

Florian WARBURG, Lauterbach  
Markus HASSLER, Marburg

## **Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa**

### **Summary**

Population changes, both in numbers and structure lead to shifts in demand for adequate care arrangements for the elderly. Structures and dynamics in terms of demographic ageing and the lacking familiar care arrangements in line with an increasing shortage of qualified staff within the health care sector in Germany, lead to a growing need of accessible, affordable, acceptable, and appropriate opportunities for the people in need of care. This article investigates the role of transnational acting care agencies in a German context. The main question followed in this paper is whether transnational care arrangements can contribute to deal with a sustainable care situation in Germany.

### **1 Einleitung**

Die Regierungen und Bevölkerungen Europas stehen den Herausforderungen der gegenwärtigen Bevölkerungsentwicklung gegenüber. Seit den 1970er Jahren durchlaufen die postindustriellen Gesellschaften einen Normen- und Wertewandel, der als zweiter demographischer Übergang bezeichnet wird und als globales Phänomen in Erscheinung tritt (SIEDHOFF 2008; LESTHAEGHE u. NEIDERT 2006). Der demographische Wandel tritt vor allem in ländlichen Räumen in stark raum-zeitlicher Differenzierung auf (REICHERT-SCHICK 2010). Veränderungen der Bevölkerungszahl und -zusammensetzung haben Auswirkungen auf die Nachfrage nach Waren und Diensten des täglichen Bedarfs, wozu auch Pflege- und Betreuungsdienste zu zählen sind (STRÜVER 2011; KUHLLICKE u. PETSCHOW 2005).

Diese Entwicklung sorgt dafür, dass eine zunehmende Anzahl an älteren Personen einer abnehmenden Anzahl an jüngeren Personen gegenübersteht. Die bereits heute hohe und noch steigende Lebenserwartung, in Kombination mit einer mit zunehmendem Alter erhöhten Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität, dem „zeitgleichen Nebeneinander mehrerer Krankheiten“, führen zu Fragen der Versorgungssicherung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (DIETZ 2002, 309). Auf der anderen Seite sinken die Anzahl der inländischen Pflege- und Betreuungskräfte sowie das informelle Pflegepotenzial im häuslichen

Umfeld aufgrund wirtschaftlicher und sozialer Veränderungen. Es entsteht demnach eine Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage. Besonders auffällig wird diese Lücke im Bereich der haushaltsnahen sowie Pflege- und Betreuungsdienstleistungen (STRÜVER 2011; LANGER 2010), da es der Wunsch eines Großteils älterer und pflegebedürftiger Personen ist, in häuslicher Umgebung versorgt zu werden (STRUBE 2011). Wie BLINKERT u. KLIE (2008, 238) feststellen, gehört „die Sicherung der Pflege in der Zukunft zu den großen gesellschafts- und sozialpolitischen Themen der nächsten Jahrzehnte“.

Gerade in ländlichen Räumen ist das Thema Versorgung wenig erforscht. FARMER et al. (2012, 1903) argumentieren: „[r]ural health is a relatively new field of study“ und zeigen vielfältige Ansätze der methodischen und konzeptionellen Herangehensweise auf. Die zentrale Fragestellung des vorliegenden Beitrages leitet sich aus der bisherigen wissenschaftlichen Debatte um die Sicherung der Pflege- und Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen ab und ist im europäischen und deutschen Kontext noch nicht genügend untersucht (TREBBIN et al. 2013). Es gibt zwar eine Reihe von Studien zur Nachfrageperspektive, Zielland-bezogenen sozialen Herausforderungen sowie Untersuchungen zu Regionaleffekten der Pendelmigration im Herkunftsland (VON DER MALSBURG u. ISFORT 2014; BALDASSAR u. MERLA 2013; LAUXEN 2011; PYLE 2011; NEUHAUS et al. 2009; MUNDLAK u. SHAMIR 2008; ESCRIVA u. SKINNER 2008). Ziel dieses Beitrages ist es daher, Pflegevermittlungsagenturen als Lösungsansatz im Rahmen der Versorgung deutscher Pflegehaushalte zu untersuchen und in den theoretischen Diskurs eines Zugangskonzeptes zu Dienstleistungen zu integrieren. Im Rahmen dieses Aufsatzes wird die Angebotsperspektive näher beleuchtet und analysiert, welche Rolle den Agenturen der Pflegevermittlung vor dem Hintergrund einer sich verändernden, vorrangig demographisch beeinflussten, Nachfrageentwicklung zukommt.

Die theoretische Einordnung in die Debatte um den Zugang zu Dienstleistungen (Kap. 2) sowie die Darstellung der raum-zeitlichen Veränderungen der Bevölkerungsstrukturen in Deutschland dient der Kontextualisierung der Fallstudie (Kap. 3). Der Beitrag basiert auf einer 2011 durchgeführten qualitativen Erhebung. Dabei wurde eine Akteursanalyse durchgeführt, um Schlüsselpersonen aus dem Bereich der Pflegevermittlungsagenturen zu erfassen. Unter Zuhilfenahme des *theoretical sampling* (STRAUSS 1987) konnten die Interviewpartner identifiziert werden. Unter den angefragten potenziellen Interviewpartnern wurden sechs Agenturen herausgefiltert, deren Geschäftsführer/innen zu einem Leitfaden-gestützten Experteninterview zur Verfügung standen. Zudem wurden drei polnische Betreuungsdienstleisterinnen mithilfe von Tiefeninterviews befragt. Um die räumlichen, rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu untersuchen sowie die Konkurrenzsituation und Entwicklungen im Bereich der Pflege und Betreuung erfassen zu können, wurden zusätzlich Experten aus der kommunalen Verwaltung und Planung im Bereich der Pflegeversorgung sowie Pflegedienste und Interessensverbände interviewt. Im Anschluss wurden die Interviews mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (2002) ausgewertet. Die Ergebnisse werden in Kapitel 4 analysiert. Die zentrale Fragestellung wird beantwortet und die Erkenntnisse in einem Fazit subsumiert (Kap. 5).

## 2 Wandel der Angebots- und Nachfragestrukturen in der Pflegeversorgung

Der demographische Wandel ist als wesentlicher Einflussfaktor auf die veränderten Rahmenbedingungen der Pflegearrangements<sup>1</sup> zu sehen (BELL u. RUTHERFORD 2013). Daneben spielen andere sogenannten treibenden Kräfte des Wandels (*drivers of change*) eine zentrale Rolle, die in Anlehnung an MOSELEY u. OWEN (2008) die Veränderungen der Nachfragesituation der Bewohner ländlicher Räume hervorrufen. Ein sozialer und kultureller Wandel, der sich u.a. in der Individualisierung der Gesellschaft niederschlägt (SIEDHOFF 2008) oder neue Formen des Zusammenlebens entstehen lässt (LESTHAEGHE u. NEIDERT 2006). Veränderungen der Einkommensverhältnisse, gerade von Frauen, spielen im Bereich der Pflegeversorgung eine wesentliche Rolle (SARACENO 2008). Pflegende Personen sind auch heute noch meist weiblich, obwohl es hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses zu marginalen Verschiebungen gekommen ist (SCHNEEKLOTH 2006).

JOHNSTON et al. (2002) definieren sogenannte Einflussphären auf ländliche Versorgungsstrukturen, die als treibende Kräfte angesehen werden. Hierbei spielen die erweiterten Kommunikationsmöglichkeiten sowie eine erleichterte und an Intensität zunehmende räumliche Mobilität bei gleichzeitiger Reduzierung der Reise- oder Transportkosten zur Überwindung größerer Distanzen eine zentrale Rolle. Diese besitzen sowohl für Nachfrager als auch Anbieter von Dienstleistungen immense Bedeutung (FASSMANN 2003). Schließlich werden vor allem die regulatorischen Rahmenbedingungen als bedeutsame Einflüsse auf die Veränderungen der Nachfrage nach Versorgungsinfrastruktur bewertet (MOSELEY u. OWEN 2008).

Seit den 1970er Jahren haben sich vorrangig zwei Konzepte des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen herauskristallisiert. Zum einen handelt es sich um den von ADAY u. ANDERSEN (1974) Analyserahmen für Studien über den Zugang zu medizinischer Versorgung, der Charakteristika der Bevölkerung und des Gesundheitssystems sowie Nutzerzufriedenheit als Output zugrunde legt. Dieses Konzept wurde von KHAN u. BHARDWAJ (1994) durch die Ergänzung räumlicher und sozialer Aspekte weiterentwickelt.

Zum anderen wurde das Zugangskonzept in Bezug auf die Anpassungen des Gesundheitssystems durch verschiedene Dimensionen von PENCHANSKY und THOMAS (1981) weiterentwickelt. Diese kritisieren die Definition des Zugangsbegriffs durch ADAY und ANDERSEN (1974) und definieren Zugang folgendermaßen: „Access is defined here as a concept representing the degree of ‚fit‘ between the clients and the system“ (PENCHANSKY u. THOMAS 1981, 128). Demnach ist der „Grad der Kompatibilität“ zwischen Patienten und dem Gesundheitssystem entscheidend und wird durch Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Kompatibilität, Bezahlbarkeit und Akzeptanz bestimmt. Bis heute wird die grundlegende Konzeption des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen verwendet, stets angepasst und durch Informiertheit als sechste Dimension weiterentwickelt (BUTSCH 2011; MCINTYRE

<sup>1</sup> Grundlegend sind „drei Pflegearrangements möglich: ein informelles bzw. familiales, ein professionelles sowie ein kooperatives Pflegearrangement. Im informellen Pflegearrangement erfolgt die Pflege ausschließlich durch Privatpersonen, meist Angehörige. Das professionelle Pflegearrangement zeichnet sich hingegen durch die alleinige Versorgung durch professionelle Pflegekräfte aus. Schließlich greifen die informelle und professionelle Pflege ineinander, Angehörige und Pflegedienste kooperieren – was [...] als kooperatives Pflegearrangement bezeichnet wird“ (HABERKERN 2009, 134).

et al. 2009; GODDARD u. SMITH 2001; KHAN u. BHARDWAJ 1994). Von zentraler Bedeutung für die vorliegende Arbeit sind Aspekte der Verfügbarkeit, Bezahlbarkeit und der Kompatibilität zwischen Angebot und Nachfrage (siehe Abb. 1). Wichtig zu erwähnen ist, dass das Zusammenspiel der sechs Dimensionen von größter Bedeutung ist. Die anderen drei Dimensionen sind zwar nicht weniger wichtig, sollen daher erwähnt, nicht aber tiefgehend analysiert werden.

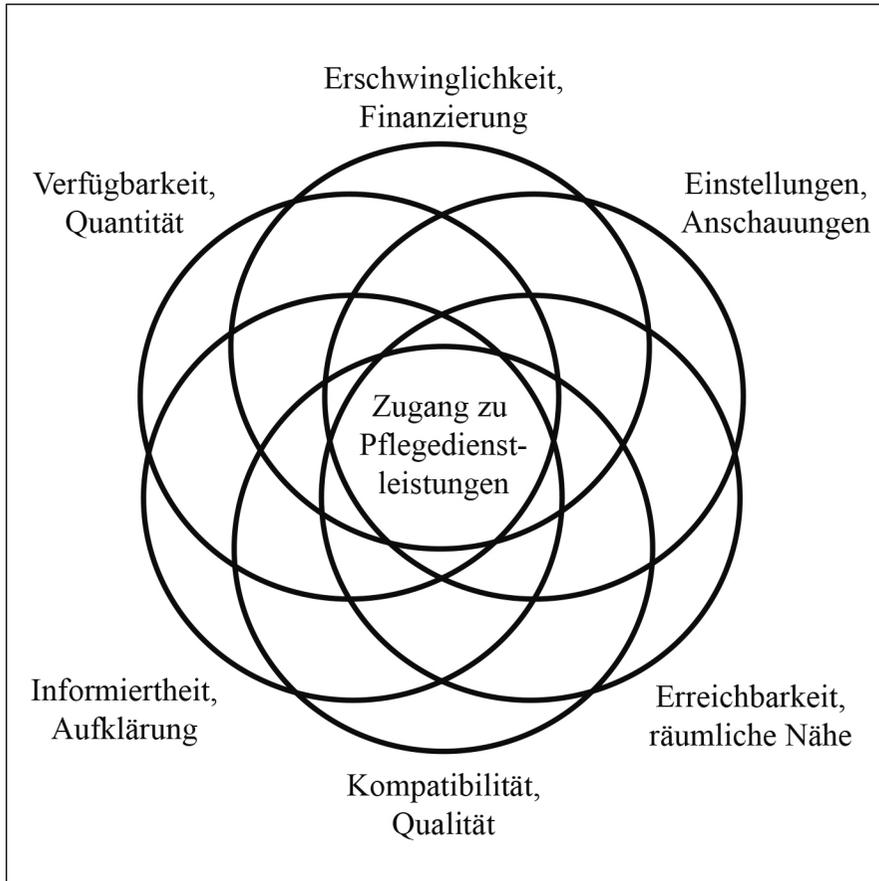


Abb. 1: Dimensionen zur Bestimmung der Art der Pflegearrangements  
eigene Darstellung in Anlehnung an: GODDARD u. SMITH 2001; PENCHANSKY u. THOMAS 1981; ADAY u. ANDERSEN 1974

Anschauungen oder Einstellungen dem System, den Anbietern oder Leistungserbringern gegenüber, sind stark mit sozialen und kulturellen Faktoren behaftet. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist ein Beispiel für diese erste Dimension. Ebenso können Voreingenommenheit, schlechte Erfahrungen und negative Äußerungen dazu führen, dass potenzielle Nutzer die Angebote nicht annehmen (PENCHANSKY u. THOMAS 1981). Die zweite Dimension bezieht sich auf

die Erreichbarkeit. Diese ist vor allem geographisch konnotiert, schließt aber zudem die zur Verfügung stehenden Optionen zur Überwindung von Distanzen und deren Zeit- sowie Kostenaufwand mit ein (PENCHANSKY u. THOMAS 1981). Daneben bildet die Informiertheit (BUTSCH 2011) die dritte Dimension bei der Betrachtung von Barrieren und Anreizen in Bezug auf den Zugang zu Versorgungsdienstleistungen. Fehlende oder schlechte Informationen führen dazu, dass die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige nicht wissen, welche Dienste es wo, zu welchen Bedingungen, in welchem Umfang zu welchem Preis gibt. Unter der Verfügbarkeit werden vorrangig angebotsrelevante Aspekte verstanden. Diese vierte Dimension nimmt Bezug auf die Art und den Umfang der Angebote und spielt damit auf die Fachrichtungen und spezialisierten Bereiche der Gesundheitsdienstleistungen an. Eine Unterteilung in private und öffentliche Anbieter gesundheits- und pflegerelevanter Dienste wird hierunter gefasst (MCINTYRE et al. 2009).

Daneben stellt die Erschwinglichkeit die fünfte Dimension dar, welche auf die Anbieter und deren ökonomisches Risiko einerseits und die finanzielle Situation der Nutzer auf der anderen Seite abzielt (KUHLCHE u. PETSCHOW 2005; PENCHANSKY u. THOMAS 1981). Dieses ökonomische Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage kann als limitierender Faktor oder Barriere gesehen werden, selbst wenn Leistungserbringer vorhanden und erreichbar und die potenziellen Nutzer informiert sind. Anreize in dieser Dimension in Bezug auf die Gesundheitsversorgung können das Herabsetzen von Zuzahlungen, Wegfall der Praxisgebühren oder die Senkung der Kassenbeiträge sein (MCINTYRE et al. 2009). Kompatibilität als letzte Dimension zielt auf die Organisation und Ausgestaltung der Dienstleistungen ab. Hierunter werden beispielsweise Öffnungszeiten, Wartezeiten, Terminvergabe und bürokratische Bestandteile der Anbieter zusammengefasst, welche sich bei 24/7-Leistungsanbietern als Anreiz, bei stark eingeschränkten Öffnungszeiten einer Beratungsstelle als eine Barriere darstellen (PENCHANSKY u. THOMAS 1981). Das bedeutet darüber hinaus, dass der tatsächliche Zugang unterbleiben kann, obwohl ein potenzieller Zugang zu einer Versorgungseinrichtung gegeben ist, da Angebot und Nachfrage nicht kompatibel sind und die Qualität nicht angemessen ist (KHAN u. BHARDWAJ 1994). Diese sechs Dimensionen werden herangezogen und operationalisiert, um sie als Analysekatoren für die durchgeführte Fallstudie nutzen zu können.

### **3 Diskrepanzen zwischen Angebot und Nachfrage bei der Pflegeversorgung**

#### *3.1 Gesellschaftlicher Wandel, Bevölkerungsdynamik und Pflegebedarf*

„Europas zweiter demographischer Übergang“, wie er von VAN DE KAA (1987) genannt wurde, resultiert aus einem Wandel von Normen und Werten, der sich in einem veränderten generativen Verhalten äußert und sich als „demographisch-ökonomisches Paradoxon“ (BIRG 2003, 42) manifestiert. In Deutschland ist seit 1950 die Bevölkerungszahl von 69,3 Mio. bis in das Jahr 2002 kontinuierlich auf etwa 82,5 Mio. Einwohner gestiegen. Seitdem nahm die Anzahl bis zum Jahr 2015 langsam ab bzw. pendelt sich derzeit relativ konstant auf ein Niveau von ca. 81 Mio. Einwohnern ein, was auf die jüngsten Ereignisse internationaler Migration zurückzuführen ist und zu einer starken Zuwanderung führt (STATISTISCHES BUN-

DESAMT 2015b). Die natürliche Bevölkerungsentwicklung liegt vor allem an einem starken Rückgang der Geburtenzahlen seit Mitte der 1960er Jahre, da das Verhältnis von Geburten und Sterbefällen seit 1971 stets negativ ausgefallen ist. Die zusammengefasste Geburtenziffer liegt bei unter 1,4 Kindern pro Frau und somit unter dem Bestandserhaltungsniveau von 2,1 (STATISTISCHES BUNDESAMT 2012a, 15). Somit wird jede Elterngeneration nur zu zwei Dritteln durch die nächste Generation ersetzt (RAGNITZ 2008). Derzeit ist davon auszugehen, dass ein neugeborener Junge durchschnittlich bis zu 79 Jahre alt und ein neugeborenes Mädchen sogar im Durchschnitt 83 Jahre alt werden wird (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014). Dabei ist nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums das Risiko der Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI<sup>2</sup> umso höher, je älter eine Person ist. In Zahlen ausgedrückt heißt dies, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit in der Altersgruppe der 60- bis 80-jährigen bei 4,2 Prozent und der ab 80-jährigen sogar bei annähernd 29 Prozent liegt (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2014, o.S.).

Bezugnehmend auf den sozialen Wandel in der Gesellschaft sind Verschiebungen der Haushaltsstrukturen erkennbar. Gab es 1970 noch rund 22 Mio. Haushalte, von denen etwa ein Viertel Singlehaushalte waren, so stieg die Anzahl bis 2014 auf etwa 40 Mio. Haushalte, welche zu rund 40 Prozent von nur einer Person bewohnt werden (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014; 2012b). Dieser Anstieg wird nicht nur durch die Individualisierung der jüngeren Bevölkerung hervorgerufen; auch ältere Menschen leben immer öfter allein. Der Anteil der älteren Bevölkerungsgruppe (ab 60 Jahre) ist seit 1950 bis 2014 von ca. 15 auf über 27 Prozent angestiegen. Der Anteil der über 80-Jährigen vergrößerte sich im genannten Zeitraum sogar von 1 auf ca. 6 Prozent (STATISTISCHES BUNDESAMT 2015b; 2011). Laut STATISTISCHEM BUNDESAMT (2012b, o.S.) leben sogar in gut 24 Prozent aller Haushalte ausschließlich Menschen im Seniorenalter ab 65 Jahren. Die genannten Prozesse führen dazu, dass sich in Deutschland die Anzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen erhöhen wird. VON KONDRATOWITZ (2005, 418) meint dazu, dass „die Entwicklungsmuster der Langlebigkeit und die Prävalenz chronischer Krankheiten in den hochaltrigen Gruppen die bedeutendste Herausforderung für die nationalen Gesundheits- und Pflegesysteme darstellen“ werden. Demographisch und sozio-ökonomisch bedingt sinkt das informelle Pflegepotenzial. DÖHNER und ROTHGANG (2006) gehen von einer Reduktion um 50 Prozent in den nächsten 30 bis 40 Jahren aus.

Demgegenüber steht eine steigende Zahl an Menschen mit Pflegebedarf. Im Zeitraum 1999 bis 2009 stieg die Anzahl an Pflegebedürftigen von 2,02 auf 2,34 Mio. Menschen. Dies ist eine Zunahme von etwa 16 Prozent in der genannten Dekade. Allein in den vier Jahren bis 2013 nahm die Anzahl erneut um 12 Prozent zu und lag am Ende des Jahres bei 2,62 Mio. (STATISTISCHES BUNDESAMT 2015a), was eine rasante Entwicklung darstellt. Etwa 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause, die restlichen 30 Prozent in stationären Pflegeeinrichtungen respektive Pflegeheimen versorgt. Zwei Drittel aller zu Hause gepflegten und betreuten Personen greifen ausschließlich auf die Hilfe und Unterstützung durch Familienangehörige zurück, wohingegen ein Drittel teilweise ausschließlich von

<sup>2</sup> Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung, für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§14 SGB XI).

Pflegediensten, teilweise mit Hilfe der Angehörigen und mobilen Pflegediensten unterstützt wird (siehe Abb. 2). Zusammenfassend heißt dies, dass „der private Haushalt [...] der zentrale Ort der Betreuung und Versorgung und damit die grundlegende Versorgungsform Hilfe- und Pflegebedürftiger in Deutschland“ ist (DAMMERT 2009, 100).

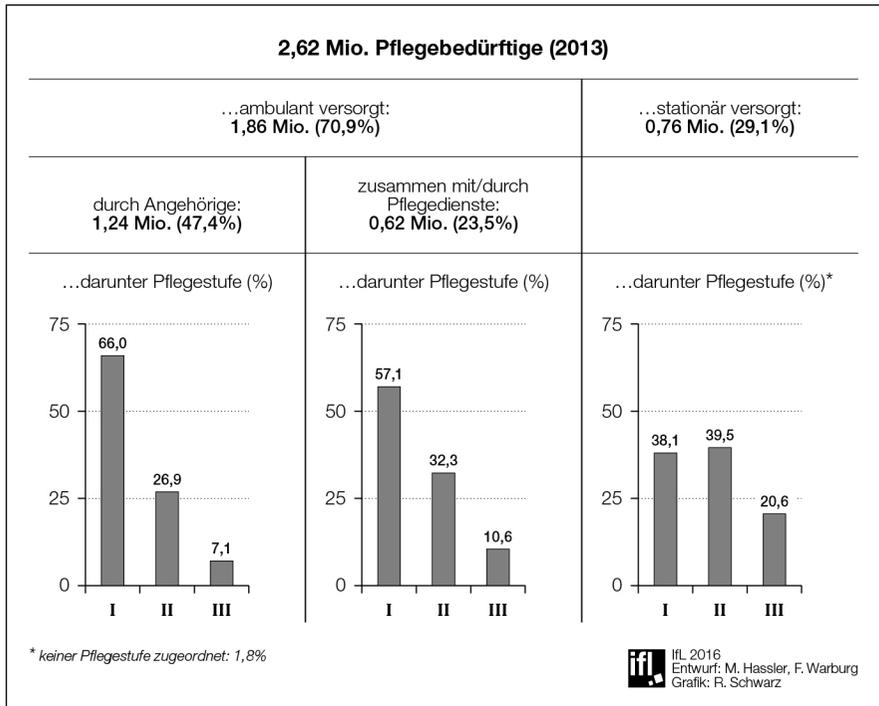


Abb. 2: Pflegebedürftige nach Art der Unterbringung und Einordnung nach Pflegestufen (eigene Darstellung nach STATISTISCHES BUNDESAMT 2015a)

Daraus folgt, dass die Zahl an professionellen Fachkräften im Pflegebereich um 35 Prozent zunehmen müsste, wenn die Vorausberechnungen der Pflegebedürftigkeit sowie die konstant hohe Arbeitsintensivität des Pflegeberufs zugrunde gelegt werden. Eine der Möglichkeiten, um den steigenden Bedarf zu decken, ist die Akquise von inländischen Nachwuchskräften im Bereich der Pflege und Betreuung. Gerade der demographische, aber auch der soziale Wandel haben starken Einfluss auf das vorhandene informelle Pflegepotenzial, also den „zur Versorgung ohne professionelle Hilfe abrufbaren gesellschaftlichen Ressourcen“ (BLINKERT u. KLIE 2008, 242). Durch die sich ändernde Bevölkerungsstruktur, eine Zunahme des Anteils älterer Menschen, die aufgrund sozialer Individualisierungsprozesse immer öfter alleine leben, und durch eine Abnahme von räumlicher Nähe zwischen Eltern und Kindern, ist das informelle Potenzial auf lange Sicht nicht ausreichend oder tragbar. Auf ein ähnliches Ergebnis kommen ENSTE und PIMPERTZ (2008) in ihrer

Studie über das Beschäftigungspotenzial auf dem Pflegemarkt in Deutschland (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege

\*Eigene Berechnung, ergänzt nach: ENSTE u. PIMPERTZ 2008, 4

Jahr	Pflegebedürftige in 1.000	Stationäre Pflege in 1.000	Ambulante Pflege (Sachleistungen) in 1.000	Pflege durch Angehörige (Geldleistungen) in 1.000	Anteil der Pflege durch Angehörige an allen Pflegebedürftigen*
2005	2.128	677	472	979	46%
2010	2.404	841	553	1.010	42%
2020	2.911	1.135	728	1.048	36%
2030	3.360	1.411	907	1.042	31%
2040	3.641	1.602	1.056	983	27%
2050	4.100	1.968	1.230	902	22%

### 3.2 Politische und rechtliche Einflüsse

Tatsächlich wird das Gros an Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Nicht allein in Deutschland, sondern auch im europäischen Vergleich ist dies zu beobachten (DIENEL 2007). Grundsätzlich kann jedoch festgestellt werden, dass die Betreuung und Pflege zu Hause bis zu einem bestimmten gesundheitlichen Grad möglich ist und der Grad professioneller Hilfe mit zunehmendem Krankheitsverlauf zunimmt (HUGMAN 1994). GREUTER und SCHILLIGER (2009, 155) sprechen in diesem Zusammenhang von der Ausbildung eines *Care-Patchworks*, „einer Kombination von ergänzender Betreuung durch Angehörige, medizinischer und körperlicher Pflege [...] und stundenweiser ‚alltäglicher‘ Umsorgung“ (u.a. Haushalts-Dienstleistungen) durch privatwirtschaftliche Angebote“.

Ein alternativer, aber nicht unumstrittener Lösungsansatz, um die entstandenen und noch voranschreitenden Versorgungsdefizite in Privathaushalten zu schließen, wird in der Beschäftigung von ausländischem Pflegepersonal gesehen. Dabei gilt es zwei verschiedene rechtliche Grundsätze zu beachten. Dies sind einerseits arbeitsrechtliche, auf der anderen Seite aufenthaltsrechtliche Bestimmungen. Die Dienstleistungsfreiheit (Art. 56ff. AEUV) und das Arbeitnehmer-Entsendegesetz ermöglichen ausländischen Unternehmen aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten bereits vor der vollumfänglichen Arbeitnehmerfreizügigkeit Dienstleistungen anzubieten und ihre Mitarbeiter nach Deutschland zu entsenden. Die Beschäftigung von Selbständigen durch die EU-Dienstleistungsrichtlinie sowie die Entsendung von Leiharbeitern sind Varianten, die gerade im Bereich der Pflege- und Betreuungskräfte derzeit noch gängig sind und sich „im Dschungel von unterschiedlichen Formen der formellen und informellen Arbeit“ in einer Grauzone bewegen (GREUTER u. SCHILLIGER 2009, 158). Die von Deutschland verhängten Restriktionen in Bezug auf die Arbeitnehmerfreizügigkeit für die 2004 und 2007 neu in die Europäische Union aufgenommenen Mitgliedsstaaten sorgten dafür, dass das vollumfängliche Recht auf Beschäftigung mit einer Verzögerung von sieben Jahren eingeführt wurde (Rumänien und Bulgarien 2014) (STRÜVER 2011). Seit Juli 2015 gilt jedoch für alle

mittel- und osteuropäischen EU-Beitrittsstaaten (inkl. Kroatien: beigetreten in 2013) die Arbeitnehmerfreizügigkeit. Dies bedeutet, dass Arbeitssuchende aus EU-Mitgliedsstaaten von deutschen Haushalten angestellt werden können, ohne dass eine Erlaubnis der Arbeitsagenturen benötigt wird (VERBRAUCHERZENTRALE RHEINLAND-PFALZ 2015).

Neuere Erkenntnisse über die Zirkulation der Pflege(-kräfte) aus räumlicher und gesellschaftlicher Perspektive liefern BALDASSAR und MERLA (2013), die herausstellen, dass es im Rahmen transnationaler Pflege zu einem Ungleichgewicht bzw. zu einem „reziproken, multidirektionalen und asymmetrischen Austausch“ von Pflege kommt, der sich im Laufe der Lebenszeit verändert (BALDASSAR u. MERLA 2013, 25). Gleichzeitig sind diese Prozesse politisch-regulatorischen, gesellschaftlich-kulturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen sowohl der Herkunfts- als auch Zielländer unterworfen. In den demographisch beeinflussten und alternden Gesellschaften der Zielländer werden Konflikte, soziale Interaktionen und Herausforderungen untersucht (u.a. MUNDLAK u. SHAMIR 2008; ESCRIVA u. SKINNER 2008).

## **4 Zugang zur Pflegeversorgung mithilfe der Betreuungsdienstleisterinnen**

### *4.1 Zunehmende Mobilität, Transmigration und Kommunikation*

Daneben werden die „Kehrseite der Medaille“ internationaler bzw. transnationaler Pflegemigration analytisch konzeptualisiert (vgl. PYLE 2011) sowie Fragestellungen zur Abwesenheit der (vor allem weiblichen) Pflegekräfte in den Quellländern und die daraus resultierenden Regionaleffekte theoretisiert und empirisch dargelegt (u.a. HAIDINGER 2008). Es werden Lebens- und Arbeitsbedingungen aus Perspektive der zu pflegenden Haushalte und aus Angehörigenperspektive qualitativ-empirisch dargelegt (VON DER MALSBURG u. ISFORT 2014; LAUXEN 2011, NEUHAUS et al. 2009). Zudem zeigen Studien, dass die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Betreuungsdienstleisterinnen äußerst prekär sind und „[e]ntgrenzte Arbeitszeiten, nicht ausreichende Regenerationsmöglichkeiten, eingeschränkte Bewegungsfreiheit, soziale Isolation, Heimweh und das Erleben von Dequalifizierung und Abwertung psychische Belastungen zur Folge haben“ können (LAUXEN 2011, 200). Betreuungsdienstleisterinnen kommen als „Dienstmädchen der Globalisierung“ (LUTZ 2008b) in die privaten Haushalte der Pflegebedürftigen. Als Betreuungsdienstleisterinnen oder auch *Live-ins* werden Pflegekräfte bezeichnet, die 24 Stunden, sieben Tage die Woche im Haushalt der Pflegebedürftigen leben und diese versorgen. Es besteht eine große Heterogenität innerhalb dieser Berufsgruppe in Bezug auf die Herkunft, das Alter, die Qualifikation und das Leistungsangebot, die Dauer und die Lokalität des Aufenthaltes in Deutschland sowie familiäre und soziale Beziehungen in den Herkunftsländern. Sie kommen aus Polen, Tschechien, der Slowakei, Ungarn und immer stärker aus Rumänien oder den baltischen Ländern. Dies hängt zu großen Teilen von persönlichen und geschäftlichen Kontakten der Geschäftsführer der Vermittlungsagenturen ab, gleichzeitig spielen Lohnkosten eine höhere und Distanzen zwischen Quell- und Zielland eine geringere Rolle. Aus geographischer Sicht scheint es ebenso einen Zusammenhang zwischen dem

Standort der deutschen Vermittlungsagentur und dem Einsatzgebiet der Betreuungskräfte zu geben. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass Vermittlungsagenturen aus Norddeutschland eher in dieser Region aktiv sind und ihre Betreuungskräfte eben dort distribuieren. Gründe dafür sind die Kontakte zu den Kunden einerseits, die Organisation der An- bzw. Abreise der Betreuungskräfte andererseits. Grundsätzlich jedoch werden die über die Vermittlungsagenturen organisierten ausländischen Kräfte über das gesamte Bundesgebiet verteilt. Zudem konnten aus den Interviewdaten keine Aussagen getroffen werden, die eine stärkere Tendenz bezüglich des Auftretens in städtischen oder ländlichen Regionen belegen würde. Lediglich die Tatsache, dass die sozialen Umstände ländlicher und urbaner Lebensweise auf unterschiedliche Art prägend für die Pflegearrangements sind, konnte herausgefunden werden.

Die Aufenthalts- und damit verbundene Arbeitszeiten in Deutschland sind sehr variabel, sodass die *Live-ins* von vierzehn Tagen bis hin zu einem Jahr vor Ort eingesetzt werden. In der Regel, und das bestätigen die Aussagen der Interviewpartner durchgängig, liegt die Dauer des Aufenthaltes bei zwei bis drei Monaten. Die räumliche Nähe Deutschlands und anderer Zielländer zu den teils angrenzenden mittel- und osteuropäischen Herkunftsländern begünstigt zudem die starke transnationale Migration. Die sozialen und familiären Bindungen der Pflegekräfte zur Heimat spielen eine wichtige Rolle und können sogar Auslöser für die Aufnahme einer solchen Tätigkeit sein, wenn Ehepartner arbeitslos werden und Kinder versorgt werden müssen. Diese gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen sind in Studien von PYLE (2011) oder BALDASSAR und MERLA (2013) stärker fokussiert, die soziale Interaktionen und die Abwesenheit der Pflege- und Betreuungskräfte mit den damit verbundenen Regionaleffekten thematisieren. Das Nicht-Vorhandensein dieser Bindungen kann jedoch gleichermaßen zur Aufnahme einer Tätigkeit im Ausland führen, und dies sogar für längere Zeiträume, als dies bei familiär gebundenen Kräften der Fall ist. Ein Geschäftsführer einer Vermittlungsagentur zieht einen Vergleich, der die Isolation, Anstrengung und Genügsamkeit der ausländischen Pflegekräfte verdeutlicht, und meint: „Stellen sie sich vor, sie gehen auf eine Bohrrinsel. Das ist eine bewusste Entscheidung“ (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsagentur). Konkret bedeutet solch eine Aussage, dass den Pflegekräften das Ausmaß ihrer Entscheidung für die Beschäftigungsaufnahme im Ausland bewusst sei. Dies ist generell zu bezweifeln, wenn man die persönlichen Geschichten sowie familiäre und ökonomische Situation der Pflegekräfte bedenkt, da diese durchaus Zwangslagen konstituieren (vgl. MUNDLAK u. SHAMIR 2008; ESCRIVA u. SKINNER 2008). Wenn sich die Pflegekräfte entschieden haben,

„dann muss organisiert werden. [...] Viele haben natürlich Kinder. Wir haben Mitarbeiterinnen, die durch ihren Job ihre ganzen Familien ernähren; sei es, wenn die Familie noch intakt ist, dass sich der Mann dann um die Kinder kümmert; sei es, dass die Mutter sich um die Kinder kümmert. Und der soziale Kontakt, die Verbindung, wird telefonisch oder via Skype aufrechterhalten. Ja, das sind ganz wichtige Kommunikationsmittel für die Mitarbeiterinnen, damit diese den Kontakt [zu ihrem] Zuhause nicht verlieren“ (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsagentur).

Aus den Aussagen der Interviewpartner konnte stringent herausgefiltert werden, dass sich die Aufnahme einer Beschäftigung im Ausland für die Betreuungskräfte äußerst positiv auswirkt. Vergessen wird dabei, dass es zu einer Herausbildung von *global care chains* und *care drain* kommt, also zu einer Verlagerung der Pflege- und Betreuungstätigkeiten sowohl räumlich als auch personell (LAUXEN 2011). Die Transmigrantinnen oder Pendelmigrantinnen, welche in deutschen Haushalten Produktivarbeit leisten, müssen in Teilen ihrerseits im Herkunftsland ersetzt werden. Dies geschieht u.a. dadurch, dass „[d]ie Versorgung des Heimathaushalts und die Kinderbetreuung für die Zeit der Abwesenheit nicht selten mittels Dienstleiterinnen organisiert“ werden müssen, was im Umkehrschluss dazu führt, dass „[d]as Arbeitsmigrationssystem sich so in den Herkunftsländern fort[setzt“ (NEUHAUS et al. 2009, 33f.). Dies hat nicht nur rein mobilitätsbezogene Auswirkungen, sondern vor allem soziale und persönliche Folgen für die Pflege- bzw. Betreuungskraft, deren Familie und Umfeld sowie wiederum deren Betreuungskräfte. In einer globalisierten Welt müssen genannte Aspekte Erwähnung finden, können jedoch aufgrund der Breite des Themas und der vorgesehenen Fokussierung auf die Agenturen als Alternativen im deutschen Pflegesystem sowie der räumlichen und sozio-ökonomischen Perspektiven nicht vollumfänglich dargestellt werden (vgl. dazu NEUHAUS et al. 2009; LUTZ 2008a).

Hunderttausende Mittel- und Osteuropäerinnen gehen in Deutschland einer illegalen Arbeit nach. Einige der Interviewten sprechen von 90 Prozent irregulär Beschäftigter im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen laut „Informationen, die wir von den Partneragenturen [haben]; einhunderttausend Damen aus Osteuropa [...], diese Zahl stimmt schon lange nicht mehr“ (Interview mit Geschäftsführerin einer Pflegevermittlungsgesellschaft). Im Interview mit einem Leiter einer Pflegevermittlungsgesellschaft wurde ein konkretes Beispiel genannt, welches das Ausmaß der transnationalen Pendelmigration belegen soll:

„Jeden Tag kommen in Hamburg sechs Busse [...] nur aus Polen an, voll mit polnischen Mitarbeitern, die von Hamburg aus dann wieder verteilt werden. Ein Bus fährt nach Norden, einer nach Hannover, einer nach Bremen und so weiter. Das ist ein reger Wechsel. Und ich würde mal sagen, von denen [ist] nur ein Bruchteil legal“ beschäftigt (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsgesellschaft).

Dies deckt sich mit den Erkenntnissen anderer Studien, die ebenfalls von 50.000 bis über 100.000 irregulär in Deutschland tätigen mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen ausgehen, wobei die Einschätzungen nicht validiert werden konnten (vgl. VON DER MALSBURG u. ISFORT 2014; NEUHAUS et al. 2009, 89).

#### 4.2 Verfügbarkeit von Pflege und Betreuung

Durch die 2015 EU-weit geregelte Arbeitnehmerfreizügigkeit sind die Hürden und der bürokratische Aufwand für die Beschäftigungsaufnahme gemindert worden. Wenn der Pflegebedarf zunimmt und eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung notwendig wird, stehen meist kurzfristig Überlegungen an, eine ständige und dabei verhältnismäßig günstige Betreuungskraft zu engagieren. Dabei haben Pflegehaushalte vor allem drei Möglichkeiten: Es sind (1) Betreuungskräfte, die vom Privathaushalt als Arbeitnehmer angestellt werden, (2) bei ausländischen Unternehmen angestellte

und nach Deutschland entsandte Betreuungskräfte sowie (3) grenzüberschreitend selbständig tätige Betreuungskräfte (als Einzelunternehmer).

Eine Möglichkeit für die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen besteht darin, eine osteuropäische Haushaltshilfe über die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit zu engagieren. Seit Mai 2011 benötigten Arbeitnehmer aus den 2004 der EU beigetretenen Staaten keine Arbeitsgenehmigung mehr, um einer sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigung nachzugehen. Lediglich den Arbeitnehmern aus den südosteuropäischen Ländern Bulgarien, Rumänien und Kroatien blieb die Arbeitnehmerfreizügigkeit zunächst vorenthalten, wurde jedoch ab dem 01.07.2015 allen EU-Beitrittsstaaten gewährt. Die Anzahl der Vermittlungen über die ZAV fiel in den Jahren 2005 bis 2010 mit 1.000 bis ca. 3.000 sehr gering aus (ZAV 2011; NEUHAUS et al. 2009). Hierbei konnte festgestellt werden, dass das Gros der Arbeitnehmer aus Polen kam, gefolgt von Rumänien, Bulgarien und Ungarn (ZAV 2011). „Da sehen sie wieder, wie viele diesen bürokratischen Wahnsinn auf sich nehmen“ (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsagentur), meint ein Interviewpartner zu dem Thema und verdeutlicht damit die Ablehnung der meisten Akteure gegenüber dieser bürokratisch aufwendigen und viel Zeit in Anspruch nehmenden Möglichkeit der Beschaffung von adäquatem Personal.

„Diese Variante [ist] von den Familien nicht mehr so gerne erwünscht, weil die Damen nicht so lange in Deutschland bleiben oder nicht so lange bleiben können“ (Interview mit Geschäftsführerin einer Pflegevermittlungsagentur). Aber auch für die Pflegekräfte per se ist es „ein bisschen schwierig, weil keine [Frau bzw. Mutter] für ein Jahr von zu Hause [wegbleiben] kann“ (Interview mit Geschäftsführerin einer Pflegevermittlungsagentur). Dies steht teilweise im Kontrast zu den Ergebnissen anderer Studien. Da seit 2015 keine Arbeitserlaubnis oder andere Bescheinigungen für Arbeitnehmer aus der EU erforderlich sind, ist der Zugang erleichtert worden. In Deutschland gibt es eine florierende Vermittlungsbranche. Nicht die Unternehmen, jedoch aber die Beschäftigten bewegen sich hierbei oft zwischen Selbständigkeit und Scheinselbständigkeit sowie zwischen Weisungs- bzw. Direktionsrecht und Arbeitnehmerüberlassung, also in rechtlichen Grauzonen.

Auch die Möglichkeit der Entsendung von Arbeitskräften, beispielsweise aus Polen, besteht als Pflegelösung für private Haushalte. Hierbei nehmen die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige Kontakt zu einer Vermittlungsagentur in Deutschland auf. Sie teilen der Firma mit, „worum es geht, welche Wünsche sie bezüglich des Personals haben und wie die Situation vor Ort ist“ (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsagentur). Dann geht die Arbeit der Vermittlungsagentur los, indem sie den Wünschen der Kunden entsprechend Kontakt zu den ausländischen (hier: polnischen) Partneragenturen sucht, um geeignete Pflege- und Betreuungskräfte zu ermitteln. Dieser Ablauf konnte bei allen Vermittlungsagenturen in ähnlicher Weise festgestellt werden, wobei sich Intensität und Umfang der Services seitens der Agenturen unterscheiden.

#### *4.3 Kompatibilität, Organisation und Ausgestaltung*

Es sind zu je einem Drittel entweder die Pflegebedürftigen, der/die Partner/in oder

die Kinder bzw. Angehörigen der Betroffenen, die Kontakt zu den Agenturen herstellen. Es wird zunächst festgestellt, dass Pflege und Betreuung nicht mehr allein durch die informellen Arrangements abgedeckt werden können und auch die Unterstützung durch professionelle Pflegedienste nicht ausreicht oder aber eine Rundumversorgung zu kostenintensiv ist. Es werden dann die benötigten Anforderungen aufgelistet und der tatsächliche Pflege- und Betreuungsaufwand konstatiert. „Dann bekommen [die Kunden] ein Angebot und entscheiden sich für eine Zusammenarbeit, oder nicht“ (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsgesellschaft). Wenn sich die beiden Parteien einigen können, kommt also rein rechtlich gesehen ein Arbeitsvertrag zwischen der ausländischen Agentur und der ausländischen Betreuungskraft zustande. Zudem entsteht ein Dienstleistungsvertrag zwischen den deutschen Betreuungsbedürftigen und den ausländischen Agenturen. Die deutsche Vermittlungsgesellschaft tritt zunächst nur als Vermittler auf. Es wird in den Verträgen detailliert festgelegt, welche Aufgaben genau die Pflegekraft zu erbringen oder nicht durchzuführen hat. Sie ist demnach nicht an Weisungen der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen gebunden. Faktisch ist dies allerdings unrealistisch und erfährt von Seiten der Interviewpartner nur ironisch-sarkastische Reaktionen. Konstatieren lässt sich, dass Verträge gemacht werden, in denen festgehalten wird, dass die

„Betreuungskraft aus Polen nicht putzen [darf], das steht ja in den Verträgen drin, [auch] keine Reinigungsarbeiten [durchführt]: sie soll nur betreuen. Wenn ich [ihn/sie] aber nicht kämmen kann, kein Essen zubereiten kann, das Essen nicht verabreichen kann, nicht Körperpflege machen kann, [die Pflegebedürftigen] nicht beim Toilettengang begleite, [sie/ihn] nicht anziehe oder ausziehe, was mache ich dann den ganzen Tag?“ (Interview mit BEBP).

Zwischen den deutschen Vermittlungsgesellschaften und den polnischen Entsendeunternehmen wurden über Jahre Kontakte geknüpft, Kooperationen vereinbart und dieses Vermittlungssystem sehr erfolgreich ausgebaut. Teilweise bestehen langjährige Verbindungen von deutscher Seite mit bis zu 40 Partneragenturen nur alleine in Polen. Bei der Kooperation geht es dann um ein Vertrauensverhältnis, das aber durch monetäre Gegenleistungen zum Ausdruck kommt. Auch ein anderer Interviewpartner stellt im Hinblick auf die Organisation und Kontakte in die Herkunftsländer der Pflegedienstleisterinnen fest:

„Wir haben als fest angestellt hier in Deutschland [...]: acht Leute. Die Mitarbeiterinnen, die wir über die Agenturen bei den zu betreuenden Menschen einsetzen sind ja nicht meine Mitarbeiter wie gesagt, sondern die Mitarbeiter der Kooperationspartner in Polen, in der Slowakei, in Ungarn oder in Rumänien. Und da kommen wir zurzeit auf eine Zahl von 150. [Und wir kooperieren] mit drei Agenturen in Polen, einer in der Slowakei, einer in Ungarn und einer in Rumänien“ (Interview mit Inhaber einer Vermittlungsgesellschaft).

Es wird von Seiten der Entsendeunternehmen ein Betrag von „100 bis 150 Euro an eine Vermittlungsgesellschaft in Deutschland [gezahlt], damit sie diese Familie betreut“ (Interview mit BEBP), sodass also das polnische Entsendeunternehmen die Arbeitskräfte zur Verfügung stellt und die Vermittlungsgesellschaft in Deutschland die Familien vor Ort berät, die Arbeitskräfte vermittelt und auch selbige betreut. Problematisch wird jedoch die Gesetzeslage im Hinblick auf Arbeitsverhältnisse, Min-

destlohnanforderungen und die Prekarität gesehen. Aus einem Beispiel lässt sich klar ableiten, wie komplex und juristisch-fragil diese Arbeitsverhältnisse sind.

„Rechtlich gesehen kommt zwischen der Familie und dieser Frau ein faktisches Arbeitsverhältnis dadurch zustande, dass diese Frau ja mehr leistet als ihr eigentlicher Arbeitgeber ihr erlaubt hat. Das bedeutet also, hier werden dann auch Sozialabgaben fällig. [...] Und in diesen Verträgen [steht] drin, dass immer polnisches Recht Anwendung findet“ (Interview mit BEBP).

Die Auseinandersetzung mit rechtlichen Fragen führt zu einer weiteren Möglichkeit für die Vermittlung von *Live-ins* durch die Agenturen. Die Betreuungsdienstleisterinnen haben in Deutschland die Möglichkeit sich selbständig zu machen. Dies bedingt ein unternehmerisches Risiko, eine freie Einteilung der Arbeitszeit sowie die Tatsache, dass für mehrere Auftraggeber gearbeitet werden muss und führt dazu, dass eine weisungsfreie Tätigkeit ausgeführt werden kann. Hierzu soll ein Unternehmen herangezogen werden, welches im Rahmen der Recherche und der empirischen Datenakquise besonders kontrastierend wahrgenommen wurde.

Die Betreuungsdienstleisterinnen kommen meist auf Empfehlung zum Unternehmen und werden deutschlandweit eingesetzt. Die Organisation übernehmen die Mitarbeiter aus den zuständigen Abteilungen der Firma, sodass die Franchisenehmer sich vollständig auf die Arbeit, d.h. die Betreuung und Pflege der Pflegebedürftigen, konzentrieren können. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren etwa 800 deutsche Familien simultan durch das Unternehmen in einem durch *Live-ins* unterstütztes Pflegearrangement situiert. Über die letzten Jahre sind nach Schätzungen eines Geschäftsführers einer Vermittlungsagentur insgesamt etwa 2.000 bis 3.000 Pflegebedürftige durch ausländische Pflegekräfte versorgt worden. Die Familien müssen für die Leistungen der Betreuungsdienstleisterinnen zwischen 1.600 und 2.000 Euro pro Monat bezahlen. Dies scheint auf den ersten Blick ein teures Pflegearrangement zu sein, jedoch müssen diesem die Optionen des Pflegeheimes sowie eine zeitintensive Pflege und Betreuungsleistung durch Pflegedienste gegenübergestellt werden.

#### 4.4 *Erschwinglichkeit von Pflegeleistungen*

Gerade der Aspekt der anstehenden Kosten im Pflegefall muss relativiert und kontextualisiert werden. Es ist nämlich festzustellen, dass sich eine vollstationäre Unterbringung in Abhängigkeit von Pflegeaufwand und Ansprüchen der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen nicht teurer darstellt als die Angebote der Betreuungsdienstleisterinnen und Pflegevermittlungsagenturen. So ergeben sich durchschnittliche monatliche Kosten für eine vollstationäre Unterbringung in einem Pflegeheim von 2.500 bis 3.400 Euro (STATISTA 2015). Bei der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen ergeben sich jedoch derzeit Zuschüsse durch die Pflegekassen von 1.064 bis hin zu 1.612 Euro monatlich (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2015). Diese Differenz ergibt Finanzierungslücken, welche bei etwa 1.400 bis 1.800 Euro pro Monat einzuordnen sind. Demgegenüber stehen Kosten und Zuschüsse in Bezug auf die Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst. Hierbei ergeben sich durchschnittliche Kosten (in Abhängigkeit des Pflegeaufwands und der Häufigkeit der Besuche pro Tag) von etwa 1.000 bis 3.000 Euro im Monat. Die Pflegekassen übernehmen dabei zwischen 468 und 1.612 Euro monat-

lich, was zu einem Eigenanteil von 500 bis 1.500 Euro führt. Hierbei ist der Unterschied zu einer 24/7-Betreuung sehr deutlich herauszustellen, der bei einer Pflegeversorgung durch ambulante Pflegedienste in der Regel nicht in Anspruch genommen werden kann (DEUTSCHER PFLEGERING GMBH 2015). Einer der Inhaber einer Pflegevermittlungsagentur konkretisiert die Tatsachen in Bezug auf die Pflegebedürftigen und subsumiert,

„dass die Menschen irgendwann an den Punkt kommen: Es geht nicht mehr so, wie früher, ich muss es jetzt akzeptieren, dass ich Hilfe brauche. Und wenn die Entscheidung klar ist, ich gehe nicht ins Heim, wird [Pflege] eine gewisse Zeit lang über einen Pflegedienst abgedeckt werden können. Spätestens aber bei einer starken dementiellen Erkrankung kommt irgendwann der Punkt, wo die Entscheidung ansteht, entweder gerontopsychiatrische Einrichtung oder aber hier ist immer jemand. Und dann kommen wir an den Punkt der Bezahlbarkeit (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsagentur).“

Dieses exemplarische Zitat bezieht sich auf zwei Dimensionen, die in Bezug auf den Zugang zu Dienstleistungen im Bereich der Pflege und Betreuung relevant sind. Einerseits werden hier die Anschauungen und Einstellungen der Gesellschaft und vor allem der Pflegebedürftigen gegenüber der eigenen Situation und den möglichen Lösungen thematisiert. Auf der anderen Seite wird hier die Dimension der Erschwinglichkeit im Rahmen des Zugangskonzeptes angesprochen. Hierbei zeigt sich, dass die Entscheidung für ein passendes Pflegearrangement sehr stark mit den monetären Kapazitäten der Pflegebedürftigen einerseits sowie deren Angehörigen auf der anderen Seite in Zusammenhang steht.

Soll eine Vollversorgung zu Hause mit 24/7-Pflege und Betreuung durch deutsches Personal erfolgen, ist dies im Vergleich zu einer Lösung mit ausländischem Personal zwar teuer, denn diese Pflegekräfte

„verdienen ein bisschen mehr als im Krankenhaus oder im ambulanten Pflegedienst. [Man braucht] zwei Mitarbeiterinnen, die ihre 1.500 € netto haben wollen, also brutto 2.500 € pro Person. Dann sind wir bei 5.000 € [pro Monat], und Pflegedienst „XY“ will auch noch was verdienen. Und wenn ich sage: Leute, so eine [polnische Betreuungskraft] kostet legal um die 2.000 € [im Monat], dann wird es manchmal schon ganz schön still am anderen Ende der Telefonleitung, weil das viel Geld ist. Aber es kostet ungefähr genauso viel wie ein Pflegedienst, eher wie ein Pflegeheimplatz; ein nettes Altenheim mit Blick ins Grüne, dann liegen die Angebote irgendwo bei 1.600, 1.800 €, nach oben hin keine Grenze. So, und dann wägen die [Angehörigen] natürlich ab und sagen: okay, dann hole ich mir doch legal für fast das gleiche Geld eine Polin und Mutter ist auch gut versorgt. Betonung liegt auf legal. Illegal, auf dem Schwarzmarkt, da ist es deutlich billiger. Da kriegt man die zwischen 1.000 und 1.500 € monatlich. Gut, wer das Risiko eingehen will: muss jeder selbst entscheiden“ (Interview mit Inhaber einer Vermittlungsagentur).

Der finanzielle Aspekt stellt demnach die wichtigste Komponente für die Auswahl der Pflege- und Betreuungsleistungen dar. Das dargestellte Beispiel einer Pflegevermittlungsagentur zeigt neben den vermeintlich positiven Effekten, wie die Unterstützung im Bereich der Administration, die freie Einteilung der Arbeitszeit

oder die weisungsfreie Tätigkeit, auch negative Aspekte. Mithilfe dieses Geschäftsmodelles werden die Gesetze so umgangen, dass die mittel- und osteuropäischen Betreuungsdienstleister einen formal-rechtlichen Weg begehen können, um ihre Dienstleistungen in Deutschland erbringen zu dürfen. Zudem können günstigere Konditionen ausgehandelt werden, sodass die Dienste wesentlich günstiger angeboten werden können als hiesige Pflegedienste kosten würden. Schließlich übernehmen die Betreuungsdienstleisterinnen in diesem Modell ein unternehmerisches Risiko, für das sie letzten Endes die Verantwortung tragen.

## 5 Fazit

Die Frage nach der Rolle der Pflegevermittlungsagenturen im Kontext der veränderten, vorrangig demographisch beeinflussten Nachfrageentwicklung stellt sich als komplex und mehrdimensional dar. Der zweite demographische Transformationsprozess sorgt auf der einen Seite für eine höhere Nachfrage nach Pflege- und Betreuungsdiensten in deutschen Pflegehaushalten. Die abnehmende Bevölkerungszahl und gesellschaftliche Veränderungen führen auf der anderen Seite dazu, dass die Pflegeversorgung und Betreuung langfristig weder durch das informelle, familiäre Umfeld der Pflegebedürftigen noch durch einheimische Pflegekräfte aufrechterhalten werden können. Dadurch entstehen Versorgungslücken und Pflegelösungen, die jedoch stets kritisch hinterfragt werden müssen. Die rechtliche und ökonomische Öffnung der Bundesrepublik Deutschland zu ihren östlichen Nachbarländern stellt eine Chance dar, den Versorgungsdefiziten im Bereich der Pflege und Betreuung entgegenzuwirken.

Eine wesentliche Rolle im Pflegesystem spielen die Pflege- und Betreuungskräfte, „Dienstmädchen der Globalisierung“, *Live-ins* oder Betreuungsdienstleisterinnen. Die Komplexität der Beweggründe reduziert sich im Falle der mittel- und osteuropäischen Pflege- und Betreuungskräfte stark auf ökonomische Faktoren. Dabei darf die Kehrseite der Medaille, die sozialen Veränderungen des *care drain*, nicht außer Acht gelassen werden. Vermittlungsagenturen für mittel- und osteuropäische Betreuungsdienstleisterinnen können aber die Lücken der Versorgung schließen, die sich aus den demographischen und sozialen Veränderungen in Deutschland ergeben haben, und eine wichtige Rolle für die Sicherstellung von Versorgung deutscher Pflegehaushalte einnehmen. Sie können Zugangswege zu den Dienstleistungen ermöglichen und sind im Vergleich zu deutschen Pflegelösungen meist erschwinglicher. Sie übernehmen aber auch Vermittlungs- und Überwachungsfunktionen, sind in Bezug auf Verträge und Leistungen zu hinterfragen, sollten stärker im Fokus der Forschung von Transmigrationsprozessen und Versorgungskonzepten gerückt und differenzierter betrachtet werden.

Es werden mehrere Faktoren aufgezeigt, die zum Gelingen eines von allen Beteiligten positiv empfundenen Pflegearrangements beitragen. Hier seien neben der Steuerung der Pflegearrangements durch die Angehörigen vor allem die Kompetenzen und Erfahrungen aller Beteiligten sowie die personelle Kontinuität genannt. LAUXEN (2011, 206) argumentiert, dass „ein regelmäßiger Wechsel zwischen mehreren Helferinnen von den befragten Töchtern als unvermeidlich angesehen [wird], damit sich die Migrantinnen regenerieren können. Es sollten allerdings

immer dieselben Frauen sein, die sich abwechseln. Außerdem sollte der Personalwechsel nicht zu häufig stattfinden.“ Kontinuität im Bereich der Versorgung ist demnach sehr wichtig; es ist jedoch allen Beteiligten bewusst, dass Auszeiten und Pendelmigration zu dieser Form der Versorgung dazugehören. Zudem ist anzumerken, dass eine Pflegeversorgung und Betreuung inklusive auf bestimmte Krankheitsbilder abgestimmte Angebote (Demenz, Diabetes, etc.) rund um die Uhr bei (gering- oder unqualifizierten) Betreuungsdienstleisterinnen ohne professionellen Hintergrund zu hinterfragen ist.

In Bezug auf die konzeptionelle Einbettung, stellte sich heraus, dass die Erschwinglichkeit bei der Wahl der Pflegearrangements durch Pflegebedürftige bzw. deren Angehörigen in der Regel der limitierende Faktor ist. Die Erschwinglichkeit determiniert neben den gesundheitlichen Aspekten die Art und den Umfang der Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen. Bürokratischer Aufwand, fehlende vollumfängliche Informationen und die Vielzahl an Optionen sind limitierende Faktoren in der Dimension der Verfügbarkeit. Das Vorhandensein oder Fehlen eines informellen, meist familiären Umfeldes, beeinflusst zudem die Möglichkeiten der Pflegearrangements durch *Live-ins*. Dem hinzuzufügen sind die analysierten Dimensionen der Einstellung hiesiger Pflegehaushalte den neuen und alternativen Möglichkeiten der Versorgung gegenüber sowie die Erreichbarkeit der Nachfrage durch die Pflegekräfte.

Sowohl die volkswirtschaftliche Betrachtung des demographischen Alterungsprozesses, aber auch die Suche nach individuellen Lösungen für eine bedarfsgerechte Versorgung einer alternden Gesellschaft in bekannter Umgebung sind derzeit in der Wissenschaft viel diskutierte Probleme. Interessant dabei zu beobachten ist eine Verschiebung der Pflege und Betreuung von individueller und lokaler Ebene in Richtung *Care-Patchwork* sowie stärkerer Internationalisierung. Die Asymmetrie von nachgefragten und angebotenen Pflegelösungen bzw. -arrangements ist Grund zur Annahme, dass sich künftig das Spektrum von Pflege- und Betreuungsleistungen erweitern und die Bedeutung von Vermittlungsagenturen zunehmen wird.

## Literatur

- AEUV – Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union. Gesetz vom 1.12.2009. In: <http://www.aev.de/> (20.12.2015).
- ADAY, L.A. u. R. ANDERSEN 1974: A framework for the study of access to medical care. In: *Health services research*, 9 H. 3, S. 208–220.
- BALDASSAR, L. u. L. MERLA 2013: Transnational families, migration and the circulation of care: understanding mobility and absence in family life (Vol. 29). Routledge.
- BELL, D. u. A. RUTHERFORD 2013: Individual and Geographic Factors in the Formation of Care Networks in the UK. In: *Population, Space and Place*, 19, H. 6, S. 727–737.
- BIRG, H. 2001: Die demographische Zeitenwende: Der Bevölkerungsrückgang in Deutschland und Europa. München: CH Beck (= Beck'sche Reihe 1426).
- BLINKERT, B. u. T. KLIE, 2008: Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chance. In: BAUER, U. u. A. BÜSCHE (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden, S. 238–255.

- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2014: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (Stand 05/2014). In: [www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html](http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html) (25.11.2014).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2015: Pflegeleistungen ab 1. Januar 2015. In: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Tabellen\\_Pflegeleistungen\\_BRat\\_071114.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Tabellen_Pflegeleistungen_BRat_071114.pdf) (14.12.2015).
- BUTSCH, C. 2011: Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Barrieren und Anreize in Pune, Indien. Stuttgart: Steiner Verlag.
- DAMMERT, M. 2009: Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wie zukunftsfähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung? Wiesbaden.
- DEUTSCHER PFLEGERING GMBH 2015: Kosten für ambulante Pflegedienste. In: <http://www.pflegering.de/glossar/kosten-ambulanter-pflegedienst/> (29.12.2015).
- DIENEL, C. 2007: Die Betreuung älterer Familienmitglieder im europäischen Vergleich – Perspektiven einer europäischen Politik für familiäre Pflege. In: Berliner Journal für Soziologie, 17, H. 3, S. 281–300.
- DIETZ, B. 2002: Lebenserwartung, Morbidität und Mortalität im Alter. In: Sozialer Fortschritt, 51, H. 12, S. 307–314.
- DÖHNER, H. u. H. ROTHGANG 2006: Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege zur Sicherung der Langzeitpflege. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49, H. 6, S. 583–594.
- ENSTE, D. u. J. PIMPERTZ 2008: Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. In: IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 35, H. 4, S. 1–16.
- ESCRIVA, A. u. E. SKINNER 2008: Domestic work and transnational care chains in Spain. In: LUTZ, H. (Hrsg.). 2008: Migration and domestic work: A European perspective on a global theme. Ashgate, S. 113–126.
- FARMER, J., M. PRIOR u. J. TAYLOR 2012: A theory of how rural health services contribute to community sustainability. In: Social Science & Medicine, 75, H. 10, S. 1903–1911.
- FASSMANN, H. 2003: Transnationale Mobilität. Konzeption und Fallbeispiel. In: SWS-Rundschau, 43, H. 4, S. 429–449.
- GODDARD, M. u. P. SMITH 2001: Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. In: Social Science & Medicine, 53, H. 9, S. 1149–1162.
- GREUTER, S. u. S. SCHILLIGER 2009: Ein Engel aus Polen. In: Denknnetz-Jahrbuch 2009. Zürich (= Edition 8).
- HABERKERN, K. 2009: Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat. Wiesbaden.
- HADINGER, B. 2008: Contingencies among households: Gendered division of labour and transnational household organization – The case of Ukrainians in Austria. In: LUTZ, H. (Hrsg.) 2008: Migration and domestic work. A European perspective on a global theme. Ashgate, S.127–144.
- HUGMAN, R. 1994: Aging and the Care of Older People in Europe. New York.
- JOHNSTON, R.J., S.K. SWALLOW u. D.M. BAUER 2002: Spatial factors and stated preference values for public goods: considerations for rural land use. In: Land Economics, 78, H. 4, S. 481–500.
- KHAN, A.A. u. S.M. BHARDWAJ 1994: Access to Health Care A Conceptual Framework and its Relevance to Health Care Planning. In: Evaluation & the Health Professions, 17, H. 1, S. 60–76.
- KUHLICKE, C. u. U. PETSCHOW 2005: Vom schleichenden Ende der Nahversorgung. In: Ökologisches Wirtschaften-Fachzeitschrift, 20, H. 4, S. 39–42.
- LANGER, R. 2010: Mindestlöhne für in Deutschland beschäftigte Pflegekräfte – neue Verfahren zur Feststellung von Mindestlöhnen und ihre Bedeutung für Beschäftigte im Pflegebereich. In: SCHEIWE, K. u. J. KRAWIETZ (Hrsg.): Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche

- Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden, S. 81–93.
- LAUXEN, O. 2011: „Bei uns sind Gott sei Dank alle glücklich und zufrieden.“ Zum Gelingen häuslicher Pflegearrangements mit ost-europäischen Helferinnen aus Sicht pflegender Angehöriger. In: *Pflege und Gesellschaft*, 16, H. 3, S. 197–217.
- LESTHAEGHE, R.J. u. L. NEIDERT 2006: The second demographic transition in the United States: exception or textbook example? In: *Population and Development Review*, 32, H. 4, S. 669–698.
- LUTZ, H. (Hrsg.) 2008a: *Migration and Domestic Work. A European Perspective on a Global Theme*. Ashgate.
- LUTZ, H. 2008b: Unsichtbar und unproduktiv? Haushaltsarbeit und Care Work – die Rückseite der Arbeitsgesellschaft. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 35, H. 2, S. 23–37.
- MAYRING, P. <sup>5</sup>2002: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim und Basel.
- MCINTYRE, D.I., M. THIEDE u. S. BIRCH 2009: Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. In: *Health Economics, Policy and Law*, 4, H. 2, S. 179–193.
- MOSELEY, M.J. u. S. OWEN 2008: The future of services in rural England: The drivers of change and a scenario for 2015. In: *Progress in Planning*, 69, H. 3, S. 93–130.
- MUNDLAK, G. u. H. SHAMIR 2008: Between intimacy and alienage: The legal construction of domestic and carework in the welfare state. In: LUTZ, H. (Hrsg.). 2008: *Migration and domestic work: A European perspective on a global theme*. Ashgate. S. 161–176.
- NEUHAUS, A., M. ISFORD u. F. Weidner 2009: Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. In: [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht\\_haushalts\\_hilfen.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht_haushalts_hilfen.pdf) (15.12.2015).
- PENCHANSKY, R. u. J.W. THOMAS 1981: The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. In: *Medical Care*, 19, H. 2, S. 127–140.
- PYLE, J. L. 2006: Globalization and the increase in transnational care work: The flip side. In: *Globalizations*, 3, H. 3, S. 297–315.
- RAGNITZ, J. 2008: Wirtschaftliche Implikationen des demographischen Wandels. In: *Dresdner Geographische Beiträge*, 13, S. 57–70.
- REICHERT-SCHICK, A. 2010: Auswirkungen des demographischen Wandels in regionaler Differenzierung: Gemeinsamkeiten und Gegensätze ländlich-peripherer Entleerungsregionen in Deutschland – die Beispiele Vorpommern und Westeifel. In: *Raumforschung und Raumordnung*, 68, H. 3, S. 153–168.
- SARACENO, C. 2008: „Care“ leisten und „Care“ erhalten zwischen Individualisierung und Refamilialisierung. In: *Berliner Journal für Soziologie*, 18, H. 2, S. 244–256.
- SCHNEEKLOTH, U. 2006: Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III). In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, H. 6, S. 405–412.
- SGB XI (Sozialgesetzbuch – Elftes Buch): Soziale Pflegeversicherung. Gesetz vom 26.05.1994.
- SIEDHOFF, M. 2008: Demographischer Wandel – Zum Begriff und Wesen eines Megatrends. In: *Dresdner Geographische Beiträge*, 13, S. 3–14.
- STATISTA 2015: Kosten eines Pflegeheimplatzes in Deutschland nach Pflegestufe. In: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/196945/umfrage/kosten-eines-pflegeheimplatzes-in-deutschland/> (20.12.2015).
- STATISTISCHES BUNDESAMT 2011: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Natürliche Bevölkerungsbewegung. Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT 2012a: Geburten in Deutschland. Ausgabe 2012. Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT 2012b: Die Zahl der Haushalte steigt auf 40,3 Millionen. In:

- <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/Aktuell.html?nn=50740> (11.10.2014).
- STATISTISCHES BUNDESAMT 2014: Bevölkerung. In: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/lrbev05.html?nn=50740> (24.10.2014).
- STATISTISCHES BUNDESAMT 2015a: Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegestufe 2013. In: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegebeduerftigePflegestufe.html;jsessionid=CED9CE95FACA4D56F385766A91712AB7.cae1> (29.12.2015).
- STATISTISCHES BUNDESAMT 2015b: Bevölkerung in Deutschland. In: [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=56C1C50CAFD5B27E357CB6876F4F5245.tomcat\\_GO\\_1\\_3?operation=previous&levelindex=3&levelid=1452010714999&step=3](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=56C1C50CAFD5B27E357CB6876F4F5245.tomcat_GO_1_3?operation=previous&levelindex=3&levelid=1452010714999&step=3) (29.11.2015).
- STRAUSS, A.L. 1987: *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge University Press.
- STRUBE, A. 2011: Ich würde gerne hier bleiben ... In: *Sozial Extra*, 35, H. 3/4, S. 25–29.
- STRÜVER, A. 2011: Zwischen Care und Career. Haushaltsnahe Dienstleistungen von transnational mobilen Migrantinnen als strategische Ressourcen. In: *Zeitschrift für Wirtschaftsgeographie*, 55, H. 4, S. 193–206.
- TREBBIN, A., M. FRANZ u. M. HASSLER 2013: Großhandelskooperationen für den kleinflächigen Einzelhandel in ländlichen Räumen am Beispiel Mittelhessen. In: *Zeitschrift für Wirtschaftsgeographie*, 57, H. 3, S. 139–154.
- VAN DE KAA, D.J. 1987: Europe's second demographic transition. In: *Population Bulletin*, 42, H. 1.
- VERBRAUCHERZENTRALE RHEINLAND-PFALZ 2015: Bedingungen und Voraussetzungen zur legalen Beschäftigung osteuropäischer Haushaltshilfen/Betreuungskräfte/Pflegerinnen. In: <https://www.verbraucherzentrale.de/mediabig/157221A.pdf> (01.12.2015).
- VON DER MALSBURG, A. u. M. ISFORT 2014: Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit Pflegebedürftigkeit 24 Stunden verfügbar – Private Pflege in Deutschland. (= *Wiso direkt: Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik; Ausgabe: Juni 2014*.) In: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10811.pdf> (20.12.2015).
- VON KONDRATOWITZ, H.-J. 2005: Die Beschäftigung von Migrantinnen/innen in der Pflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, (38)6, S. 417–423.
- ZAV 2011 = Zentrale Auslands- und Fachvermittlung 2011: Arbeitsmarktzulassungen europäischer Haushaltshilfen (2008–2010). Statistik der ZAV.