauptsächlich in drei Bereichen: Legale Zuwanderung; Migration und Entwicklung; und Bekämpfung der illegalen Einwanderung. Die Gewichtung der drei Achsen hängt dabei von den Bedürfnissen der beteiligten Staaten ab. Die Prioritäten der jeweiligen Mobilitätspartnerschaft werden in einer gemeinsamen politischen Erklärung der EU und der interessierten Mitgliedstaaten einerseits und des Partnerlandes andererseits verankert. Es können spezifische Projektinitiativen und konkrete Aktionen enthalten sein. Diese Zusagen sind formal nicht bindend, sondern stellen eine offene flexible Maßnahme dar, die individuell auf die Bedürfnisse der Partnerstaaten zugeschnitten und im Prinzip auch für Visaerleichterungs- und Rückübernahmeabkommen genutzt werden kann. Diese Partnerschaften finden potentiell auch auf Gesundheitskräfte Anwendung; ein Beispiel ist die 2008 zwischen der Republik Moldau, der EU und mehreren EU-Mitgliedstaaten unterzeichnete Mobilitätspartnerschaft³. Sie beinhaltet im Wesentlichen ein Abkommen zur Arbeitskräftemobilität mit Italien, ein Maßnahmenpaket für betreute freiwillige Rückmigration, Maßnahmen zur Eindämmung von negativen Auswirkungen von Migration auf zurückbleibende Minderjährige und Angehörige, und die Umsetzung des Visaerleichterungs- und Rückübernahmeprogramms zwischen der EU und der Republik Moldau.

Die genannten Politikmaßnahmen müssen im breiteren Rahmen von **Europa 2020** analysiert werden, der übergeordneten EU-Strategie mit dem Ziel, die Voraussetzungen für ein intelligenteres, nachhaltigeres und integratives Wachstumsmuster zu schaffen (Europäische Kommission 2010). Europa 2020 enthält fünf Schlüsselziele, die bis Ende des Jahrzehnts erreicht werden sollen. Sie betreffen die Bereiche Bildung, Forschung und Innovation, soziale Eingliederung und Armutsbekämpfung, Klimawandel und Energie sowie Beschäftigung. Bei letzterer hat sich die EU insbesondere das Ziel gesetzt, **die Erwerbsquote der 20- bis 64jährigen auf 75 % anzuheben**. Angesichts der wirtschaftlichen und sozialen Herausforderungen im Zusammenhang mit der hohen Arbeitslosigkeit und dem demografischen Wandel hat die Kommission darüber hinaus ein **Beschäftigungspaket** auf den Weg gebracht (Europäische Kommission 2012a, 2012b, 2012c). Darin ist eine Reihe

³ Bulgarien, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Italien, Litauen, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, die Slowakei, Slowenien, die Tschechische Republik, Ungarn und Zypern. Das Abkommen ist verfügbar auf: http://eeas.europa.eu/delegations/moldova/documents/eu_moldova/joint_declaration_2008_en.pdf



von Schlüsselmaßnahmen vorgesehen, um die Arbeitsbeschaffung zu unterstützen, die Arbeitsmarktdynamik zu stärken, die EU-Governance zu verbessern und die Übertragbarkeit von Rentenansprüchen voranzutreiben. Das Gesundheitswesen ist ausdrücklich als einer der beschäftigungsintensiven Wirtschaftszweige genannt, deren Potential ausgeschöpft werden soll.

Eine weitere Leitinitiative der Strategie Europa 2020 ist die **Agenda für neue Kompetenzen und neue Beschäftigungsmöglichkeiten**. Sie präsentiert eine Reihe konkreter Maßnahmen, um die Flexibilität und Sicherheit auf dem Arbeitsmarkt („Flexicurity“) zu verbessern, die Menschen mit adäquaten Qualifikationen auszustatten, die Qualität der Arbeitsplätze aufzuwerten und bessere Voraussetzungen für die Schaffung von Arbeitsplätzen zu bieten. Ergänzend zu diesen Maßnahmen hat die EU eine Reihe weiterer Initiativen und Programme in den verwandten Bereichen Migration und Langzeitpflege eingeleitet. Eine besondere Rolle spielen:

1. **Arbeitsgruppe Bevölkerungsalterung**, eingerichtet vom Ausschuss für Sozialschutz⁴ (SPC-WG-AGE): Sie arbeitet derzeit an einem spezifischen Langzeitpflegebericht, anknüpfend an den Entwurf für ein Arbeitsdokument der Dienststellen aus dem Jahr 2013. Der Bericht, der Anfang 2014 dem Ausschuss für Sozialschutz vorgelegt werden soll, untersucht die wichtigsten zukünftigen Herausforderungen auf dem Langzeitpflegesektor im Hinblick auf Datenerfassung, demografische Trends, Bedürftigkeitsprofile, finanzielle Entwicklungen und – hier von Belang – Engpässe bei Personalressourcen. Unter dem Motto, „mit weniger Ressourcen mehr (und Besseres) erreichen“ soll herausgearbeitet werden, wie die EU zur Bewältigung dieser Herausforderungen beitragen kann. Im Besonderen geht es dabei um Strategien für Prävention und Rehabilitation, eine bessere Befähigung zur eigenständigen Lebensführung und die Steigerung der Kostenwirksamkeit in der Pflegeversorgung durch eine optimierte Nutzung vorhandener Ressourcen (einschließlich Humanressourcen) und die Einflechtung von IKT in die Versorgungskette.
2. **„Aktionsplan für Fachkräfte im europäischen Gesundheitswesen“**: 2012 von der Europäischen Kommission als Teil eines Maßnahmenpakets verabschiedet, das in der Mitteilung KOM(2012) 173 (endg.) – *Einen arbeitsplatzintensiven Aufschwung gestalten* – initiiert wurde, um die Beschäftigung und das Wirtschaftswachstum in Europa zu beleben (Europäische Kommission 2012). Die Implementierung des Aktionsplans obliegt der Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucher (GD SANCO). Er soll die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, sich dieser Herausforderungen anzunehmen und zeigt Wege auf, die Zusammenarbeit in Europa und den Austausch von bewährten Verfahren anzuregen. Ziel ist eine verbesserte Planung des Arbeitskräftebedarfs im Gesundheitswesen, aber auch die Vorwegnahme

⁴ Der Ausschuss für Sozialschutz wurde mit dem „Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union“ (Artikel 160) als beratendes Organ ins Leben gerufen, mit folgenden Aufgaben: 1) Er verfolgt die soziale Lage in der EU und die Entwicklung der Sozialschutzpolitik der Mitgliedstaaten. Im Rahmen der offenen Koordinierungsmethode Soziales berichtet er über soziale Eingliederung, Gesundheitsversorgung, Langzeitpflege und Renten. 2) Er fördert die Debatte und koordiniert politische Lösungsansätze zwischen den EU-Ländern und der Kommission. Er bereitet die Ratstagungen zum Sozialschutz und zu den länderspezifischen Empfehlungen im Rahmen des Europäischen Semesters vor. Er erarbeitet auf Ersuchen des Rates oder der Kommission oder auf eigene Initiative Berichte und gibt Stellungnahmen ab. (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=de>)



von Kompetenzanforderungen, die Anwerbung und Bindung von Fachkräften und die Linderung negativer Migrationseffekte auf das Gesundheitssystem durch Einführung ethischer Regeln für die grenzüberschreitende Rekrutierung

Im Rahmen dieses Aktionsplans wurde eine **Gemeinsame Aktion zur Planung des Arbeitskräftebedarfs im Gesundheitswesen** (JAHWP) (<http://euhwforce.weebly.com/>) ins Leben gerufen mit dem Ziel, einen Pilotversuch für eine Plattform zur Zusammenarbeit und Austausch zwischen EU-Mitgliedstaaten anzustoßen. Die JAHWP-Initiative lief im April 2013 an und wird bis 2016 abgeschlossen; es nehmen alle 28 EU-Mitgliedstaaten teil, die Koordination liegt beim belgischen Gesundheitsministerium. Erwartet wird v. a. ein Input für eine verbesserte Datenerfassung und -auswertung im Hinblick auf die Mobilität von Gesundheitsfachkräften, wofür EU-weit mehr Kapazitäten geschaffen werden sollen, den Qualifikations- und Kompetenzbedarf abzuschätzen: Ad-hoc-Leitlinien sollen ebenso dazu beitragen wie die Anregung von Aktionen über ein konsolidiertes Netzwerk, das sich über sämtliche Mitgliedstaaten erstreckt. Die Hintergrunddaten dafür entstammen einer umfassenden Machbarkeitsstudie, die 2012 veröffentlicht wurde (Matrix Insight 2012).

Eine Reihe weiterer Bausteine des Aktionsplans für Fachkräfte im europäischen Gesundheitswesen ist erwähnenswert:

- **Zwei Ausschreibungen im Rahmen des Aktionsprogramms 2013 im Bereich der Gesundheit** (Exekutivagentur für Gesundheit und VerbraucherInnen – EAHC, <http://ec.europa.eu/eahc/health/>): Die erste zielte auf eine Bestandsaufnahme und Überprüfung der Möglichkeiten für „kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung und lebensbegleitendes Lernen für Gesundheitsfachkräfte“ ab, die zweite auf die Ermittlung von Strategien zur „wirksamen Anwerbung und Bindung“ dieser Fachkräfte.
- **Durchführbarkeitsstudie zur Einsetzung eines „Europäischen Qualifikationsrates für Pflegefachkräfte“**⁵: Ziel war es, die Fundamente für einen zukünftigen Sektorenausschuss zu legen, mit übereinstimmenden Annahmen zu Geltungsbereich, Aktivitäten und Auftrag des Ausschusses und unter Einbeziehung der zuständigen Interessenvertretungen (www.skillsfornursingandcare.eu).
- **Ein erstes Pilotprojekt einer Kompetenzallianz**⁶ **der Pflegebranche**: Die Kompetenzallianz rund um das EFEC (ECVET⁷ Altenpflege) wurde 2013-14 für eine Reihe von Aktivitäten ausgewählt, die einerseits auf eine verbesserte Vergleichbarkeit, Transparenz und gegenseitige Anerkennung von

⁵ Sektorenausschüsse sind sektorbezogene Plattformen, wo Interessenvertretungen Einblicke in die wahrscheinlichen Entwicklungen beim Beschäftigungs- und Qualifikationsbedarf erhalten, um zur Politikgestaltung auf dem bzw. für den Sektor beitragen zu können.

⁶ Kompetenzallianzen sind eine neue Kategorie länderübergreifender Partnerschaften für eine engere Zusammenarbeit zwischen drei Arten von Partnerinstanzen: AnbieterInnen von allgemeiner und beruflicher Bildung; sektorspezifische Fachorgane wie die sozialpartnerschaftlichen Organisationen, Branchenverbände, Handelskammer u. dgl.; und schließlich öffentliche und private Organe sowie Behörden, die in (Aus-)Bildungsbelange involviert sind (http://ec.europa.eu/education/calls/s0112_en.htm).

⁷ ECVET: Europäisches Leistungspunktesystem für die Berufsbildung.



Qualifikationen in sechs Partnerstaaten (Deutschland, Estland, Finnland, Italien, Litauen und Vereinigtes Königreich) und andererseits auf die Umsetzung der ECVET-Grundsätze in der Pflegearbeit abzielen (<http://www.ecvetforec.eu/presentation.htm> www.ecvetforec.eu).

- **Workshop zur Überprüfung der Qualifikation und Ausbildung von AssistentInnen im Gesundheitswesen:** Veranstaltet im Rahmen eines Pilotnetzwerkes aus Pflegeauszubildenden und Zulassungsverantwortlichen (www.hca-network.eu).

3. Kooperationsnetz der öffentlichen Arbeitsverwaltungen (EURES): Das seit 1993 bestehende EURES⁸ ist ein europäisches Netzwerk für die Arbeitskräftemobilität, an dem die Kommission und die für die staatliche Beschäftigungsförderung zuständigen Einrichtungen (Öffentliche Arbeitsmarktverwaltungen) der EWR-Staaten sowie die sozialpartnerschaftlichen Organisationen mitwirken. Es ist für den Informationsaustausch zum Arbeitskräfte- und Arbeitsplatzangebot sowie zu Arbeitsbedingungen zuständig und fördert die Zusammenarbeit zwischen seinen Mitgliedern und Interessensgruppen. Es trägt damit zur Entwicklung eines europäischen Arbeitsmarktes (u. a. für grenzüberschreitendes Pendeln) bei. Die Neugestaltung des „EURES-Portals zur beruflichen Mobilität“ (<https://ec.europa.eu/eures/>) soll die Einstellungs- und Vermittlungsplattform auf europäischer Ebene verbessern, wie im *Pakt für Wachstum und Beschäftigung* (Europäischer Rat 2012) vermerkt. Es soll sowohl die Mobilität der EU-BürgerInnen gefördert als auch die Wirtschaftsmigration aus Drittstaaten unterstützt werden. Das Hauptaugenmerk des neuen Systems liegt auf Beschäftigungsergebnissen und einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Arbeitsvermittlungen (Zulassungsverfahren für letztere auf nationaler Ebene, um einheitliche Qualitätsstandards zu gewährleisten). Die Dienste sollen dadurch besser befähigt werden, gezielte Mobilitätsmaßnahmen auf EU-Ebene zu unterstützen (ob die auf nationaler Ebene initiierten und durchgeführten oder die von der Europäischen Kommission eingeleiteten). Das Ergebnis ist ein leistungsfähigerer Anpassungsmechanismus für einen besseren Ausgleich zwischen Arbeitskräfte- und Qualifikationsengpässen einerseits und einer hohen Arbeitslosigkeit andererseits. Gleichzeitig werden die Ressourcenzuteilung und die Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Wirtschaft in Übereinstimmung mit den Erfordernissen von Europa 2020 optimiert.

4. Im Rahmen der erwähnten Gemeinsamen Aktion zur Planung des Arbeitskräftebedarfs im Gesundheitswesen steht derzeit ein **Workshop** in Vorbereitung, der neben dem **Austausch bewährter Praxisbeispiele auch dazu dient, die Umsetzung des Internationalen Verhaltenskodex der WHO** voranzubringen (siehe die

⁸ Die aktuelle Rechtsgrundlage von EURES leitet sich aus der Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 des Rates über die Freizügigkeit der ArbeitnehmerInnen innerhalb der Gemeinschaft ab, nach einer Novelle 1992 schließlich abgelöst durch die Verordnung (EU) Nr. 492/2011 vom 5. April 2011 (Kapitel II – Zusammenführung und Ausgleich von Stellenangeboten und Arbeitsgesuchen). Die Mitgliedstaaten sind verpflichtet, Stellenangebote und Arbeitsgesuche, die auf nationaler Ebene nicht befriedigt werden konnten, grenzüberschreitend weiterzuleiten. Mit der Entscheidung der Kommission 2003/8/EG vom 22. Dezember 2002 zur Durchführung der o. g. Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 des Rates wurden das EURES-Netzwerk, seine Ziele, seine Zusammensetzung und seine Entscheidungsmechanismen definiert.

Einzelheiten unten). Die Generaldirektion Entwicklung und Zusammenarbeit (EuropeAid) wiederum finanziert ein Sonderprojekt mit dem Titel „**Health workers for all**“ unter niederländischer Koordination und mit Beteiligung von acht NROen; Ziel ist es, Politikverantwortliche in Entsendestaaten von Gesundheitsfachkräften für den Codex zu sensibilisieren (www.healthworkers4all.eu/).

5. Das **Sozialinvestitionspaket (SIP)**: Dieses im Februar 2013 von der Kommission verabschiedete Instrument (*Mitteilung über Sozialinvestitionen für Wachstum und sozialen Zusammenhalt* – KOM[2013] 83 endg.), ergänzt durch ein Arbeitsdokument der Dienststellen über Herausforderungen und Politikoptionen in der Langzeitpflege (Europäische Kommission 2013b), ortet eine Reihe sozialpolitischer Herausforderungen, darunter die demografische Alterung und den Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Unter anderem zeigt das SIP Beispiele auf, wie an die Problemstellungen in der Langzeitpflege durch Prävention, Rehabilitation, ein alterfreundliches Umfeld und Effizienzsteigerungen in der Pflegeversorgung herangegangen werden kann. Der Fachkräftemangel im Gesundheits- und Pflegewesen wird kurz angesprochen, mit einem Vorschlag für länderspezifische Anreize zur Beschäftigungsförderung im Bereich der „Weißkittelberufe“ und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen auf diesem Gebiet. Die Europäischen Struktur- und Investitionsfonds (ESI-Fonds) – allen voran der Europäische Sozialfonds (ESF), das Programm der Europäischen Union für Beschäftigung und soziale Innovation („EaSI“) 2014-2020 und der Europäische Hilfsfonds für die am stärksten benachteiligten Personen (EHAP) – sind potentiell wichtige Bausteine für die Umsetzung der im SIP vorgegebenen Strategie.

Neben den von der EU gesetzten bzw. unterstützten Initiativen ist ein weiteres Instrument für die einschlägige Politikgestaltung zu berücksichtigen: Der **Internationale Verhaltenskodex der WHO über die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften** (WHO 2010). Es handelt sich um einen der umfassendsten Versuche, Rahmenvorgaben für eine verantwortungsbewusste internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aufzustellen. Der Kodex anerkennt einerseits das individuelle Recht auf bestmögliche Gesundheitsstandards, weshalb sowohl in Herkunfts- als auch Aufnahmestaaten von MigrantInnen auf einen gerechten Versorgungszugang zu achten ist, und andererseits das individuelle Recht auf Migration. Gleichzeitig werden Konzepte angeregt, um die Negativfolgen von Migration abzuschwächen und die positiven Auswirkungen zu maximieren, insbesondere in den Herkunftsländern. Die wichtigsten Empfehlungen betreffen folgende Punkte (WHO 2010):

1. Verantwortungsbewusste Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus Entwicklungsländern (falls dort Personalnotstand: Anwerbung unterbinden);
2. Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme (der Personalbedarf sollte hauptsächlich durch inländische Humanressourcen gedeckt werden);
3. Faire Behandlung von MigrantInnen im Gesundheitswesen in allen Stufen (Ausbildung, Anwerbung, Karriere);
4. Zusammenarbeit zwischen Entsende- und Zielstaaten, um beidseitige Vorteile zu erreichen;
5. Technische und finanzielle Unterstützung für Entwicklungsländer;
6. Verbesserungen in der Datenerfassung und im Informationsaustausch (für eine wirksame Umsetzung des Kodex).



B. Politikinstrument des Gastgeberlands

Hintergrund

In zahlreichen EU-Staaten kommt es aufgrund der demografischen Entwicklung zu einem Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, bei gleichzeitiger Zunahme älterer Menschen mit langfristigem Pflegebedarf. In einigen Staaten wie Deutschland lässt sich der Bedarf an Pflegepersonal mit inländischen Fachkräften – selbst nach Umschulungsmaßnahmen für Frauen, Ältere und Arbeitslose und trotz weiterer Effizienzsteigerungen in der Pflegeorganisation – nicht ausreichend decken. Die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland stellt für sich allein genommen zwar keine nachhaltige Strategie zur Bewältigung des aktuellen Personalschwunds dar (Peschner und Fotakis 2013), könnte den Fachkräftemangel aber zumindest teilweise ausgleichen und für den Langzeitpflegesektor sowohl in Ziel- als auch Herkunftsländern Vorteile bringen, wenn in letzteren ein Angebotsüberhang vorliegt.

Rechtliche Unterscheidung zwischen EU-Mitgliedstaaten und Drittländern

Für den Zugang zum Arbeitsmarkt und die Anerkennung der Berufsqualifikationen bestehen grundlegende Rechtsunterschiede zwischen EU- und Drittstaaten. EU-BürgerInnen benötigen keine Arbeitserlaubnis mehr, und die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen ist gewährleistet⁹. Bei Drittstaatsangehörigen (nicht Mitglied des EWR und keine bilateralen Abkommen) unterliegt der Zugang zum Arbeitsmarkt dem Prüfungsvorbehalt des jeweiligen Mitgliedstaats. Die einzelstaatlichen Anwerbspolitiken leiten sich aus den politischen Initiativen auf EU-Ebene ab (z. B. Blue-Card-Initiative, Handelsabkommen mit Nicht-EU-Staaten) oder stützen sich auf bilaterale Verhandlungen (z. B. EU-Mobilitätspartnerschaften).

13

Politische, kulturelle, ethische und sprachliche Aspekte

Mehrere Faktoren spielen eine wesentliche Rolle für die Anwerbung von Langzeitpflegekräften in Deutschland. Ungeachtet einer Arbeitslosenzahl von über drei Millionen und trotz der in den letzten Jahren beschlossenen Aktivierungsmaßnahmen und der Aufhebung des nationalen Prüfungsvorbehalts im Jahr 2011 besteht ein gravierender Personalengpass im Pflegebereich, insbesondere in ländlichen Gebieten. Die deutsche Öffentlichkeit steht der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte heute aufgeschlossener gegenüber als noch vor ein paar Jahren, trotz der nicht vollkommen positiven Geschichte der „GastarbeiterInnen“ von 1955 bis 1973.

Es gibt allerdings noch immer kulturelle Vorbehalte in der öffentlichen Meinung, vor allem was die hohe Zahl ausländischer Krankenhausärztinnen und -ärzte anbelangt (die in einigen

⁹ Die einzigen noch bestehenden Ausnahmen ab Januar 2014 betreffen von Einzelstaaten individuell beschlossene Beschränkungen für kroatische Staatsangehörige (bis längstens 2020); alle übrigen Beschränkungen (für bulgarische und rumänische StaatsbürgerInnen) sind im Dezember 2013 ausgelaufen.



abgelegenen ostdeutschen Kliniken die Mehrheit des medizinischen Personals stellen). Dies belastet potentiell das Vertrauensverhältnis zwischen Pflegekräften und PatientInnen und beeinträchtigt die öffentliche Zustimmung zu Vorhaben, Schlüsselpositionen ggf. mit AusländerInnen zu besetzen. Doch auch die Auswirkungen des kulturellen Hintergrunds der MigrantInnen selbst dürfen nicht übersehen werden; mitunter beeinflusst etwa die Glaubenszugehörigkeit die Entscheidung von Frauen, in diesem Sektor zu arbeiten (Pastore und Tenaglia 2013).

Ethisch bedingte Zweifel bzgl. der Auswirkungen von Rekrutierungsinitiativen betreffen in erster Linie die Gefahr, dass dem Gesundheitssystem der Herkunftsländer Ressourcen entzogen und ihre Bildungsinvestitionen zunichte gemacht werden. In diesem Zusammenhang muss zwischen der Anwerbung von Fachpersonal und ungelerten Zuwanderinnen/Zuwanderern unterschieden werden; Strategien, die sich auf Letztere stützen,¹⁰ tragen möglicherweise dazu bei, zumindest einige der ethischen Problempunkte zu bewältigen.

In der Sprachbeherrschung steckt ebenfalls ein häufiges praktisches Problem, zumal Pflegearbeit nur dann sinnvoll ausgeführt werden kann, wenn zwischen Pflegeperson und PatientIn eine „hinreichende“ Kommunikation stattfindet. Das erforderliche Sprachniveau ist ein wichtiges Element von Vorlaufkosten.

Anwerbungs- und verbundene Kosten

Gut verwaltete Migrationsprogramme sind kostenaufwändig. Bei der Vorbereitung und Überwachung strukturierter Migrationsprojekte spielt eine gründliche länderspezifische Sensibilisierung für kulturelle Aspekte eine große Rolle.

In einigen deutschen Pilotprojekten (BfG 2013) zur Erprobung von Kostenbeteiligungsmodellen wurde dieser Mehraufwand überwiegend aus allgemeinen Bundessteuermitteln gedeckt. In Zukunft sollten mehr strukturelle Lösungen ins Auge gefasst werden, wo die ArbeitgeberInnen in den Zielländern und ggf. auch die ausländischen Arbeitskräfte die Kosten mittragen. In diesen Pilotprojekten kam ein Darlehensmodell zur Anwendung, das die Teilfinanzierung der Vorbereitungskosten, proportional zu den Rückzahlungen aus dem späteren Gehalt, ermöglicht. Rechtliche Aspekte bzgl. der Gleichbehandlung von Arbeitskräften müssen sorgfältig abgewogen werden.

Ebenfalls zu berücksichtigen sind – insbesondere im Hinblick auf eine langfristige Pendelwanderung – die Rückkehrkosten in Unterstützungsprogrammen für temporäre MigrantInnen, als Teil der Entwicklungsfördermaßnahmen für die Entsendestaaten (McLoughlin und Münz 2011).

¹⁰ Ein Beispiel liefert die „Transformationspartnerschaft im Gesundheitswesen“ (TAPiG) für tunesische Pflegefachkräfte in Hamburg. Weitere Informationen finden sich auf www.projekt-tapig.de und (nur auf Englisch) www.coe.int/t/dg4/cultureheritage/culture/Cities/meetings/Pecs/BirteStellerHWC-TAPiG-programme.pdf.



Politische Perspektiven

Personalengpässe im Langzeitpflegebereich sind mit einer umfassenden Strategie für einen leichteren Zugang zum entsprechenden Arbeitsmarkt anzugehen. Neben einer optimierten Anwerbung und der Anerkennung von Qualifikationen geht es dabei auch um die Ausbildung und Bindung von Pflegefachkräften im Inland. Solange keine derartige Strategie vorhanden ist oder wenn sich die erwarteten Resultate noch nicht eingestellt haben – so der Fall beim aktuellen Fachkräftemangel in der Langzeitpflege Deutschlands und anderer EU-Staaten –, erfordert die internationale, verantwortungsbewusste Personalanwerbung die sorgfältige Betrachtung der Lage in potentiellen Entsendestaaten, um dort einen übermäßigen Abgang von qualifizierten Kräften zu vermeiden. Eine solche Anwerbestrategie muss kurz- und langfristige Effekte gleichermaßen berücksichtigen.

Entsendestaaten mit einer jüngeren Altersstruktur und hoher Arbeitslosigkeit können dabei als „ideal“ gelten, doch wenn einem hohen Arbeitslosenaufkommen auch ein Pflegekräftemangel gegenübersteht, etwa aufgrund von Wirtschaftszwängen, ist gründlich zu prüfen, dass dauerhafte Migration keinen verschärften Personalengpass nach sich zieht, sobald sich die Wirtschaft erholt. Auf EU-Ebene muss mehr unternommen werden, um die Qualifikationen im Langzeitpflegesektor zu vereinheitlichen, analog zur Richtlinie 2005/36/EG für Gesundheitsfachkräfte. Zu diesem Zweck könnten mehrere Mitgliedstaaten gemeinsame Pilotprogramme zur Ausbildung von Pflegekräften in die Wege leiten, um die Durchführbarkeit einheitlicher Verfahrensweisen für Berufsqualifikationen zu sondieren.

Es sind dringend systematischere EU-weite Initiativen gefordert, um die Rolle länderübergreifender Personalvermittlungsagenturen zu regulieren und überwachen; Missbrauch und Menschenhandel, wie derzeit in einigen Staaten zu beobachten, müssen unterbunden werden.

Zusammenfassend muss die Anwerbung von Pflegefachkräften folgenden Zielen Rechnung tragen, um eine „Triple Win“ Situation zu erreichen: (a) Verringerung des Personal Mangels in Zielstaaten; (b) Eindämmung der Arbeitslosigkeit in Entsendestaaten; (c) Qualifikationsförderung für jüngere MigrantInnen; (d) Erleichterung/Förderung von zirkulärer Migration zwischen Entsende- und Zielstaaten; (e) Eindämmung der Gefahr verschärfter Diskrepanzen in punkto Geschlechtergerechtigkeit und Gleichbehandlung.

C. Politikinstrumente und Erfahrungen in den Peer-Ländern

Alle beteiligten Peer-Länder sind vom Phänomen der Bevölkerungsalterung betroffen. Auf Menschen ab 65 entfällt ein immer höherer und Prognosen zufolge auch langfristig steigender Bevölkerungsanteil, woraus eine zunehmende Nachfrage nach Langzeitpflege resultieren wird. Bereits 2013 sprach die Kommission an eine Reihe von Staaten wachstums- und beschäftigungspolitische Empfehlungen mit Bezug auf die Europa 2020-Ziele aus, in denen auch diverse Aspekte der Langzeitpflege, der Gesundheitsfürsorge und des Sozialschutzes angesprochen wurden¹¹. Die ExpertInnen der Peer-Länder hatten die Aufgabe, einen Zustandsbericht zum aktuellen Pflegekräftemangel zu erstellen und zu klären, ob der Rückgriff auf Zuwanderung ein geeigneter Lösungsansatz wäre. Die erfassten Informationen bezogen sich darüber hinaus auf Strategien mit folgenden Zielen:

1. Vermeidung von Versorgungsschwierigkeiten für die eigene alternde Bevölkerung in den „Entsendestaaten“;
2. Verbesserte gegenseitige Anerkennung der Qualifikation für Pflegeberufe;
3. „Integrationshilfen“ im Zielland bzw. Unterstützung bei der Rückkehr ins Herkunftsland;
4. Maßnahmen zugunsten der Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern.

Es folgt eine Überblicksdarstellung der Erfahrungen in den beteiligten Staaten.

16

Belgien

Die Pflegeberufelassensich in Belgien in zwei Hauptkategorie einteilen: Gesundheitsfachkräfte (Ärztinnen/Ärzte, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, KrankenpflegehelferInnen [*aides-soignants*]) und häusliches Pflegepersonal (*aide-familiale*). Engpässe bestehen vorwiegend bei Gesundheitsfachkräften (AllgemeinmedizinerInnen sowie Gesundheits- und KrankenpflegerInnen). Drei mögliche Gegenmaßnahmen werden im Allgemeinen ins Treffen geführt: 1) Imageaufwertung der betreffenden Berufe; 2) aktive Anwerbepolitik im Inland; 3) Rekrutierung von Personal im Ausland. Bislang konzentrieren sich die Politikoptionen Belgiens hauptsächlich auf die ersten beiden Optionen (Wets 2011). Der Anteil an WanderarbeiterInnen ist klein, aber im Steigen begriffen: Krankenhäuser und Seniorenheime (v. a. in Brüssel) mit Personalmangel stellen über Vermittlungsagenturen ausländische Kräfte ein. In den letzten Jahren kam die Mehrheit des ausländischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonals aus Frankreich, den Niederlanden, Portugal, Rumänien, Polen und Spanien. 2007 erteilte das Gesundheitsministerium 208 Ausübungsberechtigungen an EU-BürgerInnen, 2012 waren es 1.169. Belgien verfügt bislang jedoch über keine offizielle umfassende Pflegepersonalpolitik mit Rückgriff auf Zuwanderung, obwohl das Land den internationalen Verhaltenskodex der WHO unterzeichnet hat und die europäischen Gesetze zur gegenseitigen Anerkennung von Qualifikationen anwendet. Die Mehrheit der Pflegefachkräfte Belgiens entfällt auf Frauen; auf Bundesebene wurden Maßnahmen

¹¹ Die Empfehlungen der Kommission sind verfügbar auf: http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_de.htm



zugunsten ausgewogener Chancen von Männern und Frauen ergriffen, jedoch ohne direkten Bezug zur Migration in der Langzeitpflege.

Kroatien

Langzeitpflege wird in Kroatien nicht als ein besonderer sozialer Risikobereich angesehen. Sie ist nicht als eigener Wohlfahrtssektor etabliert, sondern wird im allgemeineren Kontext der bedarfsabhängigen sozialpolitischen Versorgung abgedeckt. Am 22. Februar 2013 beschloss das kroatische Parlament eine aktive Migrationspolitik für die Periode 2013-15 (Gesetzblatt 27/13), die jedoch nicht ausdrücklich auf die Langzeitpflege Bezug nimmt. Es gibt ein Quotensystem für Arbeitsgenehmigungen, mit Aktivitäten und Berufen, für die die Einstellung einer bestimmten jährlichen Anzahl von MigrantInnen in Frage kommt. 2013 betrug die Quote für neue Arbeitsgenehmigungen 289, darunter 15 im Gesundheitssektor. Was die Langzeitpflegekräfte angeht, ist die Zahl der im formalen Sektor beschäftigten Fachkräfte aufgrund der geringen Versorgungsreichweite der kroatischen Pflegedienstleistungen verhältnismäßig klein. Bislang gibt es keine klare, systematische und langfristige Strategie zur Integration von WanderarbeiterInnen bzw. zu deren Unterstützung bei der Rückkehr ins Heimatland. Die Regierung hat sich auch mit keinem Programm zur Aufstockung der Pflegefachkräfte (sei es aus dem In- oder Ausland) oder zu deren Kompetenzaufwertung ausgestattet, obwohl ExpertInnen und PolitikanalystInnen von der Notwendigkeit ausgehen, sich dieser wichtigen Problematik mittelfristig anzunehmen (Rusac et al. 2012). Die überragende Mehrheit der kroatischen Pflegefachkräfte – sei es im institutionellen Umfeld oder bei privat in Familien Beschäftigten – sind Frauen, die im Allgemeinen im Vergleich zu Männern schlechter bezahlt werden und einem höheren Armutsrisiko unterliegen. Dessen ungeachtet ist der Frauenanteil auf dem kroatischen Arbeitsmarkt in den letzten beiden Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen (Topolčić 2008).

17

Griechenland

Trotz des steten Anwachsens des älteren Bevölkerungsanteils kommen in Griechenland nur 5,6 % aller SeniorInnen in den Genuss eines öffentlichen Dienstleistungsangebots für ambulante Pflege; die Altenpflege hat nie denselben politischen Stellenwert wie die Kinderbetreuung erlangt. Diese geringe formale Dienstleistungsversorgung (abgesehen von finanziellen Beihilfen) wird hauptsächlich durch pflegende Angehörige und zahlreiche WanderarbeiterInnen ausgeglichen. Familien greifen häufig auf ausländische Pflegerinnen zurück, hauptsächlich aus den Balkanländern und Osteuropa und zumeist im irregulären Marktsegment. Die Wirtschaftskrise hat einen kontinuierlichen Schwund an Beschäftigungsmöglichkeiten für ausländische Kräfte ausgelöst, v. a. aufgrund der starken Zunahme verfügbarer inländischer Arbeitskräfte (hohe Arbeitslosigkeit unter Einheimischen bzw. Drittstaatsangehörigen mit legalem Aufenthaltstitel). Vor kurzem wurde ein neues Verfahren zur Anwerbung hoch qualifizierter Arbeitskräfte eingeführt (Gesetz 4071/2012), um bessere Voraussetzungen zu schaffen, qualifizierte Arbeitskräfte aus Drittstaaten anzuziehen und zu halten. Die Maßnahmen umfassen: a) Beschluss flexibler Einreisebestimmungen für hoch qualifizierte Arbeitskräfte; b) Einführung eines unbürokratischen, flexiblen Zulassungsverfahrens für BewerberInnen; c) attraktive Aufenthaltsregelungen für Betroffene und ihre Familien, ggf. auch Unterstützung beim Wechsel in einen anderen Mitgliedstaat (Bestimmungen zur innereuropäischen Mobilität).



Im Pflegesektor hat die Umsetzung des neuen Verfahrens keinen Niederschlag gefunden: 2013 gab es keine einzige Personalanforderung in diesem Bereich.

Ungarn

Der Anstieg des SeniorInnenanteils und die Anhebung des Renteneintrittsalters für Frauen stellen die größten Herausforderungen für den ungarischen Langzeitpflegebereich dar. Die Zahl der Zuwanderinnen und Zuwanderer in Ungarn steigt langsam aber stetig an, v. a. aus Staaten mit großen ungarischen Bevölkerungsgruppen wie Rumänien, der Ukraine und den ehemaligen jugoslawischen Teilrepubliken. Seit 2010 haben in den verteilten Gebieten lebende UngarInnen Anspruch auf die Doppelstaatsbürgerschaft. Auf der anderen Seite kam es im letzten Jahr zu einer abrupten Zunahme der Emigration: An die 85.000 Menschen wanderten nach Deutschland, Österreich, ins Vereinigte Königreich und nach Kanada aus. Als Beweggründe werden u. a. die hohe Arbeitslosigkeit und wirtschaftliche Stagnation angeführt. Um der Abwanderung von Hochqualifizierten – insbesondere im Gesundheitswesen – entgegenzuwirken, schreibt ein neues Gesetz vor, dass sich an staatlich finanzierten Hochschulen Studierende dazu verpflichten müssen, nach dem Abschluss in Ungarn zu arbeiten. Darüber hinaus wurde eine „Migrationsstrategie“ verabschiedet, mit dem vordergründigen Ziel, ungarische Minderheiten zu unterstützen und die Integration zu fördern. Die Anwerbung ausländischer Fachkräfte in der formalen Langzeitpflege ist in Ungarn kein ernsthaftes Problem, da es sich um einen für inländische Arbeitskräfte wenig attraktiven Niedriglohnssektor handelt. In der Altenpflege wird zunehmend auf Zuwanderinnen und Zuwanderer zurückgegriffen, doch ist wenig über sie bekannt. Was die Geschlechterperspektive betrifft, handelt es sich bei den in Privathaushalten beschäftigten Pflegepersonen aus der Migration hauptsächlich um Frauen in mittlerem Alter. Das Lohnniveau ist niedrig.

18

Polen

Die verfügbaren Daten weisen bereits einen Nachfrageüberhang bei AltenbetreuerInnen und Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in der Langzeitpflege aus. Langzeitpflege wird traditionell von Familien, allen voran Frauen ab 50 Jahren wahrgenommen. In den Sozialhilfemechanismen sind diverse Sozialdienstleistungen für SeniorInnen vorgesehen, ob allgemeiner (Hilfe bei Alltagsverrichtungen) oder spezifischer Art (Pflege für Menschen mit Behinderung mit erweitertem Unterstützungsbedarf durch ärztliche oder Pflegefachkräfte). Um das Konzept des aktiven und gesunden Alterns zu fördern und SeniorInnen die Möglichkeit zu eröffnen, möglichst lange sozial produktiv zu bleiben, wurde das „Regierungsprogramm zur sozialen Teilhabe älterer Menschen 2012-2013“ auf den Weg gebracht. Eine zusätzliche Komponente des Programms ist ein langfristiges seniorenpolitisches Vorhaben (2014-20) mit vorrangigen Aktionsfeldern für die kommenden Jahre. Die anvisierten Bereiche sind: Unabhängigkeit und gesundes Altern; soziale Teilhabe von SeniorInnen; Beschäftigung; Solidarität zwischen den Generationen; und die SeniorInnenwirtschaft. Von der Europäischen Kommission wurde überdies die Empfehlung ausgesprochen, dass Polen die Zielausrichtung öffentlicher Ausgaben auf sozialpolitische Agenden verbessert und im Gesundheitssektor für mehr Kostenwirksamkeit und -effizienz sorgt. Mit der steigenden weiblichen Erwerbsteilnahme und der schrittweisen „Entfamiliarisierung“ von Pflegeaufgaben ist ein vielfältiges Angebot an ambulanten Pflegedienstleistungen entstanden – zumeist



informeller Art (ob durch StaatsbürgerInnen oder Nichtstaatsangehörige) und ohne formale Qualifikationsanforderung. Das geringe Ansehen und die schlechte Bezahlung machen diese Arbeit zu einer Nische, die häufig von Zuwanderinnen – überwiegend aus der Ukraine – besetzt wird (Kindler, 2012). Im Vergleich zu anderen EU-Staaten ist Polen nach wie vor kein besonders attraktives Zielland für MigrantInnen, allen voran solche mit guter Qualifikation. Die polnische Wirtschaft ist indes auf Zuwanderung angewiesen. In diesem Zusammenhang kommen Maßnahmen zur Förderung einer vorwiegend zirkulären anstatt dauerhaften Migration eine wichtige Rolle zu.

Rumänien

Die Zunahme arbeitsloser Frauen und die Abnahme von Großfamilien (hauptsächlich infolge der Abwanderung junger Menschen) wird den Bedarf an Humanressourcen für die Pflegeversorgung im Land erhöhen. In Rumänien herrscht gegenwärtig ein gravierender Mangel an institutionalisierten Dienstleistungen, wofür folgende Gründe anzuführen sind: (1) Immer weniger Menschen entscheiden sich für eine Pflegeausbildung; (2) geringe finanzielle Motivation; (3) berufliche Instabilität; (4) niedrige gesellschaftliche Anerkennung der Pflegeberufe; (5) die unterschiedliche Gehaltsstruktur zwischen Gesundheitsfachkräften in Krankenhäusern und jenen in Sozialeinrichtungen; (6) nicht eindeutig geregelte Zuständigkeiten (nationaler Haushalt, lokale Haushalte, EmpfängerInnen) bzgl. der Finanzierung von Sozialdienstleistungen; (7) steigendes Angebot an gut bezahlter Langzeitpflegearbeit in höher entwickelten europäischen Staaten. Die häusliche Pflege wird als die wirksamste Politikoption zur Versorgung pflegebedürftiger Älterer erachtet, da sie im Vergleich zur Anstaltsfürsorge nicht nur kostengünstiger ist, sondern auch von den Betroffenen selbst, die ihre Unabhängigkeit und sozialen Netzwerke beibehalten wollen, bevorzugt wird. Bei den meisten pflegenden Angehörigen handelt es sich um Frauen, die selbst in fortgeschrittenem Alter stehen und möglicherweise von Pflegebedürftigkeit betroffen sein werden (Popa 2010). Zuwanderung ist für Rumänien keine Lösung, da es selbst ein „Entsendestaat“ ist und nur wenige MigrantInnen mit Fertigkeiten und Berufsqualifikationen für die Langzeitpflege anzieht. Auf lange Sicht muss das Augenmerk darauf gelegt werden, die Rückkehr ausgewanderter RumänInnen zu fördern.

Slowakei

Die slowakische Gesetzgebung enthält keine Definition von Langzeitpflege. Die Zuständigkeit für die Pflegeaufsicht und Dienstleistungen der Langzeitpflege verteilt sich auf das Ministerium für Arbeit, Soziales und Familie und das Gesundheitsministerium. Im Unterschied zur auf EU-Ebene geregelten Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflegeberufen fallen die Qualifikationserfordernisse für Pflegepersonen in die nationale Gesetzgebung. Pflegearbeit ist schlecht bezahlt, und trotz der steigenden Nachfrage nach Gesundheitspflegedienstleistungen fallen alljährlich zahlreiche Pflegearbeitsplätze aus dem slowakischen Markt heraus, da infolge der Wirtschaftskrise und strenger Sparzwänge die öffentliche Finanzierung fehlt. Die Krise spielt für die Entscheidung zu diesem Beruf eine Rolle, allerdings mit einer anderen Motivation: Viele Frauen, allen voran in Regionen mit anhaltend hoher Arbeitslosigkeit, sehen in der Auswanderung als Pflegefachkraft in Staaten mit entsprechend großer Nachfrage, höheren Löhnen und einer stabileren finanziellen Absicherung des Pflegewesens durch Sozialversicherungen den einzigen Ausweg. Eine



ganzheitliche Anwerbestrategie für Pflegeberufe muss neben migrations-, sprach- und pflegepolitischen Maßnahmen auch auf die Beschäftigungspolitik Bezug nehmen (u. a. Regulierung und Überwachung der Anwerbepraktiken von Vermittlungsagenturen). Außerdem müssen im Finanz- und Bankensektor von Entsende- und Aufnahmestaaten Rücküberweisungen auf offiziellen Wegen begünstigt werden. Wohnraumversorgung, Gesundheitsversorgung, Weiterbildungsmechanismen und eine breite Palette an Maßnahmen zu kulturellen Aspekten und staatsbürgerlichen Werten sind ebenfalls von Belang. Die Beschäftigung von Zuwanderinnen und Zuwanderern in der Langzeitpflege hat sich aufgrund der lokalen Personalengpässe in der Kranken- und Altenpflege zu einem allgemeinen Problem entwickelt; es besteht zusehends die Befürchtung, dass mit dem wachsenden Pflegebedarf nicht Schritt gehalten werden kann. Dass in der Slowakei in den nächsten zehn Jahren kein „Pflegetotstand“ eintreten wird, trotz einer großen Zahl pflegebedürftiger SeniorInnen ohne soziale Unterstützung, ist der Pflegearbeit durch nahe Angehörige zu verdanken.

Slowenien

Slowenien ist ein Zuwanderungsland, die ausländischen Arbeitskräfte im Gesundheits- und Pflegebereich stammen überwiegend aus den früheren jugoslawischen Teilrepubliken (SURS/Statistikamt der Republik Slowenien 2013). Neben der geografischen resultiert dies hauptsächlich auch aus der kulturellen und sprachlichen Nähe, die die Arbeit von MigrantInnen in Dienstleistungsberufen erleichtert. Im Gesundheitswesen stammen viele Angestellte der mittleren Ebene (Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, medizinisch-technische Assistenzkräfte) aus Serbien, viele ausländische Ärztinnen und Ärzte wiederum aus Kroatien. Ungeachtet dessen ist in Slowenien der Anteil ausländischer Arbeitskräfte im Gesundheits- und Sozialdienstleistungsbereich weit unter dem EU-Durchschnitt. Das slowenische System der formalen Langzeitpflege unterliegt derzeit einer strengen Regulierung, v. a. betreffend die Qualifikationserfordernisse und die Entlohnung. Darin liegt eine der Schwierigkeiten für ausländische Arbeitskräfte, die im Bereich der Pflegedienstleistungen arbeiten möchten, und einer der Gründe, warum nur wenige ausländische Beschäftigte im formalen Langzeitpflegesektor unterkommen. Eine weitere Hürde ergibt sich daraus, dass Slowenien über keine Gesamtstrategie zur Beschäftigung von ArbeitsmigrantInnen in der Altenpflege verfügt. Der Bedarf an Langzeitpflegedienstleistungen steigt (allen voran in der gemeindenahen Versorgung), und in Zukunft ist in verschiedenen Wirtschaftszweigen mit einem Arbeitskräftemangel zu rechnen – u. a. auch in der Langzeitpflege. Nicht auszuschließen ist auch, dass sich die demografische Situation Sloweniens aufgrund zunehmender Abwanderung verschlechtert. Derzeit dürfte die Option, zirkuläre Migration zu fördern, eher auf politische Akzeptanz stoßen. Es könnten dafür bilaterale Abkommen mit anderen Staaten des ehemaligen Jugoslawiens angebahnt werden.

Spanien

Das im Dezember 2006 verabschiedete „Gesetz zur Förderung der persönlichen Selbständigkeit und Betreuung Pflegebedürftiger“ war ein Meilenstein für das spanische Pflegewesen. In der Folge wurde eine ganze Reihe von pflegebezogenen Wohlfahrtsleistungen eingeführt, bestehend einerseits aus Dienstleistungen und andererseits aus Beihilfen und Zuwendungen. Hinsichtlich der Qualifikationserfordernisse für die Pflegeversorgung



wurden mehrere Niveaus für die formelle Pflege festgesetzt, während informelle Pflegepersonen (i.d.R. Angehörige) zusätzlich zum Pflegegeldbezug auch Ausbildungen beanspruchen können. Spanien ist seit Mitte der 1970er-Jahre wieder ein Zielland für Migration. Mit der Wirtschaftskrise hat mittlerweile eine spürbare Rückwanderung von MigrantInnen eingesetzt, begleitet von einer neuen, zunehmend spürbaren und vielfältigen Abwanderung von InländerInnen – insbesondere unter bildungsstarken jungen Menschen, die auf ihr berufliches Fortkommen bedacht sind. Was die Langzeitpflege betrifft, gibt es bislang keine Personalengpässe bei formalen Dienstleistungen, allerdings lässt sich die erhebliche Arbeitskräftenachfrage in zahlreichen Sektoren – darunter der Altenpflege – seit 2000 nur noch dank der Zuwanderung befriedigen. Es wurden bilaterale Abkommen für Aufenthaltstitel und Arbeitsgenehmigungen abgeschlossen. Vorübergehend mussten Pflegeanbieter für Reise und Unterkunft aufkommen, außerdem haben sie beidseitige Verpflichtungen u. a. bezüglich der Ausbildung ins Leben gerufen. Heute ist eine große Zahl von MigrantInnen auf verschiedenen Ebenen der Langzeitpflege beschäftigt, allen voran in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie beim Betreuungspersonal. Sie haben teilweise an (Aus-)Bildungsmaßnahmen des spanischen Bildungsministeriums oder an Schulungen durch Pflegeorganisationen bzw. an von NROen durchgeführten und vom ESF und der Regierung kofinanzierten Programmen teilgenommen. Zahlreiche Migrantinnen sind in Haushalten beschäftigt (über 70 %), darunter wahrscheinlich ein Gutteil ohne regulären Status. Seit 2010 sind entsprechende Beschäftigungsverträge verpflichtend, sodass ein bescheidener Anstieg an regularisierten MigrantInnen zu verzeichnen ist. Generell ist für die Überwindung von Personalengpässen und die Bindung von Fachkräften in der Langzeitpflege – ob aus EU- oder Drittstaaten – die wesentliche Bedeutung von Ausbildungsmaßnahmen zu beachten. Sie erlauben, ggf. ein Aufeinanderprallen der Kulturen abzufedern. Es könnte eine Strategie zugunsten der zirkulären Migration auf den Weg gebracht werden, beruhend auf dem Grundsatz von „Integration *und* Rückkehr“ anstatt „Integration *oder* Rückkehr“: Beide Abläufe sind komplementär und können in verschiedenen Lebensabschnitten auf dieselbe Person zutreffen.

Schweden

Schweden, das sich durch eine kleine und alternde Bevölkerung in einem flächenmäßig großen Land auszeichnet, hat sich mit einer ebenso offenen wie flexiblen Strategie für Arbeitsmigration ausgestattet (OECD 2011). Schwedens Langzeitpflege weist einen hohen Versorgungsgrad in einem vorwiegend öffentlich finanzierten, formellen Pflegesystem auf. Bis dato ist es dem Land gelungen, den Bedarf an Pflegepersonal zu decken, zum Teil durch Rückgriff auf MigrantInnen. Es ist zu beachten, dass es dabei nicht um Arbeitsmigration an sich geht, sondern um Personen, die aus anderen Gründen nach Schweden zugewandert sind (z. B. Schutzbedarf, Familienzusammenführungen, Ausbildung). Es gibt weder zahlenmäßige noch qualitätsbezogene Beschränkungen für die Zuwanderung von Arbeitskräften. Die allgemeine Philosophie lautet, dass Arbeitsmigration sich nach dem Personalbedarf der ArbeitgeberInnen richten soll, ohne Rücksicht auf das Qualifikationsniveau. Seit einigen Jahren strebt Schweden auch nach einer besseren Kopplung von Migrations- und Beschäftigungspolitik. Laut einer Empfehlung der Europäischen Kommission sollte Schweden indes verstärkte Bemühungen einleiten, die Arbeitsmarktintegration niedrig qualifizierter junger Menschen mit Migrationshintergrund voranzubringen; dafür seien nachdrücklichere und zielgenauere Maßnahmen zur Förderung ihrer Beschäftigungsfähigkeit sowie der Nachfrage nach diesen Gruppen zu erwägen. In



der Langzeitpflege sind Fachkräfte ausländischer Herkunft leicht überrepräsentiert. Um das ganze Arbeitskräftepotential der zugewanderten Bevölkerung auszuschöpfen, bedarf es Maßnahmen zur Anerkennung ihrer Kompetenzen und mehr Ausbildungsinitiativen. Das hohe Anforderungsniveau gilt als eine der größten Hürden für Zuwanderinnen und Zuwanderer ohne formale Pflegeausbildung und/oder Schwedischkenntnisse, sei es bei der Arbeitssuche oder für die Zulassung zu Ausbildungsprogrammen. Im Sinne der Integrationsförderung wurden Politikmaßnahmen ergriffen, um MigrantInnen nach zumindest vier Jahren regulärer Arbeit (als Anerkennung für ihren Beitrag zur schwedischen Volkswirtschaft) die Möglichkeit anzubieten, einen dauerhaften Aufenthaltstitel zu beantragen. Analog dazu wird mit verwandten Politikinstrumenten versucht, die Eingliederung der WanderarbeiterInnen in den Arbeitsmarkt und die Gesellschaft sicherzustellen. Insofern als die Arbeitsmigration nach Schweden nachfrageorientiert ist und keiner staatlichen Regulierung unterliegt, gibt es keine Politikbestrebungen für eine ausgewogene Geschlechterverteilung unter zugewanderten Fachkräften der Langzeitpflege: An die 90 % der Arbeitskräfte des Sektors sind Frauen.



D. Zentrale Diskussionspunkte des Seminars

- Der erste Punkt, den die TeilnehmerInnen des Peer-Review-Seminars aufgriffen, resultierte aus einer gemeinsamen Besorgnis: Der **niedrige Status der Pflegearbeit** – von der Entgeltsituation über die unangenehmen bzw. nicht lohnenden Arbeitsbedingungen bis hin zum geringen Ansehen – ist maßgeblich dafür verantwortlich, dass potentielle AnwärterInnen davor zurückschrecken, diesen Berufsweg einzuschlagen bzw. weiter zu gehen. Die Aufwertung des Status und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für zugewanderte Pflegekräfte müssen folglich als Priorität behandelt werden. Der Internationale Verhaltenskodex der WHO (2010) zog mehrfach das Interesse der TeilnehmerInnen auf sich, die hinterfragten, wie seine wichtigsten Grundsätze in eine **umfassende Anwerbestrategie für Fachkräfte der Langzeitpflege** eingebaut werden können. In der Debatte wurde dabei v. a. versucht Lösungsansätze auszuloten, damit bei der Rekrutierung von Gesundheits- und Pflegefachkräften aus Nicht-EU-Staaten gewährleistet ist, dass alle Seiten profitieren: Die Herkunftsstaaten, die Aufnahmeländer und die Pflegekräfte selbst.
- Im Zusammenhang mit der Gruppe der zugewanderten Pflegekräfte bezog sich ein besonderer Diskussionspunkt auf die mögliche **Diskrepanz zwischen den Erwartungen der ArbeitsmigrantInnen und der Situation in den Aufnahmeländern** (Arbeitsbedingungen, geforderte Pflegearbeit, Lohnniveau, aber auch bzgl. der Lebensbedingungen und der sozialen Integration in die Gesellschaft des Landes). Insofern ist eine ausdrückliche Bedachtnahme auf den kulturellen Hintergrund und die Berufskultur des Ziellandes wesentlich, um beidseitige Missverständnisse und Rekrutierungsspannen im Zielland zu vermeiden. Die TeilnehmerInnen untersuchten dabei einerseits, welche Aspekte ein „Orientierungspaket“ enthalten sollte, um ArbeitsmigrantInnen noch in ihrer Heimat vorzubereiten, und andererseits, welche Unterstützung sie bei ihrer Ankunft im Zielland erhalten sollten. Es gilt, bereits weit im Vorfeld einen klaren Meinungsaustausch zwischen Entsende- und Zielländern in Bezug auf die Finanzierung dieser Bedürfnisse einzuplanen.
- Eine damit teilweise verknüpfte, aber vor allem den beruflichen Kontext der Langzeitpflege betreffende Frage bezieht sich auf die noch immer bestehenden Schwierigkeiten für die **gegenseitige Anerkennung von Qualifikationen und Fähigkeiten zwischen Aufnahme- und Entsendestaat**. Von besonderem Belang ist dies bei Drittstaatsangehörigen. Es wurde insbesondere die dringende Notwendigkeit ins Treffen geführt, im Falle einer nur teilweisen Anerkennung der Qualifikationen und Fertigkeiten rekrutierter MigrantInnen dafür zu sorgen, dass ihnen geeignete Ausbildungsmöglichkeiten angeboten werden, um Defizite auszugleichen.
- Ein weiterer wichtiger Punkt sind die notwendigen **Finanzierungsmechanismen** um zu gewährleisten, dass länderübergreifende Programme zur Anwerbung von Pflegepersonal den international vereinbarten ethischen Grundsätzen und Leitlinien entsprechen. Es ist in jedem Fall klarzustellen, unter welchen Umständen die **zirkuläre, temporäre oder permanente Migration** der beteiligten Pflegekräfte und Auszubildenden möglich ist bzw. angestrebt wird. Eine Schlüsselstrategie zum beidseitigen Nutzen dieser Regelungen besteht darin, die Arbeitsbedingungen in den Herkunftsländern zu verbessern, sodass MigrantInnen einen Anreiz zur Rückkehr haben. Eine weitere, derzeit von der Weltbank untersuchte Option sind **globale Schulungspartnerschaften**: Dabei sollen in Entsendestaaten

Ausbildungseinrichtungen geschaffen werden, die eine Qualifikation nach den Standards potentieller Zielländer bieten, in denen die Ausgebildeten später eine Arbeit antreten. In diesem Fall würden die Aufnahmestaaten die Finanzierung aufbringen, zumal der Kostenaufwand für dieses System geringer wäre als entsprechende eigene Ausbildungsinstrumente; die Entsendestaaten hätten den Vorteil einer Aufwertung ihrer Ausbildungssysteme und -infrastrukturen.

- Nicht zuletzt wurde beim Seminar auch die **Genderfrage** im Zusammenhang mit der Wanderarbeit von Pflegekräften wiederholt zur Sprache gebracht. Den TeilnehmerInnen zufolge bedarf es spezifischer Interventionen, um bei der Umsetzung einer Migrationspolitik für den Langzeitpflegesektor der Chancengleichheit Genüge zu tun. Es muss insbesondere gegen die Mehrfachgefährdung aus unterbezahlter und irregulärer Beschäftigung vorgegangen werden, ebenso wie gegen damit verbundene Ausbeutung und Missbrauch (z. B. mangelhafte Gesundheitsversorgung, sprachliche und soziale Ausgrenzung).



E. Schlussfolgerungen und Erkenntnisse

- Eine zentrale Botschaft aus dem Peer Review-Prozess lautet, dass langfristig das Hauptaugenmerk darauf zu legen ist, den **Pflegebedarf unter Kontrolle zu halten und mit inländischen Personalressourcen für ein angemessenes Dienstleistungsangebot zu sorgen**. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, mit allen erdenklichen Mitteln die Pflegearbeit auf nationaler Ebene attraktiver zu machen. Insbesondere gilt es, die praktische und technische Versorgung mit ambulanter Pflege zu verbessern, aber auch das Wissensdefizit bezüglich der Bedürfnisse und Erwartungen älterer Menschen abzubauen. Nicht zuletzt muss eine Statusaufwertung sämtlicher Pflegeberufe stattfinden (im medizinischen und nichtmedizinischen Bereich).
- Wo kurzfristig Personalengpässe in der Pflege drohen (infolge der traditionellen „kulturellen Identität“ bestimmter Länder und des entsprechenden Einflusses auf ihre Stellung in der internationalen Arbeitsteilung), darf der Rückgriff auf Zuwanderung nur dann als politisch tragbare Lösung betrachtet werden, wenn moralisch vertretbare Grundsätze zum Zug kommen. Das bedeutet insbesondere die **Einhaltung der Leitlinien im Internationalen Verhaltenskodex der WHO über die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften (2010)**. Ein Teil der betreffenden Anregungen ist möglicherweise umstritten, v. a. in Bezug auf die praktische Implementierung eigener Indikatoren zur Erkennung „gefährdeter“ Staaten, aus denen keine Pflegekräfte ins Ausland abgeworben werden sollten. Dies darf jedoch nicht die Verhaltensvorgaben insgesamt in Frage stellen, sondern sollte Anlass für konkrete Verbesserungsvorschläge sein. Eine zusätzliche Anmerkung in diesem Zusammenhang betrifft die Notwendigkeit, geeignete Politikinstrumente abzustecken, mit denen regionale, nationale oder internationale Behörden ggf. gegen unethische Rekrutierungspraktiken privater Unternehmen (nicht Staaten) vorgehen können, da solche Instrumente außerhalb des Anwendungsbereichs des WHO-Verhaltenskodex liegen dürften.
- Eine weitere Erkenntnis aus dieser Peer Review: **Potentielle Entsendestaaten von ArbeitsmigrantInnen müssen in die Ausgestaltung von Konzeptionsrahmen für die Langzeitpflege ausdrücklich eingebunden werden**. Zumeist wird lediglich die Angebots- und Nachfrageentwicklung im Inland in Betracht gezogen, während die vielschichtigen Folgen der Migrationsströme für die Entsendestaaten außer Acht bleiben. In der heutigen globalisierten Welt ist es eine vordringliche Notwendigkeit, Konzeptionsrahmen zu entwickeln und verwenden, die für den Pflegesektor relevante Theorien und Daten mit solchen vereinen, die dem Wesen von Migration gebührend Rechnung tragen. So könnten bislang weitgehend ausgesparte und dabei dringend benötigte Politikmaßnahmen und Interventionen mit Bezug auf die Beschaffenheit einer solchen grenzüberschreitenden Wohlfahrt und die interkulturelle Vorbereitung und Kontrolle der Pflegearbeit von MigrantInnen im Rahmen der Begegnung zwischen den tatsächlich beteiligten Kulturen stattfinden.
- Die Peer Review resultierte auch in der Forderung nach einer **genaueren Abgrenzung bestimmter Pflegeaufgaben und -berufe**. Ausgehend von einem nutzerInnenzentrierten integrierten Ansatz würde eine exaktere Unterscheidung zwischen medizinischem Fachpersonal (Ärztinnen/Ärzte, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und sonstige Gesundheitsfachkräfte) und den Sozial- und

Pflegeberufen (u. a. Sozialarbeit, Hilfe im Haushalt, Pflegeheimpersonal) eine zuverlässigere, unzweideutige Aufgaben- und Kompetenzverteilung gestatten. Dies würde – wie auch von der OECD angeregt (Ono et al. 2013) – auf nationaler Ebene der Personalplanung im Gesundheitswesen zugute kommen und Strategien zur Personalsubstitution voranbringen, und zwar sowohl „horizontaler“ Art (zwischen allgemeinem und spezialisiertem Pflegepersonal auf derselben Ebene – etwa Krankenhaus und ambulante/stationäre Pflege) als auch „vertikaler“ Art (zwischen Pflegefachkräften unterschiedlicher Ebenen). Die Bedeutung dieses Vorgehens lässt sich an der fachbereichsübergreifenden Beschaffenheit der am meisten vernachlässigten Pflegebedürfnisse festmachen, wie sie bei gebrechlichen alten Menschen auftreten. Unter anderem geht es dabei um sozio-emotionale und psychologische Aspekte, die in eindimensionalen Interventionen kaum angegangen werden können.

- Ein weiterer relevanter Aspekt, auf den die Peer Review-TeilnehmerInnen eingingen, betrifft die dringende Notwendigkeit, bei der Pflegeversorgung durch zugewanderte Fachkräfte eine **Gesamtlebensperspektive** einzunehmen. Für ein solch innovatives Konzept sprechen nicht nur aktuelle Vorgaben in allgemeinen Studien zur Bevölkerungsalterung (FUTURAGE Consortium 2011), sondern auch der Umstand, dass ein besseres Verständnis der Langzeitperspektiven von MigrantInnen erlangt werden muss. Nur so lässt sich ein Ausgleich zur allzu häufig kurzfristig angelegten Lösungssuche für den Pflegepersonalmangel in den Zielstaaten erreichen. Das Zusammenspiel von Alterung (Veränderungen auf persönlicher Ebene) und sozialem Wandel (Entwicklungen auf Meso-/Familienebene und Makro-/Gesellschaftsebene) wird in Politikmaßnahmen mit Bezug auf MigrantInnen (u. a. im Pflegewesen) vielfach unterschätzt – die systematischere Berücksichtigung des Konzepts der Gesamtlebensperspektive könnte eine stärkere Rücksichtnahme begünstigen. Damit könnte der Faktor „Zeit“ Bestandteil einer expliziten Politikmaßnahme werden, analog zu zahlreichen Bestimmungen, die auf dieser scheinbar „nicht greifbaren“ Dimension beruhen (Rotationsprinzip, Fristen für Familienzusammenführungen, Wartezeiten für Arbeitsgenehmigungen für Asylsuchende u. ä.) (Lamura 1998). Zweckmäßig wären in diesem Zusammenhang Strategien, die auch auf einen Übergang vom traditionelleren Konzept der „Integrationspolitik“ – also der Prämisse, dass MigrantInnen sich im Aufnahmeland jedenfalls niederlassen möchten – zu einem flexibleren und egalitären Konzept der „Interaktion“ abzielen, bei dem der notwendige gegenseitige Respekt vor kulturellen Identitäten im Vordergrund steht (im Unterschied zur Strategie der „Assimilierung“). Eine maßgebliche Voraussetzung dafür ist jedoch, die in vielen Staaten (u. a. im Gastgeberland Deutschland) allgemein schwächere Stellung von Pflegefachkräften (etwa Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Haushilfen) gegenüber ÄrztInnen zu überdenken. Dafür müssen die angemessene Vertretung der Pflegekräfte und der Schutz ihrer grundlegenden Rechte gewährleistet sein (unter Berücksichtigung der Erkenntnisse etwa aus dem erwähnten Projekt „TAPiG“ für tunesische Pflegekräfte in Hamburg).
- Ein wesentlicher Unterschied, der ebenfalls berücksichtigt werden muss, ist jener zwischen **Migration mit Bezug zu allgemeiner und beruflicher Bildung und Migration für entlohnte Pflegearbeit**. Während bei ersterer den MigrantInnen ein Weg zu Qualifikation und Kompetenzausbau geebnet wird, ist dies bei zweiterer nicht unbedingt der Fall. Während sich Ausbildungsangebote aus Sicht der Aufnahmestaaten nur lohnen, wenn sie von den MigrantInnen selbst oder dem Entsendestaat bezahlt werden oder wenn an die Ausbildung eine relativ lange Periode temporärer Migration



anschließt (sodass sich die Ausbildungsinvestition in ausländische Studierende amortisiert), muss bei der Zuwanderung von Pflegekräften unterschieden werden, ob es sich um eine zeitlich begrenzte (bzw. zirkuläre) oder dauerhafte Migration handelt. Unter „normalen“ Umständen (d. h. bei einer üblichen Erwerbslaufbahn) stellt letztere Option einen eindeutigen Gewinn für das Aufnahmeland dar; Vorteile für das Herkunftsland treten erst ein, wenn langfristig substanzielle Rücküberweisungen erfolgen (verbesserte soziale und wirtschaftliche Lage der zurückgebliebenen MigrantInnenfamilien). Pendelwanderung ist eine mögliche kurzfristige Lösung für Engpässe in Aufnahmestaaten und hohe Arbeitslosigkeit in Entsendestaaten. Die Kompetenzförderung temporärer Zuwanderinnen und Zuwanderer nützt potentiell sowohl ihnen selbst als auch dem Pflegewesen des Herkunftslandes.

- Darüber hinaus unterstrichen die Peer Review-TeilnehmerInnen die Bedeutung der **Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Anspruchsgruppen** – sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene –, um bei Pflegefachkräften Angebot und Nachfrage wirksamer ausgleichen zu können. Vor allem Regional- und Kommunalverwaltungen – die i. A. für die Gesundheits- und Sozialfürsorge zuständigen Organe – müssen die EU-Prioritäten erörtern und berücksichtigen, gemeinsam mit anderen AkteurInnen in gemeinnützigen wie auch Marktsektoren, und in Übereinstimmung mit anderen Politikbereichen wie Bildung und Ausbildung, UnternehmerInnentum, Beschäftigung und Infrastruktur.
- In Bezug auf den **Beispielfall Deutschland** wurde in der Diskussion betont, dass das Langzeitpflegeangebot auf länderspezifische Besonderheiten zugeschnitten werden muss; dabei ist auf vorhandene Ungleichheiten und differenzierte Bedürfnisse auf regionaler und ländlicher/urbaner Ebene einzugehen. Es erscheint zweckmäßig, bei der Gestaltung zukünftiger Politikinstrumente positive und negative Erkenntnisse aus früheren Erfahrungen heranzuziehen, ohne Irrtümer zu wiederholen. Die wichtigsten Fragen in diesem Zusammenhang sind: Soll „Pendelwanderung“ für ArbeitsmigrantInnen auf dem Pflegesektor eine Möglichkeit oder eine Verpflichtung darstellen? Inwiefern unterscheidet sich das Konzept der „PendelmigrantInnen“ von dem der „GastarbeiterInnen“, das bis in die 1970er-Jahre vorherrschte? Kann die Reform von 2012, die ÄrztInnen die ungehinderte Migration eröffnet, auf Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ausgeweitet werden? Können Gesundheits- und KrankenpflegerInnen durch Qualifikationsmaßnahmen den Status hochqualifizierter Arbeitskräfte erlangen, etwa über einen „Universitätsabschluss in Krankenpflege“ (wie in anderen EU-Staaten)? Wenn das Defizit an Pflegefachkräften als dringend erachtet wird, warum nicht auf Personal aus benachbarten EU-Mitgliedstaaten mit aktuell hoher Arbeitslosigkeit zurückgreifen (anstatt an Drittstaaten heranzutreten)? Welche Chancen eröffnet eine veränderte „vertikale/horizontale“ Verteilung der Pflegezuständigkeiten (z. B. fällt das „Waschen“ der PatientInnen unter „Gesundheitsfürsorge“, „Sozialfürsorge“ oder „Hilfe im Haushalt“)?

F. Beitrag der Peer Review zu Europa 2020 und zum Sozialinvestitionspaket

Die Ergebnisse dieser Peer Review untermauern potentiell die verschiedenen Zielsetzungen der Strategie Europa 2020 (Europäische Kommission 2010). Unmittelbar erkennbar ist der Beitrag zu dem Ziel, die **Erwerbsquote in der Gruppe der 20- bis 64jährigen auf 75 %** anzuheben. Die Langzeitpflege zählt tatsächlich zu den Sektoren mit dem aussichtsreichsten Arbeitsplatzpotential, allen voran für mehrheitlich teilzeitbeschäftigte Frauen, die nach einer Phase der Nichterwerbstätigkeit hier häufig eine Anstellung finden (van der Velde et al. 2010); dies trifft insbesondere auch auf Frauen in fortgeschrittenem Alter zu (Martin und King 2008). Ein verbesserter Einsatz und die weitere Verbreitung der in dieser Peer Review untersuchten Werkzeuge und Strategien würden die EU-Mitgliedstaaten in die Lage versetzen, im Pflegebereich einen besseren Ausgleich zwischen Personalangebot und -nachfrage herzustellen und damit für zugewanderte und einheimische Arbeitskräfte gleichermaßen mehr Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen.

Von wahrscheinlich großem Belang ist diese Peer Review auch für die Verwirklichung eines weiteren Europa 2020-Ziels, nämlich die **Senkung der von Armut und sozialer Ausgrenzung bedrohten Menschen um mindestens 20 Millionen**. Angebotsseitig könnte dieses Ziel durch die allgemeine Steigerung der Zahl von Dienstleistungsanbietenden in der Langzeitpflege untermauert werden, wozu eine reibungslosere und höher qualifizierte Beschäftigung zugewanderter Pflegekräfte beitragen würde; die Zahl der Arbeitslosen (und damit der Armutsgefährdeten) in der EU würde zurückgehen. Auf der Nachfrageseite dürfte ein mithilfe der vorgeschlagenen Ansätze erleichterter Zugang zu Pflegearbeit dazu beitragen, dass weniger DienstleistungsnehmerInnen und Pflegepersonen aufgrund ihrer instabilen Position unter sozialer Ausgrenzung leiden.

Die in diesem Peer Review-Prozess erörterten Fragen besitzen potentiell auch eine Bedeutung für die **SIP-Strategie (Sozialinvestitionspaket)** (Europäische Kommission 2013a, 2013b), insbesondere für die Verfolgung der Fortschritte auf dem Weg zu einem nachhaltigen, angemessenen Sozialschutz vor den Risiken der Langzeitpflege. Insofern als WanderarbeiterInnen zu einem Eckpfeiler der Langzeitpflege werden, müssen die Diskussionspunkte dieses Papiers im Kontext allgemeinerer EU-Politikleitlinien betrachtet und mittels länderspezifischer Empfehlungen an einzelstaatliche Kontexte angepasst werden. Solange das Potential der Fachkräfte in der Langzeitpflege nicht vollends ausgeschöpft wird, ist kein Fortschritt bei den SIP-Zielen möglich, d. h. bei der **Bündelung von Präventivmaßnahmen** für gesundes und aktives Altern mit **Produktivitätsbestrebungen in der Pflegeversorgung** sowie mit Strategien, **die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung für ältere Menschen auszubauen**, auch bei Gebrechlichkeit und Behinderungen (Europäische Kommission 2013b).

Um jedoch sicherzustellen, dass diese Ziele auch durch die Vorschläge aus dieser Peer Review vorangebracht werden, müssen diese Vorschläge **effektiv in nationale Politikinstrumente umgesetzt werden**. Gleichzeitig ist auf Schnittstellen zu anderen Unterstützungsprogrammen auf EU-Basis zu achten, etwa zum Europäischen Fonds für regionale Entwicklung und zum Europäischen Sozialfonds: Sie enthalten zusätzliche integrationsfördernde Maßnahmen für MigrantInnen und Ausbildungsinitiativen für



Arbeitskräfte mit verschiedensten Kultur- und Migrationshintergründen. Zu diesem Zweck sollten **Regional- und Kommunalbehörden** – und über sie die breite Öffentlichkeit – von den Ergebnissen dieser Peer Review Kenntnis erlangen, da diese Institutionen in zahlreichen Staaten für verwandte Politikfelder wie Bildung und Ausbildung, UnternehmerInnentum, Beschäftigung und Infrastruktur zuständig sind. Der **Ausschuss der Regionen der Europäischen Union** könnte auf die Sensibilisierung regionaler und lokaler Regierungsstellen für diese Thematik wesentlichen Einfluss nehmen und sollte deshalb systematisch an der Informationsverbreitung beteiligt werden.



Literatur

BfG (Bundesministerium für Gesundheit) (2013). *Erhöhte Bedarfe in der Pflege: Zirkuläre Migration von Pflegefachkräften*. Beitrag des Gastgeberlands zur Peer Review „Zweckorientierte Migrationspolitik gegen Fachkräftemangel in der Langzeitpflege“; Berlin, August 2013.

Rat der Europäischen Union (2009). *Richtlinie über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen zur Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung*. Richtlinie 2009/50/EG des Rates vom 25. Mai 2009. Brüssel, Rat der Europäischen Union. Abgerufen von <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32009L0050:DE:NOT>

Europäische Kommission (2003). *Entscheidung zur Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 des Rates hinsichtlich der Zusammenführung und des Ausgleichs von Stellenangeboten und Arbeitsgesuchen*. Entscheidung 2003/8/EG der Kommission vom 23. Dezember 2002. Brüssel, Europäische Kommission. Abgerufen von <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003D0008:DE:HTML>

Europäische Kommission (2010). *EUROPA 2020 – Eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum*. KOM(2010) 2020 endg. Brüssel, Europäische Kommission. Abgerufen von <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52010DC2020:DE:NOT>

30

Europäische Kommission (2012a). *Einen arbeitsplatzintensiven Aufschwung gestalten*. KOM(2012) 173 endg. Brüssel, Europäische Kommission. Abgerufen von <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0173:FIN:DE:PDF>

Europäische Kommission (2012b). *Nutzung des Potenzials von personenbezogenen Dienstleistungen und Dienstleistungen im Haushalt*. Arbeitsunterlage der Kommissionsdienststellen SWD(2012) 95 endg., Begleitunterlage zu KOM(2012) 173 endg. Abgerufen von <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7623&langId=de>

Europäische Kommission (2012c). *Action Plan for the EU Health Workforce (Aktionsplan für Fachkräfte im europäischen Gesundheitswesen)*. Arbeitsunterlage der Kommissionsdienststellen SWD(2012) 93 endg., Begleitunterlage zu KOM(2012) 173 endg. Brüssel, Europäische Kommission. Abgerufen von http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/docs/swd_ap_eu_healthcare_workforce_en.pdf

Europäische Kommission (2013a). *Sozialinvestitionen für Wachstum und sozialen Zusammenhalt – einschließlich Durchführung des Europäischen Sozialfonds 2014-2020*. KOM(2013) 83 endg. Brüssel, Europäische Kommission. Abgerufen von <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2013:0083:FIN:DE:HTML>

Europäische Kommission (2013b). *Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options*. Arbeitsdokument der Dienststellen der Kommission, Begleitunterlage zu KOM(2012) 83 endg. Brüssel, Europäische Kommission. Abgerufen von <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9769&langId=en>



Europäischer Rat (2012). *Pakt für Wachstum und Beschäftigung*. Anlage zu den Schlussfolgerungen des Europäischen Rats EUCO 76/12 vom 29. Juni 2012. Brüssel, Europäischer Rat. Abgerufen von http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/de/ec/131398.pdf#page=8

Europäische Union (2005). *Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen*. Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005. Brüssel, Europäische Union. Abgerufen von http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/policy_developments/legislation/index_de.htm

Europäische Union (2011a). *Richtlinie über ein einheitliches Verfahren zur Beantragung einer kombinierten Erlaubnis für Drittstaatsangehörige, sich im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats aufzuhalten und zu arbeiten, sowie über ein gemeinsames Bündel von Rechten für Drittstaatsarbeitnehmer, die sich rechtmäßig in einem Mitgliedstaat aufhalten*. Richtlinie 2011/98/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Dezember 2011. Brüssel, Europäische Union. Abgerufen von <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32011L0098:DE:NOT>

Europäische Union (2011b). *Verordnung über die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der Union. Text von Bedeutung für den EWR*. Verordnung (EU) Nr. 492/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2011. Brüssel, Europäische Union. Abgerufen von <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32011R0492:DE:NOT>

FUTURAGE Consortium (2011). *Futurage: A Road Map for European Ageing Research*. Report by FUTURAGE Consortium. Abgerufen von <http://futurage.group.shef.ac.uk/assets/files/Final%20road%20map/FUTURAGE%20A%20Road%20Map%20for%20European%20Ageing%20Research%20-%20October%202011.pdf>

Kindler M. (2012). *A Risky Business? Ukrainian Migrant Women in Warsaw's Domestic Work Sector*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Lamura G. (1998). *Migration und kommunale Migrationspolitik*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Lamura G. / Chiatti C. / Barbabella F. / Di Rosa M. (2013). *Migrant long-term care work in the European Union: Opportunities, challenges and main policy options*. Diskussionspapier für das Peer Review-Seminar „Zweckorientierte Migrationspolitik gegen Fachkräftemangel in der Langzeitpflege“. Oktober 2013. Abgerufen von <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11116&langId=en>

Martin B. / King D. (2008). *Who Cares for Older Australians? A Picture of the Residential and Community-based Aged Care workforce, 2007*. Australian Government, Department of Health and Ageing/National Institute of Labour Studies, Flinders University and Commonwealth of Australia.

Matrix Insight (2012). *EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study*. Brüssel, Europäische Kommission. Abgerufen von http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf

McLoughlin S. / Münz R. (2011). *Temporary and circular migration: opportunities and challenges*. Working Paper No. 35. Brüssel: European Policy Centre. Abgerufen von www.epc.eu/documents/uploads/pub_1237_temporary_and_circular_migration_wp35.pdf

OECD (2011). *Recruiting Immigrant Workers: Sweden 2011*. Paris: OECD.

Ono T. / Lafortune G. / Schoenstein M. (2013). *Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries*. OECD Health Working Papers No. 62. Paris: OECD. Abgerufen von www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k44t787zcbw.pdf?expires=1378839570&id=id&accname=guest&checksum=F8B79D74C507F215352350D161C467C2

Pastore F. / Tenaglia S. (2013). *Ora et non Labora? A Test of the Impact of Religion on Female Labor Supply*. IZA Discussion Paper No. 7356. Bonn: IZA. Abgerufen von <http://ftp.iza.org/dp7356.pdf>

Peschner J. / Fotakis C. (2013). *Growth potential of EU human resources and policy implications for future economic growth*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Abgerufen von <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10939&langId=en>

Popa D. (2010). *The Long-Term Care System For The Elderly In Romania*. ENEPRI Research Report No. 85. Abgerufen von www.ancienlongtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ancien_%20RR%20No%2085%20Romania.pdf

Rusac, S. / Laklija, M. / Milić Babić, M. (2012). Strategija suočavanja članova obitelji oboljelih od Alzheimerove bolesti, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 48(2): 86-97.

SURS (Statistični urad Republike Slovenije / Statistikamt der Republik Slowenien) (2013). *Cross country migrations*. SI-Stat Datenportal. Abgerufen von http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/40_selitve/05_05N10_meddrzavne/05_05N10_meddrzavne.asp/10.10.2013

Topolčić D. (2008). Udio žena na tržištu rada, obrasci radne karijere i uloga države, *Institut društvenih znanosti Ivo Pilar*, (6)98, 1023-1046.

van der Velde, F. / Verijdt, F. / Arnold, E. (2010). *De arbeidsmarkt voor lagere functies in de zorg: veel vissen in de vijver*. OEZW19. Utrecht: Prismant.

Wets J. / De Bruyn T. (2011). *La migration: la solution aux pénuries de personnel dans le secteur des soins et de la santé?* Brüssel: Fondation Roi Baudouin.

Weltgesundheitsorganisation (2010). *Internationaler Verhaltenskodex der WHO über die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften*. Genf: WHO. Abgerufen von http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf bzw. inoffizielle deutsche Übersetzung



Europäische Kommission

Zweckorientierte Migrationspolitik gegen Fachkräftemangel in der Langzeitpflege

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union
2014 — 32 S. — 17,6×25 cm

ISBN 978-92-79-36213-2

ISSN 1977-8023

doi: 10.2767/90507

Die elektronische Ausgabe dieser Veröffentlichung ist in Englisch, Französisch und Deutsch erhältlich.

WO ERHALTE ICH EU-VERÖFFENTLICHUNGEN?

Kostenlose Veröffentlichungen:

- Einzelexemplar:
über EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- Mehrere Exemplare/Poster/Karten:
bei den Vertretungen der Europäischen Union (http://ec.europa.eu/represent_de.htm),
bei den Delegationen in Ländern außerhalb der Europäischen Union (http://eeas.europa.eu/delegations/index_de.htm),
über den Dienst Europe Direct (http://europa.eu/europedirect/index_de.htm) oder unter der gebührenfreien Rufnummer 00 800 6 7 8 9 10 11 (*).

(* Sie erhalten die bereitgestellten Informationen kostenlos, und in den meisten Fällen entstehen auch keine Gesprächsgebühren (außer bei bestimmten Telefonanbietern sowie für Gespräche aus Telefonzellen oder Hotels).

Kostenpflichtige Veröffentlichungen:

- über EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Kostenpflichtige Abonnements:

- über eine Vertriebsstelle des Amtes für Veröffentlichungen der Europäischen Union (http://publications.europa.eu/others/agents/index_de.htm).

Zweckorientierte Migrationspolitik gegen Fachkräftemangel in der Langzeitpflege

Gastgeberland: **Deutschland**

Peer-Länder: **Belgien - Griechenland - Kroatien - Polen - Rumänien - Schweden - Slowakei - Slowenien - Spanien - Ungarn**

Interessenvertreter: **European Hospital and Healthcare Federation (HOPE), Weltbank, German Marshall Fund der Vereinigten Staaten**

Im Zuge der Bevölkerungsalterung steigt der Bedarf an Gesundheitsfachkräften. Die Mobilität innerhalb der Europäischen Union ist ein Lösungsansatz, dieser wachsenden Nachfrage beizukommen, allerdings besteht die Gefahr, dass aus anderen Mitgliedstaaten Personal abgeworben wird, auf das diese dringend angewiesen sind. Deshalb orientiert sich Deutschland bei der Einstellung und Ausbildung von Nicht-EU-MigrantInnen am Internationalen Verhaltenskodex der WHO über die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften.

Die von 23.-24. Oktober 2013 in Berlin veranstaltete Peer Review eröffnete den Peer-Ländern Einblicke in das deutsche Konzept, MigrantInnen aus Drittstaaten anzuwerben und auszubilden.

