



Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion - Berufe, Mobilität und Fachkräftesicherung

Abschlussbericht

Vorgelegt vom

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK),
Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main



und der Interregionalen Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (IBA)



Im Auftrag des

Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
im Rahmen der rheinland-pfälzischen Präsidentschaft des Gipfels der Großregion

Verfasserinnen und Verfasser:

Oliver Lauxen, Dr. Christa Larsen & das Netzwerk der IBA

Januar 2015

Vorbemerkung zu textuellen Unterschieden in der deutschen und der französischen Fassung

Diese Studie wurde von Projektpartnern aller Teilregionen der Großregion erstellt. Bei der Verschriftlichung der Ergebnisse war es notwendig, den Text auf das Hintergrundwissen und die Gewohnheiten der Leserschaften in den Teilregionen abzustimmen.

Aus diesem Grund unterscheiden sich die deutsche und die französische Fassung in einigen Punkten. So werden regionale Besonderheiten mehr oder weniger ausführlich dargelegt und Gepflogenheiten hinsichtlich der Fachterminologie berücksichtigt. Selbstverständlich beruhen beide Versionen jedoch auf demselben Datenmaterial und enthalten identische Grafiken und Tabellen.

Die Verantwortung für die Endredaktion des Berichts liegt beim Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), die französische Fassung wurde von der Interregionalen Arbeitsmarktbearbeitungsstelle (IBA) überarbeitet.

Inhaltsübersicht

1. Einleitung	5
2. Methodisches Vorgehen	9
3. Ergebnisse	13
3.1 Sektoren	13
3.2 Berufe	31
3.3 Ausbildung	36
3.4 Arbeitslosigkeit.....	50
3.5 Beschäftigte	61
3.6 Grenzgängermobilität.....	71
4. Gestaltungsansätze	107
4.1 Kriterien für Gestaltungsansätze, die eine Vertiefung der Zusammenarbeit fördern	108
4.2 Handlungsfelder und Akteure.....	109
5. Ausblick	115
Tabellenverzeichnis	117
Abbildungsverzeichnis	118
Anhang 1 - Methodische Anmerkungen: Kategorieneinteilung „Pflegerberufe“ für die verschiedenen Indikatoren	121
Anhang 2 - Übersicht von CRD Eures über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Deutschland, Belgien, Frankreich und Luxemburg	130

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Methodisches Vorgehen	9
3. Ergebnisse	13
3.1 Sektoren	13
3.1.1 Hintergrundinformationen.....	14
3.1.2 Methodische Vorbemerkungen	16
3.1.2.1 <i>Statistische Definition der Sektoren</i>	16
3.1.2.2 <i>Datenquellen in den Teilregionen</i>	19
3.1.3 Ergebnisse	20
3.1.3.1 <i>Krankenhäuser</i>	20
3.1.3.2 <i>Pflegeheime</i>	24
3.1.3.3 <i>Ambulante Pflege</i>	27
3.1.4 Fazit.....	29
3.2 Berufe	31
3.2.1 Methodische Vorbemerkungen	31
3.2.2 Ergebnisse	33
3.3 Ausbildung	36
3.3.1 Hintergrundinformationen.....	36
3.3.1.1 <i>Pflegeausbildungen in Rheinland-Pfalz und im Saarland</i>	36
3.3.1.2 <i>Pflegeausbildungen in Lothringen</i>	37
3.3.1.3 <i>Pflegeausbildungen in Luxemburg</i>	38
3.3.1.4 <i>Pflegeausbildungen in der Wallonie und in der DG Belgien</i>	39
3.3.2 Methodische Vorbemerkungen	39
3.3.3 Ergebnisse	41
3.3.4 Fazit.....	49
3.4 Arbeitslosigkeit.....	50
3.4.1 Methodische Vorbemerkungen	50
3.4.2 Ergebnisse	53
3.4.2.1 <i>Anzahl der Arbeitslosen und Entwicklung im Zeitverlauf</i>	54
3.4.2.2 <i>Strukturelle Merkmale arbeitsloser Pflegekräfte</i>	56
3.4.3 Exkurs: Jugendarbeitslosigkeit in der Großregion	59
3.4.4 Fazit.....	60
3.5 Beschäftigte	61
3.5.1 Methodische Vorbemerkungen	61
3.5.2 Ergebnisse	63
3.5.2.1 <i>Strukturelle Merkmale der Beschäftigten</i>	65
3.5.2.2 <i>Beschäftigte nach Sektoren</i>	68

3.5.3	Fazit.....	70
3.6	Grenzgängermobilität.....	71
3.6.1	Hintergrundinformationen.....	71
3.6.2	Mobilität in Richtung Saarland und Rheinland-Pfalz.....	73
3.6.2.1	<i>Methodische Vorbemerkungen.....</i>	<i>73</i>
3.6.2.2	<i>Ergebnisse.....</i>	<i>74</i>
3.6.3	Mobilität in Richtung Lothringen.....	80
3.6.4	Mobilität in Richtung Wallonie.....	80
3.6.4.1	<i>Methodische Vorbemerkungen.....</i>	<i>80</i>
3.6.4.2	<i>Ergebnisse.....</i>	<i>81</i>
3.6.5	Mobilität in die DG Belgien.....	87
3.6.5.1	<i>Methodische Vorbemerkungen.....</i>	<i>87</i>
3.6.5.2	<i>Ergebnisse.....</i>	<i>87</i>
3.6.6	Mobilität in Richtung Luxemburg.....	88
3.6.6.1	<i>Methodische Vorbemerkungen.....</i>	<i>88</i>
3.6.6.2	<i>Ergebnisse.....</i>	<i>89</i>
3.6.6.2.1	<i>Herkunftsregionen der Grenzgängerinnen und Grenzgänger.....</i>	<i>92</i>
3.6.6.2.2	<i>Strukturelle Merkmale der Grenzgängerinnen und Grenzgänger.....</i>	<i>96</i>
3.6.6.2.3	<i>Vertiefung: Beschäftigte im Krankenhausesektor.....</i>	<i>99</i>
3.6.6.2.4	<i>Anerkennung ausländischer Diplome.....</i>	<i>102</i>
3.6.7	Fazit: Grenzgängermobilität in der Großregion.....	104
4.	Gestaltungsansätze.....	107
4.1	Kriterien für Gestaltungsansätze, die eine Vertiefung der Zusammenarbeit fördern.....	108
4.2	Handlungsfelder und Akteure.....	109
4.2.1	Handlungsfeld Ausbildung.....	109
4.2.2	Handlungsfeld Beschäftigung.....	110
4.2.3	Handlungsfeld Arbeitslosigkeit.....	112
4.2.4	Handlungsfeld Fachkräftesicherung.....	113
4.2.5	Zur Rolle der Politik.....	114
5.	Ausblick.....	115
	Tabellenverzeichnis.....	117
	Abbildungsverzeichnis.....	118
	Anhang 1 - Methodische Anmerkungen: Kategorieneinteilung „Pflegerberufe“ für die verschiedenen Indikatoren.....	121
	Anhang 2 - Übersicht von CRD Eures über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Deutschland, Belgien, Frankreich und Luxemburg.....	130

1. Einleitung

In der Großregion Saarland-Lothringen-Luxemburg-Rheinland-Pfalz-Wallonie-Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens ist ein rasanter demografischer Wandel zu erwarten, die Altersstruktur der Bevölkerung wird sich erheblich verändern. Die Zahl der über 80-jährigen, hochaltrigen Einwohnerinnen und Einwohner in der Großregion wird bis zum Jahr 2030 voraussichtlich um 29,4% steigen. Im Jahr 2013 lebten 626.065 Menschen im Alter von über 80 Jahren in der Großregion, im Jahr 2030 werden es 812.657 sein. Besonders stark dürfte der Anstieg der hochaltrigen Bevölkerung in der DG Belgien (+44,4%) und in Luxemburg (+36,2%) ausfallen. Da mit einer älter werdenden Bevölkerung auch die Zahl der Personen steigt, die auf professionelle Pflege angewiesen sind, steht die Großregion vor folgender Herausforderung: Mit einer ausreichenden Zahl an Pflegekräften muss die pflegerische Versorgung für den erhöhten Bedarf sichergestellt werden. Dafür ist eine Bedarfsanalyse für die kommenden Jahre notwendig.

Tab. 1: Anzahl und Vorausberechnung der über 80-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner

	2013	2030	Veränderung
Rheinland-Pfalz	231.595	308.293	+33,1%
Saarland	60.096	73.700	+22,6%
Lorraine	128.249	170.000	+32,6%
Luxembourg	21.042	28.658	+36,2%
Wallonie	185.083	232.006	+25,4%
DG Belgien	3.681	5.316	+44,4%
Großregion gesamt	626.065	812.657	+29,4%

Quelle: Statistikportal der Großregion; Wallonie, DG Belgien: SPF Economie

Die Deckung des Fachkräftebedarfs in der Pflege fällt in einigen Teilgebieten heute schon schwer. Daten der Bundesagentur für Arbeit zeigen, dass die Pflegeberufe sowohl in Rheinland-Pfalz als auch im Saarland als Mangelberufe anzusehen sind. Es gibt wenige Bewerberinnen und Bewerber für offene Stellen sowie überdurchschnittlich hohe Vakanzzeiten. Für Rheinland-Pfalz hat die Studie „Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe“ gezeigt, dass der Fachkräftebedarf im Jahr 2010 insbesondere im grenznahen Raum Trier hoch war. Auch in der Wallonie zählen die Pflegeberufe seit 2006 zu den so genannten Mangelberufen, die von der Arbeitsverwaltung jährlich definiert werden.¹ In den Gebieten, in denen bereits jetzt ein Mangel an Pflegepersonal herrscht, ist schon kurzfristig eine Strategie zur Arbeitskräftesicherung notwendig.

Ein rein regionaler Ansatz ist allerdings unzureichend, da die Pflegearbeitsmärkte der sechs Teilregionen der Großregion – vor allem in grenznahen Gebieten – durch einen hohen Verflechtungsgrad gekennzeichnet sind, was sich insbesondere in der grenzüberschreitenden Mobilität von Pflegefachkräften zeigt. Über die Funktionsweise dieses grenzüberschreitenden

¹ Vergleichbare Daten für Lothringen zeigen, dass die Arbeitsmarktlage dort weniger stark angespannt ist. In Luxemburg wird keine Liste mit Mangelberufen erstellt.

Pflegearbeitsmarktes ist bislang jedoch nur wenig bekannt. Dies macht die Aufgabe der regionalen Entscheidungsträger, zukünftige Bedarfe einzuschätzen und Versorgungssicherheit zu gewährleisten, schwierig.

An dieser Stelle setzt das Projekt „Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion - Berufe, Mobilität und Fachkräftesicherung“ an. Mit dem Projekt, das im Rahmen der rheinland-pfälzischen Präsidenschaft des Gipfels der Großregion durchgeführt und vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) des Landes Rheinland-Pfalz gefördert wird, soll eine höhere Transparenz über den großregionalen Pflegearbeitsmarkt erreicht werden. Dafür wurde eine Bestandsaufnahme mit explorativem Charakter erstellt. Informationen zu den Pflegearbeitsmärkten der sechs Teilregionen wurden recherchiert, aufbereitet und vergleichend gegenüber gestellt. Der vorliegende Bericht enthält die wesentlichen Ergebnisse der Bestandsaufnahme und zeichnet damit erstmals ein Gesamtbild des großregionalen Pflegearbeitsmarktes.

Im Frühjahr des Jahres 2013 erfolgte eine Konkretisierung erster Vorüberlegungen zur Durchführung des Forschungsprojekts. Das MSAGD hat potentielle Projektpartner zu einem Sondierungstreffen, bei dem die Projektstruktur und Projekthinhalte festgelegt wurden, ins Ministerium eingeladen. Wie in Tabelle 2 dargestellt, wurde eine Gliederung in zwei Teilprojekte beschlossen. Im Teilprojekt A wurden Strukturdaten zu zentralen Indikatoren der regionalen Pflegearbeitsmärkte erhoben und aufbereitet. Dazu zählen neben der grenzüberschreitenden Mobilität unter anderem Informationen zum Ausbildungsbereich und zur pflegerischen Infrastruktur. Die Daten wurden differenziert nach Berufsgruppen und/oder nach Sektoren sowie nach Möglichkeit kleinräumig dargestellt. Zudem wurden Entwicklungen im Zeitverlauf beschrieben und Gestaltungsansätze erarbeitet. Im Teilprojekt B sind vertiefende qualitative Informationen unter anderem zu Motiven und Erfahrungen von pendelnden Pflegekräften generiert worden. Dies erfolgte über Interviews mit einerseits Vertreterinnen und Vertretern von Verbänden, Organisationen und Institutionen sowie andererseits mit Pflegekräften selbst.

Tab. 2: Projektstruktur

	Teilprojekt A	Teilprojekt B
Zielsetzungen	Daten zu den Pflegearbeitsmärkten sammeln, erheben und vergleichend gegenüber stellen	vertiefende qualitative Informationen zur Mobilität von Pflegekräften in den Teilregionen erheben
Methodik	Sekundärdatenanalyse, Primärdatenanalyse	Experteninterviews, Interviews in der Fläche
Verantwortlich	Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) und Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (IBA)	T.I.P. Biehl & Partner

Quelle: eigene Darstellung

Bearbeitet wurde das Projekt „Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion - Berufe, Mobilität und Fachkräftesicherung“ von einem großregionalen Forschungsverbund. Zuständig für das Teilprojekt B war T.I.P. Biehl & Partner aus Trier. Verantwortlich für das Teilprojekt A waren das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), ein Zentrum für angewandte Forschung an der Goethe-Universität Frankfurt am Main, und die Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle der Großregion (IBA). Als IBA-Netzwerkpartner waren Vertreterinnen und Vertreter der folgenden Fachinstitute an der Bearbeitung des Teilprojekts A beteiligt:

- INFO-Institut e.V., Saarland
- Lorraine Parcours Métiers, Lothringen (früher: OREFQ (Observatoire Régional de l'Emploi, de la Formation et des Qualifications))
- CRD EURES, Lothringen
- CEPS/INSTEAD, Luxemburg
- ADEM (Agence pour le développement de l'emploi), Luxemburg
- Le FOREM (Service public de l'emploi et de la formation), Wallonie
- Die Arbeitsgemeinschaft DGStat der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens

Der vorliegende Bericht bezieht sich ausschließlich auf das Teilprojekt A. Er enthält zentrale Ergebnisse zum Pflegearbeitsmarkt der Großregion, die mittels Sekundärdatenanalyse und ergänzender Primärdatenanalyse generiert wurden. Der Bericht ist folgendermaßen aufgebaut: Im auf die Einleitung folgenden zweiten Kapitel wird das methodische Vorgehen im Projekt beschrieben. Dies erfolgt in ausführlicher Form, da der Vergleich der Pflegearbeitsmärkte in den Teilregionen des Kooperationsraums anspruchsvoll und innovativ ist. Das Forscherteam war im Projektverlauf mit einer Vielzahl an Schwierigkeiten konfrontiert, die sich aus der Verschiedenheit struktureller Rahmenbedingungen sowie unterschiedlicher Datenbestände in den Teilregionen ergaben. Indem diese Schwierigkeiten sowie die gewählten Lösungsansätze transparent gemacht werden, wird eine methodische Grundlage für zukünftige Vergleichsstudien zum Pflegearbeitsmarkt der Großregion geschaffen.

Im dritten Kapitel werden die Ergebnisse des Projekts präsentiert, gegliedert nach den Themenbereichen Sektoren, Berufe, Ausbildung, Arbeitslosigkeit, Beschäftigung und Grenzängermobilität. Jeder Themenbereich wird in einem eigenen Unterkapitel behandelt. Am Beginn der Unterkapitel stehen Hintergrundinformationen inhaltlicher Art zur Einordnung der Ergebnisse in den regionalen bzw. nationalen Kontext sowie methodische Vorbemerkungen. Anschließend folgen die Präsentation wesentlicher Ergebnisse sowie ein kurzes Fazit. In Kapitel 3.1 wird der Fokus auf die Sektoren gerichtet, in denen die überwiegende Mehrheit der Pflegekräfte in der Großregion beschäftigt sind: Krankenhäuser, Pflegeheime und die ambulante Pflege. Dargestellt werden Entwicklungen in diesen Sektoren seit dem Jahr 1999. In Kapitel 3.2 stehen die Pflegeberufe im Fokus. Da sich die Berufsklassifikationen der Pflegeberufe in den sechs Teilregionen unterscheiden, wird zunächst untersucht, welche Einzelberufe hinsichtlich ihrer Zuständigkeitsbereiche miteinander vergleichbar sind. Dabei erfolgt eine Orientierung an den pflegerischen Tätigkeiten, die im beruflichen Alltag ausgeübt werden. Am Ende des Kapitels steht ein Kategoriensystem von Pflegeberufen, mit dem in den darauffolgenden Kapiteln gearbeitet wird. In Kapitel 3.3 werden wesentliche Ergebnisse zur Ausbildung von Pflegekräften präsentiert. Zahlen für Auszubildende sowie für Absolventinnen und Absolventen der Ausbildungen und deren Entwicklung im Zeitverlauf werden dargestellt. Zudem werden Datenbestände so miteinander verknüpft, dass eine Interpretation der Ausbildungszahlen in den Teilregionen möglich wird. Kapitel 3.4 beinhaltet Informationen zur registrierten Arbeitslosigkeit von Pflegekräften. Aufbereitet sind Arbeitslosenzahlen sowie deren Entwicklung in den vergangenen Jahren. Darüber hinaus werden strukturelle Merkmale arbeitsloser Pflegekräfte beschrieben. Es folgt Kapitel 3.5, in dem Beschäftigtendaten präsentiert werden. Neben der Anzahl der Beschäftigten und ihrer Entwicklung im Zeitverlauf enthält das Kapitel Angaben zum Frauenanteil, zum Anteil der Teilzeitbeschäftigten und zur Altersstruktur der beschäftigten

Pflegekräfte in den Teilgebieten der Großregion. Abgerundet wird das Kapitel durch eine Sektoren-spezifische Betrachtung von Beschäftigtendaten. Kapitel 3.6 ist das umfangreichste Ergebniskapitel. Es enthält Ergebnisse zur Grenzgängermobilität in der Großregion. Zunächst werden Informationen für alle sechs Teilregionen separat aufbereitet, am Ende des Kapitels wird ein Gesamtüberblick über Mobilität auf dem Pflegearbeitsmarkt der Großregion präsentiert.

Nach dem Ergebnisteil werden im vierten Kapitel Gestaltungsansätze skizziert, die auf eine Erhöhung der Funktionsfähigkeit des großregionalen Pflegearbeitsmarktes zielen. Dies soll erreicht werden, indem der Austausch von Akteuren aus den Teilregionen vertieft wird. Kriterien für die Umsetzung, konkrete Handlungsfelder und zu beteiligende Akteure werden beschrieben. Im fünften Kapitel folgt ein abschließender Ausblick mit einer Einordnung der Ergebnisse und Ideen für ihre Verwertbarkeit.

Der vorliegende Bericht kann als datenbasierte Planungsgrundlage für regionale Entscheidungsträger dienen. Die Ergebnisse können Anregungen für die Initiierung von regionalen und großregionalen Strategien zur Fachkräftesicherung geben sowie als Basis für weitere vergleichende Studien zum Pflegearbeitsmarkt der Großregion genutzt werden.

2. Methodisches Vorgehen

Im Projekt „Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion - Berufe, Mobilität und Fachkräftesicherung“ geht es um den Vergleich von regionalen Pflegearbeitsmärkten sowie um die Darstellung grenzüberschreitender Arbeitsmobilität. Ziel ist es, erstmals ein Bild des großregionalen Pflegearbeitsmarktes zu zeichnen. Wie dies in ländervergleichenden bzw. grenzüberschreitenden Studien nicht unüblich ist, hatten die beteiligten Forscherteams mit einer Vielzahl von Schwierigkeiten zu kämpfen. Zu unterscheiden sind inhaltliche Probleme wie beispielsweise unterschiedliche Ausbildungssysteme oder die Organisation des Arbeitsmarktes (Systemebene), Probleme mit der Vergleichbarkeit von Datenbeständen (Messebene) und Probleme bei der Auswertung der Daten (Auswertungsebene). Diese werden im Folgenden beschrieben, und es wird dargestellt, wie das Forscherteam im Projektverlauf damit umgegangen ist.

Ein Grundproblem ländervergleichender bzw. grenzüberschreitender Studien liegt darin, dass sich der Untersuchungsgegenstand inhaltlich von Teilregion zu Teilregion unterscheiden kann. Man kann hierbei auch von Problemen auf der **Systemebene** sprechen. Nicht immer ist ein direkter Vergleich zwischen zwei oder mehreren Regionen möglich. Im Projekt „Der Pflegearbeitsmarkt der Großregion“ zeigten sich beispielsweise gravierende Unterschiede zwischen den Ausbildungssystemen für Pflegekräfte in den deutschen und nicht-deutschen Teilgebieten der Großregion oder unterschiedliche Versorgungsstrukturen im ambulanten Sektor in Lothringen, in der Wallonie und der DG Belgien auf der einen und in Luxemburg und den beiden deutschen Teilregionen auf der anderen Seite. Trotz grundlegender Systemunterschiede können in länderübergreifenden bzw. grenzüberschreitenden Vergleichsstudien allerdings Ähnlichkeiten gesucht und Bereiche identifiziert werden, welche einen Vergleich der Teilregionen ermöglichen. Um diese Bereiche zu finden, hat IWAK zu Beginn des Projekts einen explorativen Fragenkatalog erstellt, der eine Reihe von Fragen zu unterschiedlichen Themenbereichen enthielt, die im Projekt möglicherweise bearbeitet werden könnten. Beispielhafte Fragestellungen lauteten:

- Welche Berufe sind in der Pflege tätig? Werden Berufe der Kranken- und Altenpflege unterschieden?
- In welchen Sektoren arbeiten Pflegekräfte?
- Wie ist die derzeitige Stellenbesetzungssituation? Gibt es Überhänge oder Engpässe?
- Wie hat sich das Pendlerverhalten in den vergangenen Jahren entwickelt?

Über die Beantwortung dieser und weiterer Fragen erfolgte eine Annäherung an die Phänomene, die im Projekt vertieft betrachtet werden sollten. Die Projektpartner aus den Teilregionen haben die Fragen beantwortet, und es wurde eine vergleichende Übersicht der Antworten erstellt. Diese Übersicht wurde auf einem Treffen mit dem Auftraggeber im Sommer 2013 vorgestellt und ausführlich diskutiert. Anhand der Diskussionsergebnisse wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf den Pflegearbeitsmärkten sichtbar. Auf dieser Basis wurden die Themenbereiche festgelegt, die prinzipiell vergleichend dargestellt werden können. Dies sind die sechs Themenbereiche Sektoren, Berufe, Ausbildung, Arbeitslosigkeit, Beschäftigung und Grenzgängermobilität. Je nach Themenbereich mussten Kompromisse eingegangen werden,

weil nicht immer kompatible Daten existieren (siehe unten). Zum Teil sind Unschärfen geblieben, die im vorliegenden Bericht benannt werden. Nicht immer sind die Ergebnisse für die Teilregionen eins-zu-eins miteinander vergleichbar.²

Nach Festlegung der Gegenstandsbereiche einer ländervergleichenden bzw. grenzüberschreitenden Studie ist eine Operationalisierung auf der **Messebene** notwendig. Dabei ist mit weiteren methodischen Schwierigkeiten zu rechnen. Im Projekt mussten sowohl die Einrichtungen des Gesundheitswesens, die als Nachfrager nach Pflegekräften in den einzelnen Teilregionen bedeutsam sind, identifiziert werden als auch die Berufe, die in den einzelnen Teilregionen zu den Pflegeberufen zählen. Zudem stellte die Eingrenzung des Phänomens Arbeitslosigkeit eine Herausforderung dar.

Für die Klassifizierung der Einrichtungen liegt mit der Statistischen Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft Rev. 2 (NACE) aus dem Jahr 2008 ein international gültiges System vor, mit dem im Projekt gearbeitet werden konnte. Die Klassifikation ist von der Europäischen Union in Anlehnung an ein Klassifikationssystem der Vereinten Nationen entwickelt worden. Die NACE-Klassen, in denen Pflegekräfte tätig sind, konnten anhand von Kenntnissen aus Vorgängerstudien zum regionalen Pflegearbeitsmarktmonitoring in den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Hessen identifiziert werden. Es handelt sich um den Krankenhaussektor (NACE 86.10), die Pflegeheime (NACE 87.10 bzw. 87.30) und den ambulanten Sektor (NACE 88.10 bzw. 86.90) (siehe auch Kap. 3.1). Trotz struktureller Unterschiede in den Gesundheitssystemen der Teilregionen ließ sich über die NACE-Codes, anhand derer viele nationale und regionale Statistiken gegliedert sind, eine Vergleichbarkeit von Datenbeständen auf der Messebene erreichen.

Als schwieriger erwies es sich, zu klären, welche Berufe in den einzelnen Teilregionen zu den Pflegeberufen zählen und welche Pflegeberufe miteinander vergleichbar sind. Ebenso wie für die Wirtschaftszweige gibt es auch für die Berufe eine international gültige Systematik, die Internationale Standardklassifikation der Berufe (ISCO). Die nationalen Arbeitsmarktdaten in Deutschland, Frankreich, Belgien und Luxemburg sind in der Regel nicht nach der ISCO geordnet, stattdessen gibt es eigene, nationale Berufsklassifikationssysteme. In den meisten Regionen existieren aber Umsteigeschlüssel, mit denen nationale Berufscodes zu ISCO-Codes umkodiert werden können. Insofern erschien es naheliegend, im Projekt mit der ISCO zu arbeiten. Allerdings wurde schnell deutlich, dass die Zuordnung einzelner Pflegeberufe mitunter nicht plausibel ist. Beispielsweise werden die deutschen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger und die französischen Infirmiers unterschiedlichen ISCO-Berufscodes zugeordnet, obwohl die beiden Berufsabschlüsse laut der Europäischen Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG) äquivalent sind. Im Projekt wurde die Entscheidung getroffen, statt der ISCO ein eigenes Kategoriensystem für Pflegeberufe in der Großregion zu entwickeln und zu validieren. Die Kategorien orientieren sich an den pflegerischen Tätigkeiten, die von den Berufsangehörigen im Berufsalltag erbracht werden. Damit werden die Berufe miteinander verglichen, die dieselben Pflegetätigkeiten ausüben. Frei von gewissen Unschärfen ist allerdings auch dieses Berufsklassifikationssystem nicht, was wiederum mit strukturellen Unterschieden in den Teilregionen zusammenhängt.

² Detaillierte Hinweise zu den Datenquellen, der Vergleichbarkeit der Datenbestände sowie weiteren methodischen Aspekten finden sich in den methodischen Vorbemerkungen in den Unterkapiteln des Ergebnisteils.

Eine ausführliche Darstellung der Problematik und der Entwicklung des Kategoriensystems findet sich in Kapitel 3.2.

Neben der Klassifizierung der Sektoren, in denen Pflegekräfte tätig sind und der Kategorisierung der Pflegeberufe stellte die Definition von Arbeitslosigkeit im Projekt eine Herausforderung dar. Auf internationaler Ebene hat sich das Arbeitslosigkeitskonzept der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) durchgesetzt. Demnach handelt es sich bei Arbeitslosen um Personen, die nicht arbeiten, sofort zur Verfügung stehen und aktiv nach einer Beschäftigung suchen. Diese Definition wird in den Teilregionen allerdings erweitert oder eingeschränkt, abhängig vom System der Arbeitsvermittlung und der Arbeitslosenversicherung. Arbeitslosigkeit ist damit mehr oder weniger weit gefasst und schließt entsprechend mehr oder weniger Personen ein. In manchen Teilgebieten gab es die Möglichkeit, eine Eingrenzung vorzunehmen und damit ein höheres Maß an Vergleichbarkeit zu erreichen. Dies war aber nicht durchgängig möglich. Für die Ergebnisse zur Arbeitslosigkeit bedeutet dies, dass die Daten für die Teilgebiete nur begrenzt miteinander vergleichbar sind. In Kapitel 3.4 werden die Definitionen für die sechs Teilregionen, vorgenommene Eingrenzungen sowie die Ergebnisse ausführlich beschrieben.

Mit der NACE-Klassifikation und des eigens entwickelten Kategoriensystems der Pflegeberufe lagen Systeme vor, die eine Ordnung von Daten ermöglichen und einen gewissen Grad an Vergleichbarkeit garantieren. Für die Arbeitslosigkeit lieferte das ILO-Konzept eine wichtige Orientierung. Nach den eher konzeptionellen Arbeiten hat das Forscherteam ab dem Spätsommer 2013 Datenbestände zu den sechs Themenbereichen recherchiert und aufbereitet (**Auswertungsebene**). In der Phase der Recherche von Datenbeständen stellten sich folgende Fragen:

- Welche Datenbestände zum Themenbereich liegen in welcher Teilregion vor?
- Was bilden die Datenbestände ab?
- Wie detailliert ist die Darstellung (Einzelberufe? regionale Ebene? usw.)?
- Für welche Zeitpunkte und Zeiträume liegen Daten vor?

Im nächsten Schritt wurden Datenmerkmale wie die regionale Einheit oder der zu untersuchende Zeitraum festgelegt, um entsprechende Anfragen bei Daten Providern stellen zu können. Eine umfangreiche Datenanfrage wurde von Seiten der luxemburgischen IBA-Netzwerkpartner in schriftlicher Form an die Sozialversicherung Luxemburgs (Generalinspektion für soziale Sicherung - IGSS) gestellt. Dort sind sämtliche im Großherzogtum sozialversicherungspflichtig Beschäftigte registriert. Da die IGSS-Datenbank prinzipiell eine Unterscheidung sowohl nach NACE-Klasse und Beruf als auch nach weiteren Kriterien wie bspw. dem Wohnort oder dem Alter zulässt, erschienen die Daten zunächst geeignet, sowohl Pendlerströme als auch Strukturdaten der Pendlerinnen und Pendler differenziert abbilden zu können. Nach Sichtung des Datensatzes wurde allerdings klar, dass dieser zu unvollständig ist, um eine Differenzierung nach Einzelberufen vorzunehmen. Bei ca. einem Drittel der Beschäftigten war kein Rückschluss auf den Beruf möglich. Dennoch erlauben die IGSS-Daten – in Verbindung mit Daten aus weiteren Quellen – eine Bestandsaufnahme des Pflegearbeitsmarktes in Luxemburg und von Pendlerströmen in der Großregion. Von der Durchführung einer zusätzlichen Primärerhebung wurde deshalb in Abstimmung mit dem Auftraggeber abgesehen. Primärda-

ten mussten jedoch erhoben werden, um das Ausbildungsgeschehen in den Teilregionen vollständig abbilden zu können. In der DG Belgien wurden die Pflege(hoch)schulen von der zuständigen IBA-Netzwerkpartnerin nach Auszubildenden- und Absolventenzahlen befragt. Eine ähnliche Befragung wurde von INFO-Institut e.V. und IWAK für die Altenpflegeschulen im Saarland sowie für die Hochschulen mit pflegebezogenen Studiengängen in den deutschen Regionen durchgeführt.

Ab Herbst 2013 wurden die Datenbestände sukzessive aufbereitet. Zudem wurden Indikatoren gebildet, anhand derer die Lage auf den regionalen Pflegearbeitsmärkten vergleichend beschrieben werden kann. Dazu wurden Absolutzahlen in Relation zueinander gesetzt, bspw. die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen zu den Beschäftigten. Die Auswahl der aussagekräftigsten Indikatoren für den vorliegenden Bericht erfolgte im Frühjahr 2014 während mehrerer Arbeitstreffen der Projektpartner. Auch auf der Auswertungsebene ist jedoch nicht immer eine hundertprozentige Vergleichbarkeit gegeben. Beispielsweise sind Zeitreihen für eine Region unvollständig oder zu einem bestimmten Indikator liegen in einer Region keine Daten vor. Zudem muss bei der Interpretation der Ergebnisse des Projekts, die im folgenden Kapitel 3 präsentiert werden, immer bedacht werden, dass neben solchen konkreten Auswertungsproblemen auch Systemunterschiede und Messprobleme (siehe oben) die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigen. Der vorliegende Bericht kann damit nicht den Anspruch erheben, ein vollständiges Bild des Pflegearbeitsmarktes der Großregion zu zeichnen. Es handelt sich eher um eine erste explorative Annäherung. Der Bericht enthält zudem methodische Grundlagen, die für zukünftige Studien zum Pflegearbeitsmarkt der Großregion genutzt werden sollten.

Essentiell war im Projekt die Einbeziehung von Forscherinnen und Forschern aus allen Teilregionen der Großregion über das IBA-Netzwerk. Über den gesamten Projektverlauf fanden in regelmäßigen Abständen Arbeitstreffen statt, sodass der Umgang mit methodischen Schwierigkeiten auf der Systemebene, der Messebene und der Auswertungsebene konsensual ausgehandelt werden konnte. T.I.P. Biehl und Partner, die für die Durchführung des Teilprojekts B zuständig waren, nahmen an einer Reihe dieser Arbeitstreffen teil, um eine Vernetzung der beiden Teilprojekte zu gewährleisten. Über den IBA-Lenkungsausschuss, die AG Arbeitsmarkt des Gipfels der Großregion sowie regelmäßige Arbeitstreffen mit dem Auftraggeber wurde auch die Steuerungsebene aller Teilregionen regelmäßig über den Projektverlauf informiert. Am 11. Juni 2014 fand in den Räumlichkeiten des MSAGD ein interner Workshop statt, auf dem die zentralen Projektergebnisse diskutiert wurden. Am 02. Juli 2014 wurde ein Expertenworkshop in Trier durchgeführt, an dem mehr als 20 Expertinnen und Experten aus der Politik, aus dem Ausbildungsbereich, aus Krankenhäusern, Berufsverbänden und aus den Arbeitsverwaltungen aller Teilregionen der Großregion teilnahmen. Auf dem Workshop wurden Ergebnisse präsentiert und erste Ideen für Handlungsansätze skizziert, die sich aus den Ergebnissen ableiten lassen. Anschließend wurde in Kleingruppen diskutiert, welche Handlungsansätze tragfähig sind und welche Erfahrungen bereits gesammelt wurden. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen fanden Eingang in den vorliegenden Bericht, der im Sommer 2014 erstellt wurde.

3. Ergebnisse

Im folgenden Ergebnisteil werden die zentralen Ergebnisse des Projekts vorgestellt. Untergliedert ist der Ergebnisteil in sechs Unterkapitel. Zunächst werden im ersten Unterkapitel Daten zu den Sektoren, in denen Pflegekräfte beschäftigt sind, präsentiert (Kap. 3.1). Im zweiten Unterkapitel folgen eine Darstellung der pflegerischen Berufe in den sechs Teilregionen der Großregion sowie die Ableitung eines Kategoriensystems mit vier Kategorien von Pflegeberufen (Kap. 3.2). Anhand dieser Kategorien werden die Ergebnisse in den anschließenden Unterkapiteln zur Ausbildung (Kap. 3.3), zur Arbeitslosigkeit (Kap. 3.4), zur Beschäftigung (Kap. 3.5) und zur Grenzängermobilität (Kap. 3.6) strukturiert.

Zu Beginn der Unterkapitel stehen jeweils Hintergrundinformationen, in denen wichtige strukturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Teilgebieten dargestellt werden (Systemebene). Es folgen methodische Vorbemerkungen, in denen die verwendeten Daten und methodische Schwierigkeiten beschrieben werden (Messebene und Auswertungsebene). Die Ausführungen geben Aufschluss über die Datenqualität und die Vergleichbarkeit der Daten. Den größten Teil der Unterkapitel bildet die anschließende Ergebnisdarstellung. Über Absolutzahlen erfolgt zunächst eine Annäherung an das jeweilige Themenfeld. Aufgrund der unterschiedlichen Größe der Teilregionen erlauben Absolutzahlen jedoch keinen Vergleich zwischen den Teilgebieten. Darum werden nach den Absolutzahlen Indikatoren präsentiert, die einen interregionalen Vergleich ermöglichen. Diese Indikatoren bilden die Grundlage für erste Analyseversuche im Themengebiet. Die Unterkapitel schließen jeweils mit einem inhaltlichen Fazit.

3.1 Sektoren

Zentrale Akteure auf dem Pflegearbeitsmarkt der Großregion sind die Einrichtungen, in denen Pflegeleistungen erbracht werden und in denen Pflegekräfte beschäftigt sind. Diese Einrichtungen lassen sich Sektoren des Gesundheits- und Sozialwesens zuordnen. In diesem ersten Ergebniskapitel wird der Fokus auf die Sektoren gerichtet, die in den Teilgebieten des Kooperationsraums relevant sind. Auf den ersten Arbeitstreffen des Forscherteams wurde klar, dass der Krankenhaussektor, der Sektor der stationären Langzeitpflege (Pflegeheime) und der Sektor der ambulanten Pflege in allen Teilregionen von überragender Bedeutung sind. Andere Bereiche, in denen Pflegekräfte auch tätig sind, können vernachlässigt werden. Dieser Konsens wurde auch vom Auftraggeber der Studie mit getragen, da diese drei Sektoren die Bereiche abdecken, in denen es um die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen geht.

Bevor nun Ergebnisse für die drei in diesem Bericht häufig als „Pflagesektoren“ bezeichneten Bereiche vorgestellt werden, sollen zunächst Hintergrundinformationen zu den Gesundheits- und Sozialsystemen in den Teilregionen präsentiert werden (Kap. 3.1.1). Dies dient zur Veranschaulichung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden auf der Systemebene. Anschließend folgen methodische Vorbemerkungen zu den verfügbaren Datenbeständen und zur Datenqualität (Kap. 3.1.2). In Kapitel 3.1.3 werden schließlich wesentliche Ergebnisse zum Geschehen in den drei Sektoren vorgestellt. Zum Abschluss folgt ein Fazit (Kap. 3.1.4).

3.1.1 Hintergrundinformationen

Der Krankenhaus-, der Pflegeheimsektor sowie der Sektor der ambulanten Pflege sind Teile der Gesundheits- bzw. Sozialsysteme der Teilgebiete des Kooperationsraums. Der Krankenhaussektor wird dem Gesundheitssystem zugeordnet, die Pflegeheime und der Bereich der ambulanten Pflege bilden einen wesentlichen Bereich der Langzeitpflege (Long Term Care), die wiederum Teil des Sozialsystems ist. Laut Definition der OECD ist unter Langzeitpflege die Organisation und Erbringung einer weiten Bandbreite an Dienstleistungen für Personen, die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Körperpflege, Ankleiden, Essen und Trinken) benötigen, zu verstehen. Im Folgenden werden die Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme der Teilgebiete der Großregion kurz beschrieben.³ Die Rahmenbedingungen werden in der Regel nicht auf regionaler, sondern auf nationaler Ebene gestaltet. Insgesamt wird deutlich werden, dass die Systeme ähnlich ausgestaltet sind. Sowohl in Deutschland als auch in Belgien, Frankreich und Luxemburg sind Gesundheitssystem und System der Langzeitpflege Teile des Systems zur sozialen Sicherung. Es existiert ein rechtlicher Anspruch auf Leistungsgewährung.

In **Deutschland** sind sowohl das Gesundheitssystem als auch das System der Langzeitpflege Teile des Sozialversicherungssystems. Durch die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Pflegeversicherung werden Kosten für Krankenhausaufenthalte, häusliche Krankenpflege, Pflege im Pflegeheim usw. über Sach- und Geldleistungen von Krankenkassen bzw. Pflegekassen erstattet. Es gilt in der Regel nicht das Kostenerstattungsprinzip, d.h. die Versicherten müssen nicht in Vorleistung treten. Finanziert werden Kranken- und Pflegeversicherung über Abgaben der Arbeitgeber und der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Zudem fließen Steuermittel ins Gesundheitssystem. Bei Inanspruchnahme von Leistungen müssen die Versicherten in der Regel Zuzahlungen leisten. Davon sind insbesondere Personen betroffen, die Leistungen der Langzeitpflege in Anspruch nehmen, da die Pflegeversicherung lediglich als Teilkaskoversicherung konzipiert ist. Nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 sind Angebote im Bereich der Langzeitpflege ausgebaut worden. Die Anbieter agieren wettbewerblich, die Zulassung von ambulanten Pflegediensten, Pflegeheimen und anderen Einrichtungen erfolgt nicht anhand von Bedarfskriterien. Im Sektor der ambulanten Pflege bieten ambulante Pflegedienste das gesamte Spektrum notwendiger Unterstützungsleistungen für pflegebedürftige und kranke Menschen an, von hochspezialisierten Pflegedienstleistungen bis zur hauswirtschaftlichen Hilfe.

Die Krankenversicherung in **Frankreich** ist neben Altersvorsorge, Arbeitsunfallversicherung und Familienbeihilfeversicherung eine Säule des staatlichen Sozialversicherungssystems. Es existieren verschiedene gesetzliche Krankenkassen, die über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanziert werden. Zudem leisten alle Französisinnen und Franzosen, auch die nicht erwerbstätigen, einen einkommensteuerähnlichen allgemeinen Sozialbeitrag (Contribution sociale généralisée, CSG). Außerdem werden Steuermittel aufgewendet. Im Falle einer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen übernehmen die Krankenkassen die Kosten nicht

³ Die Kurzbeschreibung der Gesundheitssystemen und der Systeme der Langzeitpflege basiert vor allem auf Informationen aus dem Projekt „Assessing Needs of Care in European Nations“ (ANCIEN) der Europäischen Kommission (<http://www.ancien-longtermcare.eu/>) und einem Dossier zur Gesundheitspolitik in der Europäischen Union des AOK-Bundesverbandes (<http://www.aok-bv.de/politik/europa/>).

komplett. Es werden Zuzahlungen fällig. Die meisten Französischen und Franzosen haben Zusatzversicherungen abgeschlossen, die diese Zuzahlungen übernehmen.

Eine gesetzliche Pflegeversicherung wie in Deutschland existiert in Frankreich nicht. Dennoch gibt es im Bereich der Langzeitpflege die üblichen Unterstützungsangebote wie Pflegeheime, Tagespflegezentren, ambulante Dienstleistungen usw. Eine Besonderheit in Frankreich ist im ambulanten Sektor die organisatorische Trennung von (para-)medizinischer (Behandlungs-)Pflege (Cure) und eher hauswirtschaftlichen und grundpflegerischen Unterstützungsangeboten (Care). Cure-Leistungen werden in der Regel von freiberuflich tätigen Pflegekräften erbracht (*infirmières libérales*) und zählen zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Care-Leistungen werden von ambulanten sozialen Diensten angeboten und seit dem Jahr 2003 durch staatliche Unterstützungsleistungen und das Department Lothringen finanziert (*Allocation personnelle d'autonomie, APA*), die von der nationalen Pflegekasse verwaltet werden. Pflegebehörden in den Departments nehmen Versorgungsbedarfsprüfungen vor und legen die Höhe der Förderung fest. Mitunter ist eine Eigenbeteiligung an den Kosten notwendig. Für Haushaltshilfen leisten die Sozialkassen Zuschüsse. Der Staat spielt eine wichtige Rolle bei der Ausgestaltung von Gesundheits- und Langzeitpflegesystem, beispielsweise indem er die Niederlassung freiberuflicher Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger in Mangelregionen stimuliert.

Auch in **Luxemburg** sind praktisch sämtliche Einwohnerinnen und Einwohner vom Sozialversicherungssystem umfasst. Alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die nicht im öffentlichen Bereich beschäftigt sind, sind seit dem Jahr 2009 bei einer einzigen Krankenversicherung (Gesundheitskasse) versichert. Es gilt das Kostenerstattungsprinzip, und die Kosten werden nicht komplett erstattet. Entsprechend gibt es freiwillige Zusatzversicherungen. Finanziert wird das Gesundheitssystem aus paritätischen Abgaben der Arbeitgeber und der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Zusätzlich zur Krankenversicherung existiert analog zu Deutschland eine Pflegeversicherung, die jede bzw. jeder Versicherte durch einen Sonderbeitrag von 1,4 Prozent ihres bzw. seines Gesamteinkommens trägt. Hinzu kommen Steuermittel sowie ein Beitrag des Elektrizitätssektors. Die Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung werden vom „Centre commun de la Sécurité sociale“ eingezogen, und von der Gesundheitskasse verwaltet.

In **Belgien** haben praktisch alle Einwohnerinnen und Einwohner einen Anspruch auf eine Krankenversicherung. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind sozialversichert und zahlen ebenso wie die Arbeitgeber einen Globalbeitrag für sämtliche Bereiche der Sozialversicherung (Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Rentenversicherung). Der Krankenversicherungsbeitrag kostet die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer etwa 100 Euro im Jahr. Die Beiträge fließen an die staatliche Sozialversicherungsanstalt (ONSS), die die Finanzen des belgischen Sozialversicherungssystems für Arbeitnehmer verwaltet. Wie in Luxemburg gilt in Belgien das Kostenerstattungsprinzip.

Leistungen zur Langzeitpflege werden in Belgien ebenfalls aus Mitteln der Sozialversicherung sowie aus Steuermitteln finanziert. Der Nationalstaat ist verantwortlich für eher medizinische, behandlungspflegerische Leistungen. Geht es um Angebote für eher körpernahe oder soziale Unterstützungsleistungen, sind die Sprachgemeinschaften verantwortlich. In der Wallonie und

der DG Belgien gibt es ein breites Angebot an ambulanten sozialen Diensten, Pflegeheimen, Tagespflegeeinrichtungen und ähnlichem. Die organisatorische Trennung von Einrichtungen, die im ambulanten Bereich Cure-Leistungen erbringen und solchen, die Care-Leistungen erbringen, existiert ebenso wie in Frankreich. Zuhause lebende Pflegebedürftige greifen auf unterschiedliche Leistungserbringer zurück: Soziale Dienste leisten hauswirtschaftliche Hilfe, Betreuung und unterstützen bei körpernahen Pflegeleistungen. Eher medizinnahe, spezialisierte Pflegeleistungen wie bspw. Injektionen oder das Wundmanagement werden von selbstständig tätigen Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern übernommen. Eine obligatorische Pflegeversicherung, die die Kosten im Falle von Pflegebedürftigkeit abdeckt, gibt es nur in Flandern.

3.1.2 *Methodische Vorbemerkungen*

Nach der Skizzierung von Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme und der Systeme der Langzeitpflege in den Teilgebieten (Systemebene) wird der Fokus im Folgenden auf die Messebene gerichtet. Es wird gezeigt, wie sich die drei Pflegesektoren eingrenzen lassen, welche Datenbestände ausgewertet werden konnten und wie die Qualität der Daten zu bewerten ist.

3.1.2.1 *Statistische Definition der Sektoren*

Um Daten für die drei Pflegesektoren Krankenhaus, Pflegeheime und den Bereich der ambulanten Pflege gegenüberstellen zu können, mussten die Sektoren eindeutig definiert werden. Dafür wurde auf die Statistische Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft, Rev. 2 (NACE) aus dem Jahr 2008 zurückgegriffen. Diese Systematik ist von der Europäischen Union mit dem Ziel entwickelt worden, Vergleichbarkeit innerhalb europäischer Statistiken herzustellen. Die Wirtschaftszweige sind untergliedert in Abteilungen (2-stellige Codes), Gruppen (3-stellige Codes) und Klassen (4-stellige Codes), die zum Teil noch weiter untergliedert werden können (5-stellige Codes). In einer Klasse werden Einrichtungen zusammengefasst, „die durch den gleichen Prozess zur Herstellung von Waren und Dienstleistungen unter Einsatz ähnlicher Technologien gekennzeichnet sind“ (Statistische Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft, Rev. 2, S. 21). Eine genaue Definition der Klassen ist Bestandteil der NACE. Für die meisten Teilgebiete ließen sich die drei Pflegesektoren auf der Ebene der Klassen (4-stellige Codes) identifizieren. Mitunter musste allerdings auch auf 5-stellige Codes zurückgegriffen werden.

Keine Schwierigkeiten in der Abgrenzung des Sektors traten für den **Krankenhaussektor** auf. Für Lothringen, Luxemburg, die Wallonie und die DG Belgien konnte der NACE-Code 86.10 Anwendung finden, der sowohl Allgemeinkrankenhäuser als auch Fachkliniken wie beispielsweise psychiatrische Krankenhäuser oder Rehabilitationskliniken beinhaltet. Der NACE-Code 86.10 ist wie folgt definiert:

- Kurz- oder Langzeittätigkeiten, d.h. medizinische Tätigkeiten, Diagnose und Behandlung, in Allgemeinkrankenhäusern (z.B. kommunalen oder Landeskrankenhäusern, gemeinnützigen Krankenhäusern, Universitätskliniken, Militär- und Gefängniskrankenhäusern) und Fachkliniken (z.B. Suchtkrankenhäusern, Fachkliniken für Infektionskrankheiten, Entbindungskliniken, Fachsanatorien).
- Die Tätigkeiten werden im Wesentlichen im Rahmen einer stationären Behandlung von Patienten unter unmittelbarer ärztlicher Aufsicht ausgeübt und umfassen:

- Tätigkeiten von Ärzten und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe
- Labor- und technische Dienste wie radiologische und Anästhesiedienste
- Leistungen von Notfallambulanzen
- Leistungen von Operationssälen und Krankenhausapotheken, Essenszubereitung und sonstige Krankenhausleistungen
- Leistungen von Zentren für Familienplanung, die medizinische Behandlungen wie Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch vornehmen, mit Unterbringung⁴

Für die deutschen Teilgebiete wurden die Krankenhäuser nicht nach der NACE identifiziert. Hier liegen im Rahmen der nationalen Gesundheitsberichterstattung differenzierte Statistiken für den Krankenhaussektor vor, die von den Statistischen Landesämtern bzw. dem Statistischen Bundesamt geführt werden. Diese Statistiken enthalten Informationen zu sämtlichen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationskliniken. Auch wenn die Statistiken in Deutschland nicht explizit mit NACE-Codes versehen sind, sind die Definitionen vergleichbar.

Weniger einheitlich verlief hingegen die Abgrenzung des Sektors der **Pflegeheime**, was zum Teil mit den zur Verfügung stehenden Datenquellen zusammenhängt. So wurde für die deutschen Teilgebiete auf die offizielle Pflegestatistik zurückgegriffen, die eine Vollerhebung sämtlicher Leistungserbringer im Bereich der Altenhilfe darstellt. Pflegeheime werden hier nicht nach der Systematik der Wirtschaftszweige der Europäischen Gemeinschaft (NACE) klassifiziert, grundlegend ist der § 71 Abs. 2 SGB XI, in dem definiert wird, was unter einem Pflegeheim zu verstehen ist. Für die anderen Teilregionen der Großregion wurden die NACE-Codes verwendet. Neben den Pflegeheimen (NACE 87.10) sind auch Alten(wohn)heime (NACE 87.30) als Arbeitgeber von Pflegekräften einbezogen worden.⁵ Generell umfassen die NACE-Codes 87.10 und 87.30 folgende Einrichtungen:

- 87.10: Altenpflegeheime, Genesungsheime, Erholungsheime mit Pflegekomponente, Pflegeeinrichtungen, Pflegeheime⁶
- 87.30: die Unterbringung und Pflege von älteren und behinderten Menschen, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, und die nicht allein leben möchten, in Heimen. Dazu zählt üblicherweise die Unterbringung, Verpflegung, Aufsicht und Hilfe im täglichen Leben wie Haushaltsführung. Gelegentlich sind diesen Einheiten auch separate Pflegestationen angeschlossen (Einrichtungen für betreutes Wohnen, Seniorenzentren mit betreutem Wohnen, Altenheimen mit geringfügigen Pflegeleistungen, Altenheime ohne Pflegeleistungen).⁷

Für die Teilgebiete der Großregion sind die NACE-Codes 87.10 und 87.30 noch zu allgemein, da die beiden Klassen Einrichtungen mit einschließen, die eher nicht als stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege anzusehen sind, bspw. Wohnheime für behinderte Menschen. Darum

⁴http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_NOM_DTL_VIEW&StrNom=NACE_REV2&StrLanguageCode=DE&IntPcKey=18520904&IntKey=18520934&StrLayoutCode=HIE-RARCHIC&IntCurrentPage=1

⁵ Wenn im Folgenden von Pflegeheimen gesprochen wird, sind die Altenheime bzw. Altenwohnheime mit gemeint.

⁶http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_NOM_DTL_VIEW&StrNom=NACE_REV2&StrLanguageCode=DE&IntPcKey=18521174&IntKey=18521204&StrLayoutCode=HIE-RARCHIC&IntCurrentPage=1

⁷http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_NOM_DTL_VIEW&StrNom=NACE_REV2&StrLanguageCode=DE&IntPcKey=18521294&IntKey=18521324&StrLayoutCode=HIE-RARCHIC&IntCurrentPage=1

wurde eine Differenzierung anhand 5-stelliger NACE-Codes vorgenommen. In Lothringen wurden Daten für die NACE-Codes 87.10A (Hébergement médicalisé pour personnes âgées) und 87.30A (Hébergement social pour personnes âgées) verwendet. In der Wallonie wurden die Sektoren 87.101 (Activités des maisons de repos et de soins), 87.301 (Activités des maisons de repos pour personnes âgées) und 87.302 (Activités des résidences services pour personnes âgées) einbezogen. Für Luxemburg kam der NACE-Code 87.30 (Hébergement social pour personnes âgées ou handicapées physiques) und für die DG Belgien der Code 87.10 (Activités de soins infirmiers résidentiels) in Frage.

Ähnlich wie die Definition des Sektors Pflegeheime stellte sich auch die Definition des Sektors der **ambulanten Pflege** dar. Auch hier wurde für die beiden deutschen Teilgebiete auf die Pflegestatistik und somit auf § 71 Abs. 1 SGB XI zurückgegriffen, während für die anderen Teilgebiete die NACE-Klassifikation herangezogen wurde (NACE-Codes 88.10 und teilweise 86.90). Generell verbirgt sich hinter den NACE-Codes 88.10 und 86.90 Folgendes:

- 88.10: soziale, Beratungs-, Fürsorge-, Weitervermittlungs- und ähnliche Dienstleistungen, die durch staatliche oder private Einrichtungen, landesweit bzw. auf lokaler Ebene tätige Selbsthilfeorganisationen, einschließlich Fachberatungsdiensten, für ältere Menschen und Behinderte in deren Wohnung oder anderweitig erbracht werden (Besuchsdienste für ältere Menschen und Behinderte; Tagespflege für ältere Menschen oder behinderte Erwachsene; berufliche Rehabilitation sowie Qualifikationsmaßnahmen für Behinderte, sofern der Ausbildungsaspekt nicht im Vordergrund steht)⁸
- 86.90: humanmedizinische Tätigkeiten, die nicht in Krankenhäusern oder von Ärzten oder Zahnärzten ausgeübt werden: Tätigkeiten von Krankenschwestern, Hebammen, Physiotherapeuten und anderen Fachkräften der Bereiche Optometrie, Hydrotherapie, medizinische Massage, Beschäftigungstherapie, Sprachtherapie, medizinische Fußpflege, Homöopathie, Chiropraktik, Akupunktur usw. Diese Leistungen können in Gesundheitszentren, die Unternehmen, Schulen, Altenheimen, Gewerkschaften und Wohltätigkeitsvereinen angeschlossen sind, sonstigen Einrichtungen im Gesundheitswesen (mit Unterbringung, jedoch nicht in Krankenhäusern) oder eigenen Behandlungsräumen, im Hause des Patienten oder anderweitig erbracht werden.⁹

Wiederum sind die 4-stelligen NACE-Codes zu allgemein, um den Sektor der ambulanten Pflege einzugrenzen. Beispielsweise sollten ursprünglich spezielle ambulante Dienste für Menschen mit Behinderungen oder Einrichtungen der Tagespflege ausgeklammert werden, was nur für die deutschen Teilregionen gelungen ist. Zudem enthält der Code 86.90 nicht nur selbständige Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, sondern weitere freiberuflich tätige Gesundheitsberufe. Für Lothringen wurden mit den NACE-Codes 88.10A (Aide à domicile), 88.10B (Accueil ou accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées) sowie 86.90D (Activités des infirmiers et des sages-femmes) drei Wirtschaftszweige zusammengefasst. In der Wallonie wurden die beiden Codes 88.10 (Action sociale sans hébergement pour personnes âgées et pour personnes avec un handicap moteur) und

⁸http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_NOM_DTL_VIEW&Str-Nom=NACE_REV2&StrLanguageCode=DE&IntPcKey=18521444&IntKey=18521474&StrLayoutCode=HIE-RARCHIC&IntCurrentPage=1

⁹http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_NOM_DTL_VIEW&Str-Nom=NACE_REV2&StrLanguageCode=DE&IntPcKey=18521084&IntKey=18521114&StrLayoutCode=HIE-RARCHIC&IntCurrentPage=1



86.906 (Activités des praticiens de l'art infirmier) einbezogen. Der NACE-Code 86.90D für Lothringen bzw. der NACE-Code 86.906 für die Wallonie steht in erster Linie für selbstständige Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, die in der Regel ambulante Pflegeleistungen erbringen. In Luxemburg und der DG Belgien ist lediglich der Sektor 88.10 (Action sociale sans hébergement pour personnes âgées et pour personnes handicapées) von Relevanz.

In Tabelle 3 sind die verwendeten NACE-Codes im Überblick zusammengefasst. Über die NACE-Systematik sowie die Definitionen, die den deutschen Statistiken zugrunde liegen, konnten die drei Pflegesektoren statistisch definiert werden. Der Krankenhaus- und der Pflegeheimsektor konnten dabei gut eingegrenzt werden, was die Daten für diese Sektoren vergleichbar macht. Die größten Schwierigkeiten ergaben sich im ambulanten Bereich, wo die 4-stellige NACE-Codes zu ungenau waren und stattdessen auf 5-stellige Codes zurückgegriffen werden musste. Dabei konnte nichtsdestotrotz nicht ausgeschlossen werden, dass in den nicht-deutschen Teilgebieten auch spezielle Pflegedienste für Menschen mit Behinderungen mit erfasst werden. In den Statistiken für die deutschen Bundesländer sind solche Einrichtungen nicht enthalten. Dies schränkt die Vergleichbarkeit der Daten leicht ein. Welche Datenquellen im Projekt verwendet wurden, wird im folgenden Kapitel beschrieben.

Tab. 3: Statistische Definition der drei Pflegesektoren

	Krankenhaussektor	Pflegeheime	Ambulante Pflegedienste
Rheinland-Pfalz und Saarland	Einrichtungen in der Krankenhausstatistik und der Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	Pflegeheime nach § 71 Abs. 2 SGB XI	Pflegedienste nach § 71 Abs. 1 SGB XI
Lorraine	NACE 86.10Z	NACE 87.10A; 87.30A	NACE 88.10A+B; 86.90D
Luxembourg	NACE 86.10	NACE 87.30	NACE 88.10
Wallonie	NACE 86.10	NACE 87.101+87.301+87.302	NACE 88.10 + 86.906
DG Belgien	NACE 86.10	NACE 87.10	NACE 88.10

Quelle: eigene Darstellung

3.1.2.2 Datenquellen in den Teilregionen

Das verwendete Datenmaterial für **Rheinland-Pfalz** und das **Saarland** basiert im Wesentlichen auf den Informationen der Statistischen Landesämter der beiden Bundesländer (Krankenhaussektor: Krankenhausstatistik sowie Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen; Pflegeheime und ambulante Pflegedienste: Pflegestatistik). Alle Statistiken basieren auf Vollerhebungen mit Auskunftspflicht.

Für **Lothringen** wurden im Wesentlichen Informationen des Institut National de la Statistique et des Études Économiques – INSEE (Einrichtungsdaten: Dénombrements des entreprises et des établissements, champ total, année 2011; Beschäftigtendaten: Recensement de la population 1999 et 2010, exploitation principale, données au lieu de résidence. Actifs en emploi de 15 ans et plus¹⁰) verwendet. Die Beschäftigungsdaten für Lothringen beziehen sich auf das Jahr 2010 anstatt wie in den anderen Regionen auf das Jahr 2011.

¹⁰ Im Jahr 2004 überarbeitete INSEE seine Erhebungsmethodik der Volkszählung (recensement de la population). Sie erfolgt nun kontinuierlich: Jedes Jahr wird eine Auswahl der Bevölkerung befragt; die Summe von fünf aufei-

Das verwendete Datenmaterial für **Luxemburg** basiert im Wesentlichen auf den Informationen des Institut national de la statistique – STATEC sowie für den Krankenhaussektor aus der Publikation *Carte Sanitaire; 5ème édition* des luxemburgischen Gesundheitsministeriums. Das Datenmaterial für den Krankenhaussektor bezieht sich auf das Jahr 2012 statt wie in den anderen Regionen auf das Jahr 2011 (mit der Ausnahme der Daten zur Beschäftigung).

Für die **Wallonie** wurden im Wesentlichen Informationen des Office national de la Sécurité sociale – ONSS, berechnet von IWEPS (Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique) verwendet. Das Datenmaterial zu den verfügbaren Betten im Krankenhaussektor basiert auf Informationen des Service Public Fédéral Santé Publique, das Datenmaterial zu den vollstationären Plätzen in Pflegeheimen auf Informationen des Observatoire Wallon de la Santé (wobei sich diese Daten nicht auf die NACE-Codes 87.101, 87.301 und 87.302 sondern auf *Maisons de repos et maisons de repos et de soins* beziehen).

Für die **DG Belgien** wurden Informationen des Ministeriums der DG – Fachbereich Gesundheit, Familie und Senioren aufbereitet. Die Beschäftigtendaten in Pflegeheimen bilden lediglich das Pflegepersonal ab. Für die ambulanten Pflegedienste ist für die DG kein Datenmaterial vorhanden (obwohl ambulante Pflege auch in der DG geleistet wird), da sich kein Firmensitz der in der DG tätigen ambulanten Pflegeeinrichtungen auch dort befindet, sondern die Leistungen über Unternehmen aus bspw. der Wallonie bezogen werden.

3.1.3 Ergebnisse

Nach Hintergrundinformationen und methodischen Vorbemerkungen folgen in diesem Kapitel die Ergebnisse, aufgeteilt in je ein Unterkapitel pro Sektor. In den Unterkapiteln werden zunächst Informationen zur Trägerstruktur der Einrichtungen in den Teilgebieten gegeben. Anschließend folgen Übersichten zur Anzahl der Einrichtungen im Sektor im Jahr 2011 und zur Entwicklung seit dem Jahr 1999. Darüber hinaus werden die Zahl der verfügbaren Betten bzw. Plätze im Zeitverlauf und die Entwicklung der Beschäftigtenzahl im Sektor dargestellt.

3.1.3.1 Krankenhäuser

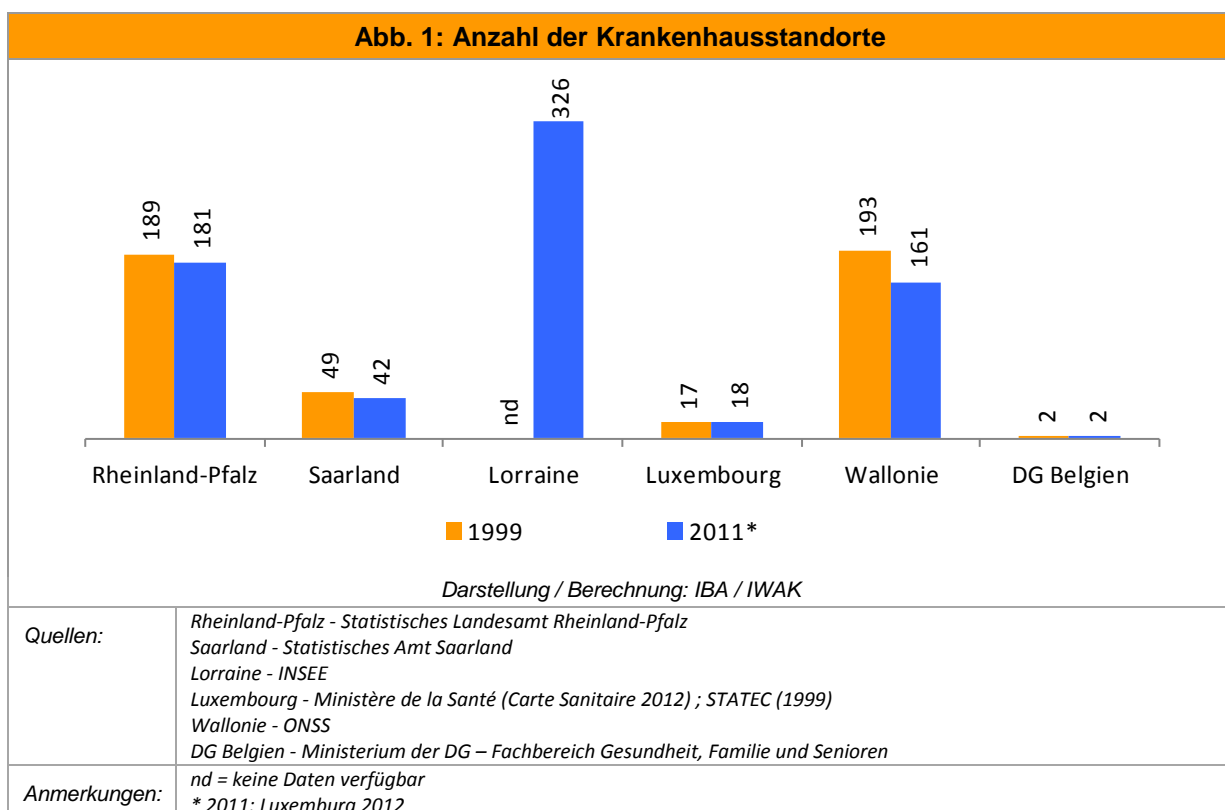
Unterschiede zwischen den Teilregionen existieren, was die Trägerstruktur der Krankenhäuser angeht. Auffallend ist, dass sich in den deutschen Regionen rund die Hälfte aller Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft befindet, während dies in Lothringen lediglich auf 12% und in Luxemburg sogar auf weniger als ein Zehntel der Häuser zutrifft. Dort dominiert stattdessen jeweils die öffentliche Hand (Luxemburg: 92%; Lothringen: 76%). Dies gilt auch für die beiden Einrichtungen in der DG Belgien. In der Wallonie sind wiederum nur knapp mehr als ein Viertel der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft. Eine Unterscheidung zwischen privater und freigemeinnütziger Trägerschaft war mit dem vorliegenden Datenmaterial für die

einanderfolgenden Jahren einen Überblick über die Gesamtbevölkerung gibt. Die von INSEE publizierten Daten werden dann auf das mittlere Jahr der Erhebungsperiode datiert: Für die Ergebnisse des Jahres 2011 wurden Umfragen von 2009 bis 2013 durchgeführt. Der größte Vorteil dieser Methode ist die jährliche Veröffentlichung von Ergebnissen und die Möglichkeit, Daten zu vergleichen, die mindestens 5 Jahre auseinander liegen. Der Nachteil dieser Methode ist, dass die Ergebnisse, welche auf geringen Fallzahlen (<500) beruhen, statistisch weniger belastbar sind.

Wallonie allerdings nicht möglich. In Rheinland-Pfalz sind private Träger mit 36% beinahe doppelt so stark vertreten wie im Saarland (19%). In Lothringen befinden sich 11% der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, in Luxemburg keines.

Betrachtet man die Anzahl der Krankenhäuser nach Standorten (siehe Abb. 1), wird deutlich, dass es in Lothringen mit 326 Klinikstandorten im Jahr 2011 weit mehr Krankenhäuser gab als in den anderen Teilregionen der Großregion. In Rheinland-Pfalz lag die Zahl der Klinikstandorte mit 181 deutlich darunter. In der Wallonie gab es 159 Klinikstandorte, im Saarland 42 und in Luxemburg 18. In der DG Belgien gibt es zwei Krankenhäuser. Die höhere Anzahl an Klinikstandorten in Lothringen ist indes nicht gleichbedeutend mit einer besseren Versorgungsstruktur, da die Zahl der Standorte keine Aussage bspw. über die Größe der einzelnen Häuser zulässt.

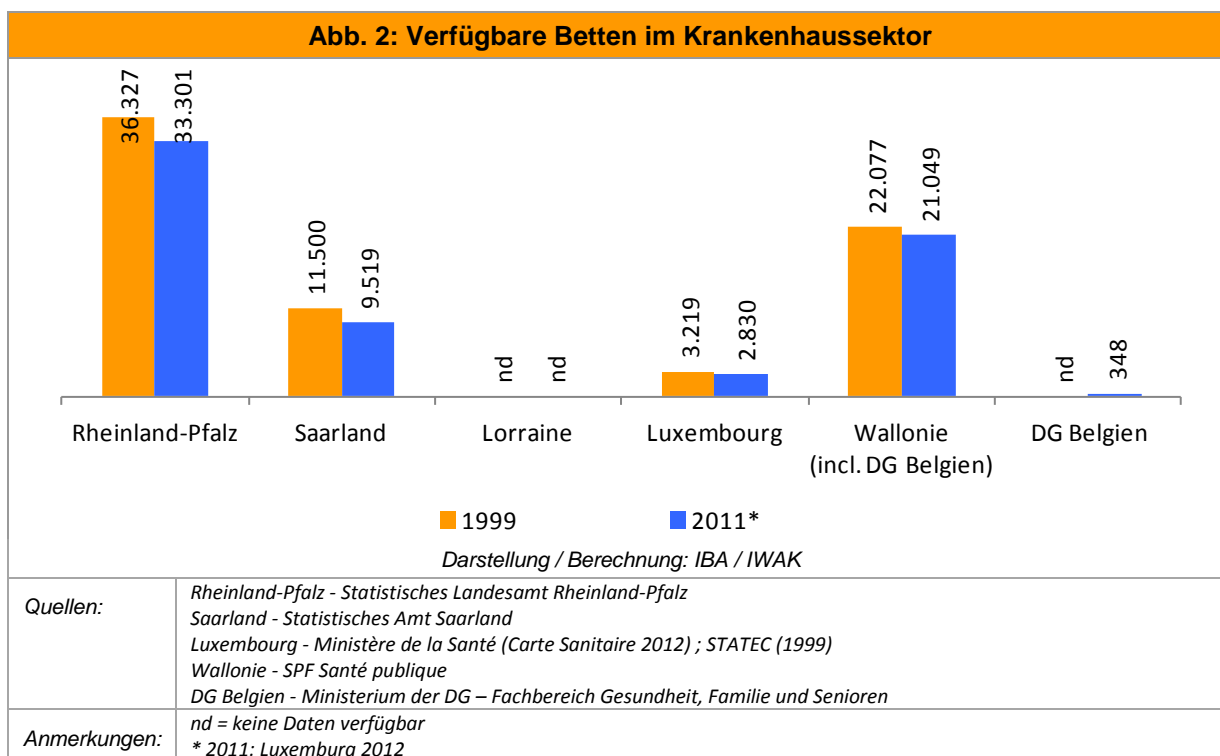
Im Vergleich zum Jahr 1999 ist die Anzahl an Klinikstandorten in den beiden deutschen Teilregionen leicht zurückgegangen. In der Wallonie fiel der Rückgang wesentlich stärker aus. Nach Aussage beteiligter Expertinnen und Experten haben Konzentrations- und Fusionsprozesse stattgefunden. Die Anzahl der Krankenhäuser in der DG Belgien liegt auf dem gleichen Niveau wie im Jahr 1999. In Luxemburg wurde für 2011 ein Krankenhaus mehr gezählt als noch 1999.



Die Betrachtung der verfügbaren Betten im Krankenhausektor zeigt für alle Teilregionen, für die Daten vorliegen, einen Rückgang seit 1999 (siehe Abb. 2). Eine ähnliche Entwicklung wurde bereits bei der Anzahl an Einrichtungen festgestellt, wobei der Rückgang der Betten (anders als bei den Klinikstandorten) in der Wallonie geringer ausfällt als in den deutschen Teilgebieten. Diese Entwicklung sowie auch die unterschiedliche Anzahl an Betten pro Region



ist nicht gleichbedeutend mit weniger Krankenhausleistungen, da hier bspw. auch Fallzahlen oder die durchschnittlichen Verweildauern und deren Entwicklungen berücksichtigt werden müssen.



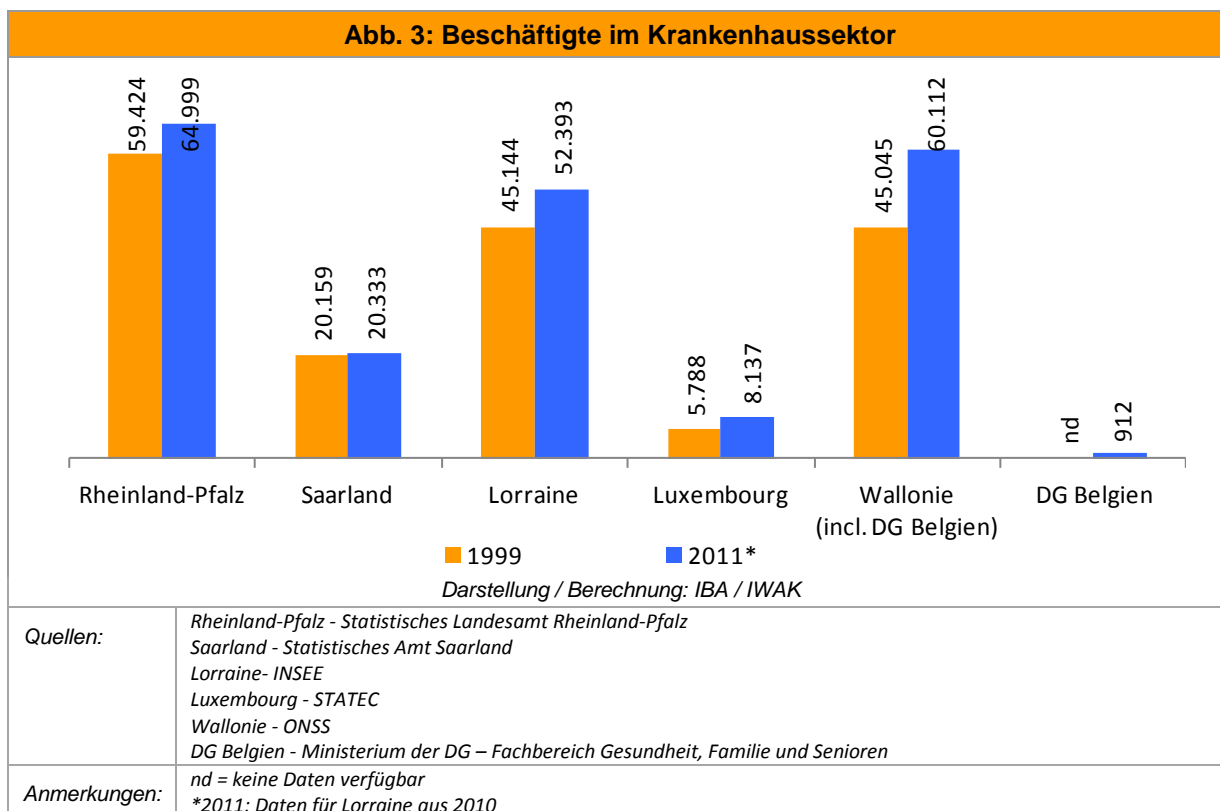
Soweit Daten für Fallzahlen für die Jahre 1999 und 2011 vorliegen, deuten diese in der Tat auf einen Anstieg an Behandlungsfällen hin. In der Wallonie, wo ein Großteil der fachärztlichen Behandlungen, die in Deutschland von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, im Krankenhaus geleistet wird, haben sich die Fallzahlen seit 1999 mehr als verdoppelt (+155,8%). In Rheinland-Pfalz ist die Zahl um 9,9%, im Saarland um 2% gestiegen. Die Verweildauern sind zwischen 1999 und 2011 in Krankenhäusern (ohne Rehabilitationskliniken) zurückgegangen, in Rheinland-Pfalz von 9,9 auf 7,6 Tage, im Saarland von 9,7 auf 7,7 Tage und in der Wallonie von 8,1 auf 3,0 Tage.¹¹ Für die anderen Teilgebiete liegen keine Zahlen vor.

Im Vergleich zu der Anzahl an Einrichtungen und Anzahl an Betten zeigt die Betrachtung der Beschäftigten im Krankenhaussektor andere Tendenzen und auch eine andere Verteilung. Bei der Betrachtung der Beschäftigtenzahlen muss allerdings berücksichtigt werden, dass hier nicht nur Gesundheitspersonal einbezogen ist, sondern sämtliche Beschäftigte im Krankenhaus, neben ärztlichem und pflegerischem Personal also bspw. auch Reinigungskräfte, Küchenpersonal, Verwaltungskräfte usw.

Für jede Teilregion gilt, dass die Zahl der Beschäftigten seit 1999 angestiegen ist. In der Wallonie sind inzwischen mehr als 15.000 Personen mehr im Krankenhaussektor beschäftigt als noch im Jahr 1999. In der belgischen Teilregion sind somit mittlerweile auch mehr Personen

¹¹ Quellen: Rheinland-Pfalz, Saarland: Statistische Landesämter – Krankenhausstatistiken; Wallonie : SPF Santé publique.

im Krankensektor beschäftigt als in Lothringen. Auffallend ist zudem, dass in Lothringen trotz der hohen Anzahl an Klinikstandorten relativ wenig Personal beschäftigt ist im Vergleich zu Rheinland-Pfalz oder zur Wallonie. Sollte auf Basis der Zahlen zu den Einrichtungen der Eindruck entstanden sein, dass der Krankensektor für Lothringen eine überproportionale Bedeutung hat, wird dieser durch die Beschäftigtenzahlen wieder etwas relativiert. Allerdings muss bei der Betrachtung der Entwicklung der Beschäftigtenzahlen der Einfluss der Teilzeitbeschäftigung berücksichtigt werden. Die Beschäftigtenzahlen müssten idealerweise in Vollzeitäquivalenten gegenübergestellt werden, um einen Vergleich zu ermöglichen. Leider liegen zur Teilzeitquote keine sektorenspezifischen Daten für 1999 und 2011 vor. Im Kapitel zur Beschäftigung werden aber die Teilzeitquoten von Pflegepersonal für Rheinland-Pfalz, Saarland und Lothringen abgebildet. Dabei wird deutlich, dass die Teilzeitbeschäftigung für Pflegekräfte in Rheinland-Pfalz und dem Saarland eine deutlich größere Rolle spielt als in Lothringen. Zudem sind die Teilzeitquoten in den beiden deutschen Bundesländern seit 1999 angestiegen, während die Quote Lothringens leicht gesunken ist.



Insgesamt ergibt sich für alle Teilregionen der Großregion die Tendenz zunehmender Beschäftigungsmöglichkeiten im Krankenhausbereich. Auch wenn die Anzahl der Klinikstandorte und die Zahl der verfügbaren Betten rückläufig sind, sind die Beschäftigtenzahlen seit dem Jahr 1999 stark angestiegen. Im Saarland fällt dieser Anstieg mit einem Plus von 0,9% am geringsten aus. In Rheinland-Pfalz hat sich der Beschäftigtenstand um 9,4% erweitert, in Lothringen um 16,1%. In der Wallonie und in Luxemburg ist der Anstieg mit 33,4% bzw. 40,6% immens.



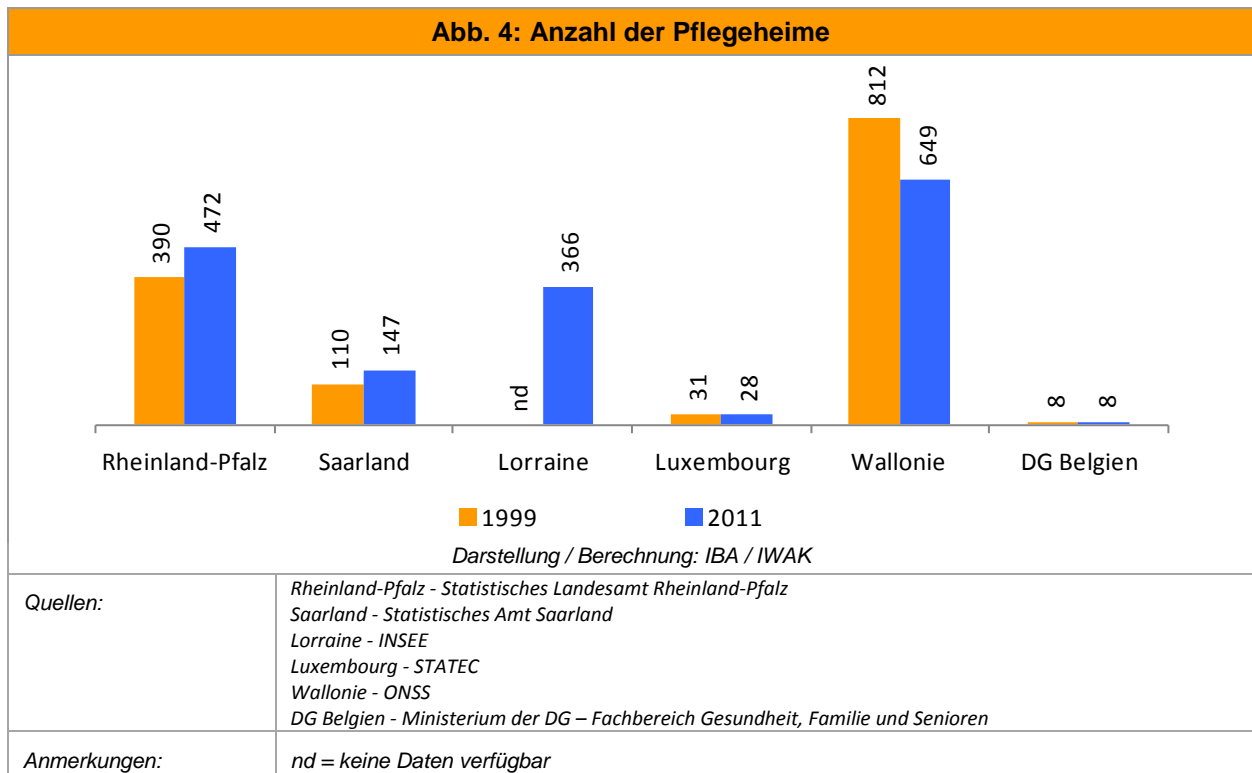
Tab. 4: Entwicklung der Beschäftigten im Krankensektor zwischen 1999 und 2011 in %

	Entwicklung 1999-2011
Rheinland-Pfalz	+9,4%
Saarland	+0,9%
Lorraine	+16,1%
Luxembourg	+40,6%
Wallonie	+33,4%
DG Belgien	nd

Quelle: Rheinland-Pfalz - Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz; Saarland - Statistisches Amt Saarland; Lorraine- INSEE; Luxembourg – STATEC; Wallonie – ONSS

3.1.3.2 Pflegeheime

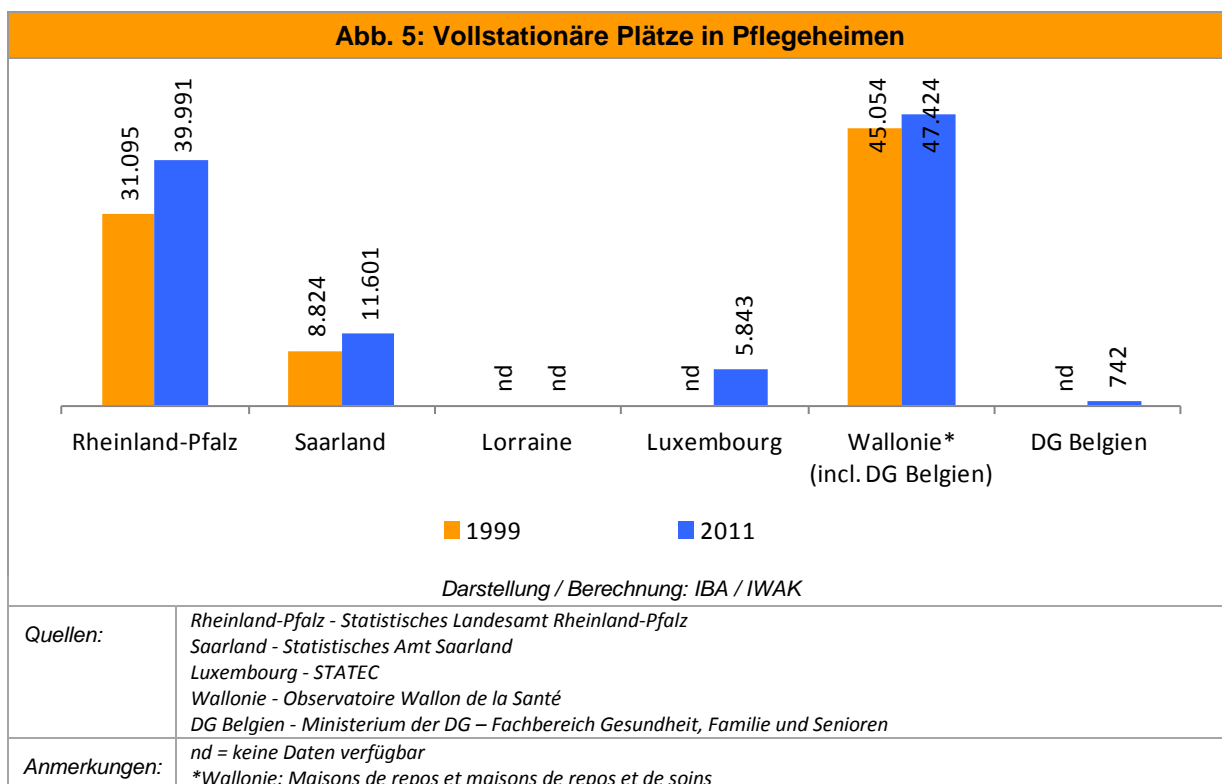
Wie bei den Krankenhäusern sind auch bezüglich der Trägerschaft der Pflegeheime Unterschiede in den Teilgebieten der Großregion zu beobachten. Für die beiden deutschen Teilregionen ist erneut der Anteil an Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft relativ hoch (jeweils über 60%), die übrigen sind fast alle in privater Trägerschaft. In Lothringen sind lediglich 35,8% der Pflegeheime in freigemeinnütziger Trägerschaft, in Luxemburg existiert dieses Trägermodell gar nicht. Im Großherzog dominiert die private Trägerschaft (über 70%). In Lothringen, befinden sich die meisten Einrichtungen in öffentlicher Hand (44,5%). Auch in Luxemburg und der Wallonie ist der öffentliche Bereich relativ bedeutend (28,6% bzw. 24%), während dieser in Rheinland-Pfalz und im Saarland kaum eine Rolle spielt.



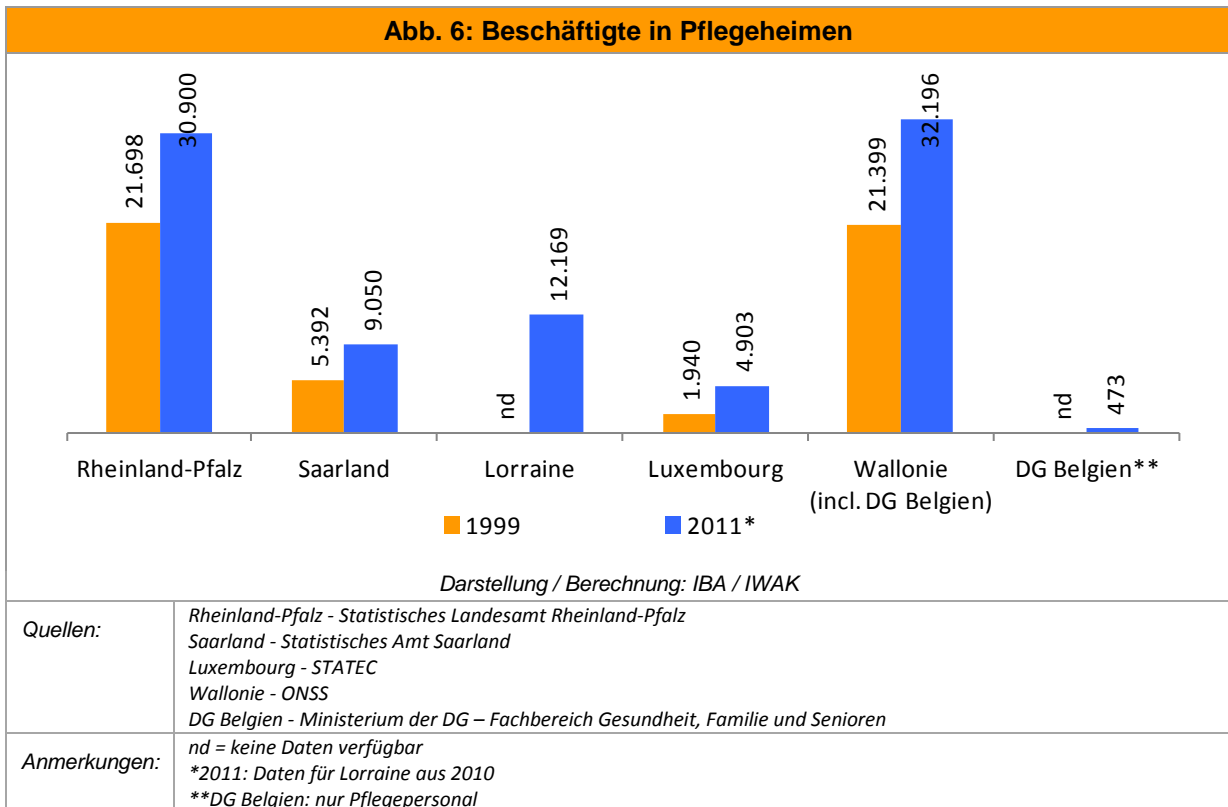
Die Anzahl an Pflegeheimen ist in der Wallonie mit 649 Einrichtungen am höchsten, trotz eines relativ starken Rückgangs seit 1999, der vermutlich auf Konzentrationsprozesse und Fusionen im ländlichen Raum zurückzuführen ist. Danach folgen Rheinland-Pfalz (472) und Lothringen (366). In Luxemburg ist ebenfalls ein Rückgang von 31 auf 28 Heime festzustellen, während die beiden deutschen Teilregionen seit 1999 einen Anstieg verzeichnen.



Die Datenlage zu den verfügbaren Plätzen in den Pflegeheimen ist unvollständig (siehe Abb. 5): Es fehlen Daten für Lothringen und 1999er-Zahlen für Luxemburg und die DG Belgien. Für die übrigen Teilgebiete der Großregion ist ein Anstieg an vollstationären Plätzen festzustellen. In Rheinland-Pfalz wurden im Jahr 2011 39.991 Plätze anstatt 31.095 Plätze wie noch im Jahr 1999 angeboten. Dies entspricht einer Zunahme um etwa 29%. Im Saarland ist die Zahl der Pflegeheimplätze von 8.824 auf 11.610 gestiegen, was ein Anstieg um 32% darstellt. In der Wallonie werden im Jahr 2011 ebenfalls mehr Plätze vorgehalten als noch zwölf Jahre zuvor, allerdings entspricht der Anstieg von 45.054 auf 47.424 Plätze lediglich einem Plus von 5,4%. Dennoch stellt die belgische Region in absoluten Zahlen am meisten Plätze zur Verfügung. Der Rückgang an Einrichtungen, der auf der vorherigen Seite beschrieben wurde, ist folglich nicht mit einer Verknappung des Angebots an Pflegeheimplätzen einhergegangen.



Ebenso wie der Anstieg der verfügbaren Plätze spricht auch die Entwicklung der Beschäftigten in Pflegeheimen für einen Bedeutungsgewinn des Sektors. Betrachtet man sämtliche Beschäftigte im Sektor, also neben Pflegekräften auch hauswirtschaftliches und Verwaltungspersonal, fällt der Anstieg stärker aus als im Krankenhausbereich.



In der Wallonie stehen nicht nur die meisten Pflegeheimplätze zur Verfügung, dort ist außerdem das meiste Personal beschäftigt, knapp gefolgt von Rheinland-Pfalz. In Lothringen ist die Zahl der Beschäftigten im Verhältnis zur Anzahl an Einrichtungen dagegen relativ gering. Womöglich sind die Pflegeheime dort kleiner als in den anderen Teilregionen; diese Hypothese lässt sich aber über die vorliegenden Datenbestände nicht validieren.

Für alle Teilgebiete, für die Daten für das Jahr 1999 vorliegen, ist ein relativ hoher Beschäftigungsanstieg zu beobachten. Dies gilt auch für die Wallonie, obwohl dort die Anzahl an Pflegeheimen im Zeitraum 1999-2011 zurückgegangen und die Anzahl an vollstationären Plätzen deutlich weniger stark gestiegen ist als in den deutschen Teilregionen. Auch in der belgischen Teilregion sind im Jahr 2011 gut 50% mehr Personen tätig als noch 1999. In Rheinland-Pfalz fällt der relative Beschäftigtenanstieg mit 42% etwas geringer aus als in der Wallonie, im Saarland ist er mit 68% stärker ausgeprägt. In Luxemburg ist der Beschäftigtenstand seit 1999 um mehr als das 1,5-fache erweitert worden.

Tab. 5: Entwicklung der Beschäftigten in Pflegeheimen zwischen 1999 und 2011 in %

	Entwicklung 1999-2011
Rheinland-Pfalz	+42,4%
Saarland	+67,8%
Lorraine	nd
Luxembourg	+152,7%
Wallonie	+50,5%
DG Belgien	nd

Quelle: Rheinland-Pfalz - Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz; Saarland - Statistisches Amt Saarland; Luxembourg – STATEC; Wallonie – ONSS

Insgesamt haben damit nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die Pflegeheime als Arbeitgeber von Pflegekräften in der Großregion in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Die Zahl der verfügbaren Heimplätze hat ebenso wie die Zahl der Beschäftigten stark zugenommen.

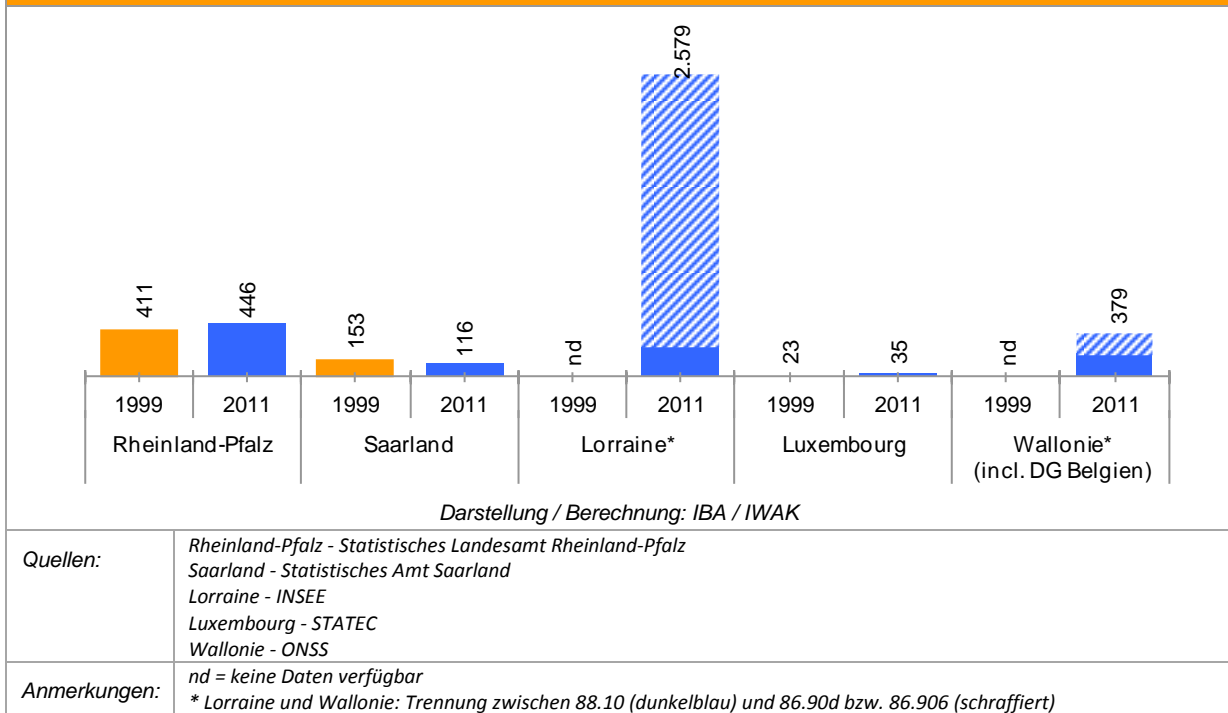
3.1.3.3 Ambulante Pflege

Im Bereich der ambulanten Pflege werden strukturelle Unterschiede in der Versorgung in den Teilgebieten der Großregion deutlich. In Deutschland und Luxemburg bieten ambulante Pflegedienste das gesamte Spektrum notwendiger Unterstützungsleistungen für zuhause lebende pflegebedürftige und kranke Menschen an, von hauswirtschaftlicher Hilfe bis hin zu hochspezialisierten Pflegedienstleistungen, die von Ärztinnen und Ärzten verordnet werden. In Lothringen und der Wallonie greifen die Betroffenen auf unterschiedliche Leistungserbringer zurück: Soziale Dienste leisten hauswirtschaftliche Hilfe, Betreuung und unterstützen bei körpernahen Pflegeleistungen. Eher medizinische, spezialisierte Pflegeleistungen wie bspw. Injektionen oder das Wundmanagement werden von selbständig tätigen Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern übernommen.

Entsprechend befindet sich der ambulante Sektor in Lothringen zum Großteil in privater Hand. Auch im Saarland und in Rheinland-Pfalz bilden die privaten Einrichtungen den größten Anteil, während die ambulanten Pflegedienste in öffentlicher Hand – ähnlich wie auch in Lothringen und Luxemburg – kaum eine Rolle spielen. Am größten ist die Bedeutung der öffentlichen Trägerschaft noch in der Wallonie, wo sich jeder zehnte ambulante Dienst in öffentlicher Hand befindet. Für Luxemburg ergibt sich eine andere Verteilung als in den übrigen Regionen: Hier dominieren die freigemeinnützigen ambulanten Pflegedienste ganz deutlich, während der Anteil der Einrichtungen in privater Trägerschaft bei unter 10% liegt.

Die Anzahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen ist in Lothringen mit 2.579 am größten (siehe Abb. 7). Die Betriebe der selbständig tätigen Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger machen gut 88% aller ambulanten Pflegeeinrichtungen aus (schraffiert). In der Wallonie existieren ebenfalls selbstständige Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger. Da sich hier in der Regel mehrere Pflegefachkräfte zusammenschließen, während in Lothringen eher einzelne Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger tätig sind, ist die Zahl in der Wallonie deutlich niedriger. In Rheinland-Pfalz gab es im Jahr 2011 446 ambulante Pflegedienste, im Saarland 116 und in Luxemburg 35.

Abb. 7: Anzahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen

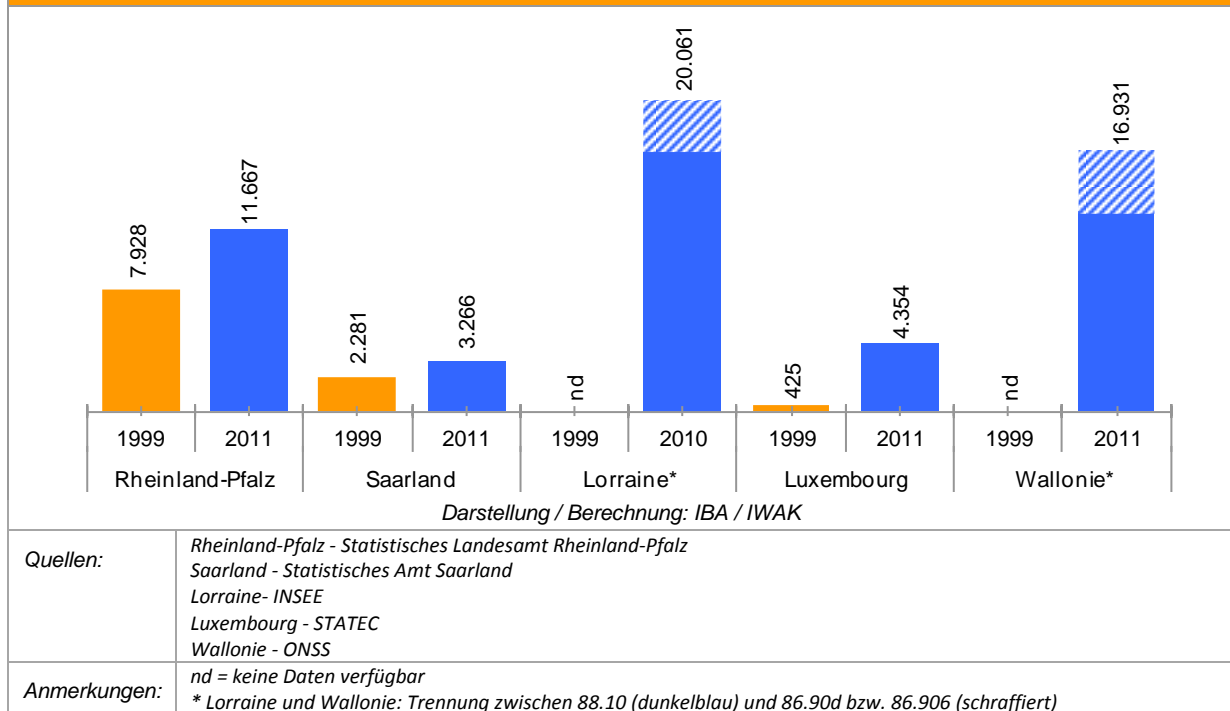


Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste liegt in der Wallonie und den deutschen Teilregionen unter der Anzahl der Pflegeheime. In Luxemburg hingegen gibt es inzwischen mehr ambulante Einrichtungen als Pflegeheime – ein Bild, das sich 1999 noch umgekehrt darstellte. Auch in Rheinland-Pfalz hat die Anzahl an ambulanten Pflegeeinrichtungen im Vergleich zum Jahr 1999 zugenommen. Anders stellt sich die Situation im Saarland dar: Hier kam es zu einem Rückgang von 153 auf 116 Einrichtungen, allerdings ist die Anzahl an versorgten Patientinnen und Patienten im Saarland laut offizieller Pflegestatistik seit 1999 von gut 5.200 auf knapp 6.900 Personen in 2011 gestiegen. Die Einrichtungen sind dort heute im Schnitt größer und versorgen mehr Patientinnen und Patienten.

Die Betrachtung der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten bestätigt zwar zunächst den Eindruck, dass die ambulante Pflege in Lothringen eine größere Rolle spielt als in den anderen Teilgebieten der Großregion. Allerdings relativiert sich der Abstand zu den anderen Regionen. Während bei den Einrichtungen im ambulanten Sektor insgesamt ca. 90% aus Betrieben der selbstständigen Pflegekräfte (oft ohne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) besteht, machen diese bei den Beschäftigten nur noch 16,5% aus. Da auf die 2.321 selbstständigen Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger in Lothringen nur insgesamt 3.309 Beschäftigte kommen, handelt es sich bei vielen vermutlich um Ein-Personen-Betriebe. Die oben beschriebene Verschiebung der Relationen zwischen Anzahl an ambulanten Pflegediensten und Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten zeigt sich zwar auch für die Wallonie, allerdings kommen dort auf einen Betrieb der selbstständig tätigen Pflegekräfte sehr viel mehr Beschäftigte als in Lothringen. Die Betriebe der selbstständigen Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger in der Wallonie sind folglich seltener als Ein-Personen-Betriebe tätig als in Lothringen. Rein rechnerisch dürfte es sich eher um Drei-Personen-Betriebe handeln.



Abb. 8: Beschäftigte in der ambulanten Pflege



In den beiden deutschen Bundesländern spielt die Beschäftigung in der ambulanten Pflege – trotz der starken Anstiege seit 1999 (+47% in Rheinland-Pfalz, +43% im Saarland) – rein quantitativ weiterhin eine geringere Rolle als die Beschäftigung in Pflegeheimen oder Krankenhäusern. Dies gilt auch für Luxemburg, wobei es hier seit 1999 zu einem überaus starken Anstieg gekommen ist und sich die Beschäftigtenzahl fast verzehnfacht hat. Die Beschäftigung im ambulanten Bereich liegt im Großherzogtum nur noch knapp hinter der in Pflegeheimen zurück. Für Lothringen, die Wallonie und die DG Belgien liegen keine Beschäftigtenzahlen für das Jahr 1999 vor, sodass keine Entwicklung im Zeitverlauf dargestellt werden kann.

Tab. 6: Entwicklung der Beschäftigten im Sektor der ambulanten Pflege zwischen 1999 und 2011 in %

	Entwicklung 1999-2011
Rheinland-Pfalz	+47,2%
Saarland	+43,2%
Lorraine	nd
Luxembourg	+924,5%
Wallonie	nd
DG Belgien	nd

Quelle: Rheinland-Pfalz - Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz; Saarland - Statistisches Amt Saarland; Luxembourg – STATEC

3.1.4 Fazit

Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegeeinrichtungen sind bedeutsame Arbeitgeber in allen Teilregionen der Großregion. In Lothringen war der Anteil der Beschäftigten in den Pflegesektoren insgesamt an der Gesamtbeschäftigung mit beinahe 10% im Jahr 2011 am größten, gefolgt von der Wallonie (8,9%) und den beiden deutschen Teilregionen (Saarland: 6,3%, Rheinland-Pfalz: 5,6%). In der DG Belgien waren immerhin 5,1% der Erwerbstätigen in den Pflegesektoren tätig, in Luxemburg 4,7%.

Tab. 7: Anteil der Beschäftigten in den drei Pflegesektoren an der Gesamtbeschäftigung im Jahr 2011

	in %
Rheinland-Pfalz	5,6%
Saarland	6,3%
Lorraine	9,9%
Luxembourg	4,7%
Wallonie (incl. DG Belgien)	8,9%
DG Belgien	5,1%

Quellen Beschäftigte Pflegesektoren: Rheinland-Pfalz - Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz; Saarland - Statistisches Amt Saarland; Lorraine- INSEE; Luxembourg – STATEC; Wallonie – ONSS; DG Belgien - Ministerium der DG – Fachbereich Gesundheit, Familie und Senioren

Quellen Beschäftigungsdaten insgesamt: Rheinland-Pfalz/ Saarland: Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder; Lorraine: INSEE, Estimations d'emploi ; Luxembourg: STATEC, Comptes nationaux ; Wallonie, DG Belgien: ICN, Comptes nationaux / régionaux

Zwar haben Konzentrations- und Fusionsprozesse in der Krankenhauslandschaft stattgefunden; durch eine gleichzeitige Verkürzung der Verweildauern stiegen jedoch die Behandlungszahlen. Die Zahl der Beschäftigten hat entsprechend deutlich zugenommen. Auch die Pflegeheime haben als Arbeitgeber in der Großregion in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Die Zahl der verfügbaren Heimplätze ist ebenso wie die Zahl der Beschäftigten stark angestiegen. Insbesondere in luxemburgischen (+152,7% bzw. +2.963 Personen) und saarländischen Pflegeheimen (+67,8% bzw. +3.658) waren im Jahr 2011 deutlich mehr Personen tätig als noch zwölf Jahre zuvor. Auch in der ambulanten Pflege haben die Anzahl der Einrichtungen sowie die Anzahl der Beschäftigten zugenommen. Der mit Abstand größte Wachstumsschub bei den Beschäftigten fand in Luxemburg statt (+924,5% bzw. +3.929 Personen). Auch in Rheinland-Pfalz (+47,2% bzw. +3.739 Personen) und im Saarland (+42,4% bzw. +985 Personen) stieg die Beschäftigung in der ambulanten Pflege zwischen 1999 und 2011 überaus stark an.

Für die deutschen Teilgebiete und für Luxemburg lässt sich darüber hinaus klar konstatieren, dass die Erwerbstätigkeit in den Pflegesektoren im betrachteten Zeitraum deutlich stärker angestiegen ist als die allgemeine Beschäftigung am Gesamtarbeitsmarkt (siehe Tab. 8).

Tab. 8: Veränderung der Zahl der Beschäftigten 1999-2011 in %

	„Pflegesektoren“ insgesamt	Beschäftigung insgesamt
Rheinland-Pfalz	+20,8%	+9,8%
Saarland	+17,3%	+4,8%
Lorraine	nd	-0,7%
Luxembourg	+113,3%	+48,1%
Wallonie (incl. DG Belgien)	nd	+13,9%

Quellen Beschäftigte Pflegesektoren: Rheinland-Pfalz - Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz; Saarland - Statistisches Amt Saarland; Luxembourg – STATEC; Wallonie – ONSS

Quellen Beschäftigungsdaten insgesamt: Rheinland-Pfalz/ Saarland: Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder; Lorraine: INSEE, Estimations d'emploi ; Luxembourg: STATEC, Comptes nationaux ; Wallonie, DG Belgien: ICN, Comptes nationaux / régionaux

Die Entwicklung in den drei Sektoren könnte auf demografische Veränderungen in den Bevölkerungen der Teilgebiete der Großregion zurückzuführen sein. Die Anzahl der hochaltrigen Einwohnerinnen und Einwohner (über 80 Jahre), die nicht selten auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind, hat in allen Teilregionen seit 1999 stark zugenommen (siehe Tab. 9). In Luxemburg ist die Bevölkerung zudem insgesamt recht stark gewachsen (+17,5%). Für eine

wachsende (hochaltrige) Bevölkerung muss eine entsprechende medizinische und pflegerische Infrastruktur vorgehalten werden. Die drei Pflegesektoren können deshalb in allen sechs Teilgebieten des Kooperationsraums als Beschäftigungsmotor betrachtet werden.

Tab. 9: Bevölkerungsentwicklung und Entwicklung der Bevölkerung über 80 Jahren

	Bevölkerungsentwicklung 1999-2011	Entwicklung der Anzahl der Bevölkerung über 80 Jahren 1999-2011
Rheinland-Pfalz	-0,7%	+51,8%
Saarland	-5,0%	+55,3%
Lorraine	+1,5%	+70,5%
Luxembourg	+17,5%	+42,6%
Wallonie	+5,6%	+56,0%
DG Belgien	+6,9%	+68,7%

Quelle: Statistikportal der Großregion; Wallonie, DG Belgien: SPF Economie

3.2 Berufe

Unterschiede zwischen den Teilregionen der Großregion ergeben sich nicht nur, was die Ausgestaltung der Sektoren des Gesundheits- und Sozialwesens angeht, sondern auch bezüglich der Berufsgruppen, die Pflegeleistungen erbringen. Ausbildungssysteme, Beschäftigungskulturen, Arbeitsteilung und Berufsbilder sind zum Teil unterschiedlich ausgestaltet. Deutlich wurde dies anhand einer vergleichenden Übersicht zu Pflegefachberufen in den vier Ländern, welche zu Projektbeginn von CRD Eures erstellt wurde (siehe Anhang). Entsprechend musste geklärt werden, welche Berufe in der Pflege in der Studie betrachtet werden sollen und welche davon jeweils miteinander vergleichbar sind. Die klassische Kategorie der „Pflegeberufe“, wie sie in Deutschland verwendet wird, ist beispielsweise in Frankreich nicht üblich. Stattdessen werden dort oftmals „paramedizinische Berufe“ gemeinsam betrachtet. Diese Gruppe schließt dann auch Berufe der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und weitere Berufsbilder mit ein. Schnell war klar, dass im Projekt eine Fokussierung auf die Berufsgruppen erfolgen sollte, welche patientennahe Pflegeleistungen erbringen. Um die entsprechenden Berufsgruppen zu identifizieren und vergleichend gegenüber zu stellen, ist im Projekt ein eigenes Kategoriensystem für Pflegeberufe in der Großregion entwickelt worden. Der Entwicklungsprozess sowie das Kategoriensystem selbst werden im Folgenden vorgestellt.

3.2.1 Methodische Vorbemerkungen

Mit der Internationalen Standardklassifikation der Berufe (ISCO)¹² existiert eine Systematik zur Ordnung von Einzelberufen. Sie ist von der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) entwickelt und zuletzt im Jahr 2008 überarbeitet worden. Es war naheliegend, die ISCO-Codes für die Pflegeberufe zu identifizieren und die einzelnen Pflegeberufe in den Teilgebieten der Großregion diesen Codes zuzuordnen. Auch wenn nationale oder regionale Datenbestände nicht unbedingt nach der ISCO sondern nach eigenen Berufsklassifikationssystemen geordnet sind, gibt es entsprechende Verweissysteme. Die Zuordnung eines Berufs zu einem ISCO-Code

¹² <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/>

orientiert sich an den ausgeübten Tätigkeiten im beruflichen Alltag und nicht am formalen Ausbildungsniveau.¹³ Beispielsweise sind dem Code 2221 (Nursing Professionals) Personen zuzuordnen, die Pflegetätigkeiten planen, durchführen und evaluieren, die Medikamente verabreichen, medizinische Behandlungen überwachen oder die Wundversorgung übernehmen. Unter Code 3221 (Nursing Associate Professionals) werden Berufe zugeordnet, deren Angehörige unter Anleitung von Nursing Professionals (Code 2221) körpernahe Pflegeleistungen, aber auch medizinnähere Leistungen wie die Verabreichung von Medikamenten erbringen. Weitere ISCO-Codes für Pflegeberufe sind die Codes 5321 (Health Care Assistants), 5322 (Home-based Personal Care Workers) und 5329 (Personal Care Workers in Health Services not elsewhere classified).

Im nächsten Schritt wurde anhand der Verweissysteme von nationalen Berufsklassifikationen auf die ISCO geprüft, welche Berufe in den Teilregionen den ISCO-Codes zuzuordnen sind. Dabei wurde schnell klar, dass nicht alle Zuordnungen plausibel sind. Beispielsweise wird bei der Verwendung des Verweissystems von der deutschen Klassifikation der Berufe (KldB 2010 und KldB 88) auf die ISCO die Berufsgruppe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger dem Code 3221 zugeordnet, die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger jedoch dem Code 2221. Diese Zuordnung ist nicht nachvollziehbar, da die Tätigkeitsbereiche für die beiden Berufsgruppen in Deutschland gleich sind. Sie unterscheiden sich lediglich hinsichtlich der zu pflegenden Personengruppen. Auch in Frankreich werden die Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger (Infirmiers) dem Code 3221 zugeordnet. Dies erscheint nicht plausibel, da deren Qualifikation laut Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in der EU äquivalent zur Qualifikation der deutschen Gesundheits- und Krankenpflege-Fachkräfte ist. Die französischen Infirmiers werden den deutschen Altenpflegerinnen und Altenpflegern gegenübergestellt. Das französische Pendant der deutschen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger im ISCO-Code 2221 stellen Cadres infirmiers (Führungskräfte in der Pflege). Diese sind allerdings eher im Pflegemanagement tätig und erbringen nicht unbedingt patientennahe pflegerische Leistungen. Ähnliche Zuordnungsprobleme ergaben sich auch für Pflegeberufe mit einem niedrigeren Qualifikationsniveau. Auch hier ist die Zuordnung zu ISCO-Codes nicht in allen Fällen eindeutig möglich. Insgesamt wird deutlich, dass die Untersuchung des Pflegearbeitsmarktes der Großregion anhand der ISCO-Codes dazu führen würde, dass Berufsgruppen miteinander verglichen werden, die für unterschiedliche Aufgaben in der pflegerischen Leistungserbringung zuständig sind.

Die Lösung für dieses Problem auf der Messebene stellte die Entwicklung und Validierung eines eigenen Berufsklassifikationssystems für die Pflegeberufe in der Großregion dar. Damit sollte gewährleistet werden, dass tatsächlich Berufsgruppen mit äquivalenten Tätigkeitsbereichen miteinander verglichen werden. Als Orientierung dienten die pflegerischen Tätigkeiten, die von den Berufsangehörigen im pflegerischen Arbeitsalltag erbracht werden. Das formale Ausbildungsniveau wurde als nachrangig betrachtet. Erste Vorüberlegungen auf der Basis von berufspraktischen Erfahrungen in der Pflege sowie Erfahrungen aus Vorgängerprojekten zum

¹³ Interessanterweise beziehen sich die deutschen Übersetzungen der ISCO-Codes wieder explizit auf das formale Ausbildungsniveau: So wird der ISCO-Code 2221 (Nursing Professionals) mit „Akademische und vergleichbare Krankenpflegefachkräfte“ übersetzt. Der ISCO-Code 3221 (Nursing Associate Professionals) wird mit dem Terminus „Nicht akademische Krankenpflegefachkräfte“ übersetzt.

Pflegearbeitsmarktmonitoring legten eine Kategorisierung in vier Gruppen von Pflegekräften nahe:

1. Pflegekräfte, die für das Pflegemanagement zuständig sind,
2. Pflegekräfte, die vor allem medizinnahe pflegerische Leistungen erbringen („Cure“),
3. Pflegekräfte, die vor allem körpernahe pflegerische Leistungen erbringen („Care“),
4. Pflegekräfte, die hauswirtschaftliche und Betreuungsleistungen erbringen.

Diese Grobeinteilung wurde validiert, indem über die IBA-Netzwerkpartner Expertinnen und Experten in allen Teilregionen befragt wurden, welche Berufsgruppen welche pflegerischen Tätigkeiten erbringen. Dabei wurde differenziert zwischen den Sektoren Krankenhaus, Pflegeheim und ambulante Pflege. Eine Liste „typischer“ pflegerischer Tätigkeiten für jede Gruppe von Pflegekräften ist erstellt und als schriftlicher Fragebogen zur Validierung eingesetzt worden. Für die deutschen Teilregionen wurde der Fragebogen nicht von externen Expertinnen und Experten bearbeitet, sondern von zwei Mitarbeiterinnen des IWAK, die sowohl über eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin und einen pflegewissenschaftlichen Hochschulabschluss als auch über berufliche Erfahrung in den drei Pflegesektoren Krankenhaus, Pflegeheim und ambulante Pflege verfügen. Abgefragt wurde die Zuständigkeit für folgende pflegerische Tätigkeiten:

- Dienstplan erstellen (Kat. 1)
- Kommunikation mit Ärzten (Kat. 1)
- Erstgespräch bei Neuaufnahme (Kat. 1)
- Erstellung einer Pflegeprozessplanung (Pflegeziele und Pflegemaßnahmen festlegen) (Kat. 2)
- Medikamente richten/dosieren (Kat. 2)
- Medikamente verabreichen (Kat. 2)
- Wundverbände anlegen (z. B. bei Dekubitus oder Ulcus cruris) (Kat. 2)
- subkutane Injektionen verabreichen (z. B. Insulin) (Kat. 2)
- Hilfe bei der Körperpflege (Duschen, Baden...) (Kat. 3)
- Hilfe beim Toilettengang (Kat. 3)
- Wechseln von Inkontinenzartikeln (Kat. 3)
- Essen anreichen (Kat. 3)
- Essen verteilen (Kat. 4)
- Betten beziehen (Kat. 4)
- Beschäftigungsangebote (Kat. 4)
- psycho-soziale Betreuung (Kat. 4)

Neben den ausgefüllten Fragebögen wurden für Frankreich und Belgien zusätzlich Berufsinformationen (Merkblätter) analysiert, die von den nationalen Arbeitsverwaltungen erstellt wurden.

3.2.2 Ergebnisse

Die Einteilung in vier Gruppen von Pflegekräften hat sich nach der Auswertung der Fragebögen und der Merkblätter der Arbeitsverwaltungen weiter als tragfähig erwiesen. In allen Teilregionen der Großregion existieren alle vier Kategorien von Pflegekräften, und die Mehrzahl der

Pflegeberufe ließ sich recht problemlos einer der Kategorien zuordnen. Zwar existieren Überschneidungen, das heißt, manche Berufe haben ein sehr breites Tätigkeitsfeld, aber eine eindeutige Zuordnung war dennoch möglich. In Tabelle 10 ist das Kategoriensystem, mit dem im weiteren Projektverlauf gearbeitet wurde, dargestellt.

Der *Kategorie 1 (Führungskräfte)* wurden die Pflegekräfte zugeordnet, die die Pflege organisieren und managen. Im vorliegenden Bericht werden kaum Daten für diese Kategorie präsentiert. Führungskräfte erbringen in keiner der Teilregionen Pflegeleistungen direkt am Patienten. Hinzu kommt, dass die Datenlage für Führungskräfte in der Pflege sehr lückenhaft ist.

In *Kategorie 2 (Pflegefachkräfte)* finden sich die Pflegekräfte, die für einen Großteil der pflegerischen Versorgung zuständig bzw. verantwortlich sind. Sie erbringen medizinnahe, spezialisierte Pflegeleistungen, aber auch körpernahe Pflege. Insbesondere in Belgien und in Deutschland sind die Tätigkeitsbereiche sehr breit. Pflegefachkräfte unterstützen Pflegebedürftige bzw. Patientinnen und Patienten auch in hohem Maße bei Aktivitäten des täglichen Lebens. In Lothringen und Luxemburg beschränken sich Pflegefachkräfte dagegen eher auf Tätigkeiten im organisatorischen und medizinischen Bereich. Formal haben die Pflegekräfte in der Kategorie 2 mindestens eine dreijährige Ausbildung oder ein sechssemestriges Studium mit Bachelor-Abschluss absolviert. Pflegefachkräfte mit einer staatlich anerkannten Weiterbildung oder Spezialisierung wurden der Kategorie ebenso zugeordnet wie die spezifischen deutschen Berufsbilder der Altenpflegerin bzw. des Altenpflegers und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. des Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers. Ebenso zählen sowohl belgische Pflegekräfte mit Bachelor-Abschluss zur Kategorie 2 wie solche mit Brevet, da beide Gruppen in der beruflichen Praxis für dieselben Tätigkeitsbereiche zuständig sind. Die unterschiedlichen Ausbildungsstrukturen in den einzelnen Teilregionen werden in Kapitel 3.3 beschrieben.

Pflegekräfte, die vor allem körpernahe Unterstützungsleistungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens erbringen, wurden der *Kategorie 3 (Pflegehelferinnen und Pflegehelfer)* zugeordnet. Zwar erbringen sie zum Teil auch spezialisierte Pflegeleistungen auf der einen und eher hauswirtschaftliche Leistungen auf der anderen Seite, ihr Tätigkeitsschwerpunkt liegt jedoch im Bereich der Körperpflege (Waschen, Duschen, Toilettengänge, Wechseln von Inkontinenzartikeln u. ä.). Die Berufsbezeichnungen beinhalten meist die Begriffe „Helfer“, „Aide“ oder „Auxiliaire“. Nationale Besonderheiten sind der Altenpflegehelfer-Beruf, den es nur in den deutschen Teilregionen gibt. Dafür existiert ausschließlich in Lothringen das Berufsbild der Aides medico-psychologiques. Formal haben die Pflegekräfte der Kategorie in der Regel eine einjährige Ausbildung absolviert.

Tab. 10: Übersicht über die vier Kategorien von Pflegeberufen und Einzelberufe

	Kategorie 1 Führungskräfte / Cadres	Kategorie 2 Pflegefachkräfte / In- firmiers	Kategorie 3 Pflegehelferinnen und Pflegehelfer / Auxiliaires de soin	Kategorie 4 Pflegehilfskräfte / Ai- des peu qualifiés
Rheinland- Pfalz / Saarland	Pflegedienstleitungen Pflegedirektor/in Pflegermanager/in	Altenpfleger/in Gesundheits- und Kran- kenpfleger/in Gesundheits- und Kin- derkrankenpfleger/in Pflegefachkräfte mit staatlich anerkannten Weiterbildungen	Altenpflegehelfer/in Krankenpflegehelfer/in	(un- und angelehrte) Pflegehilfskräfte
Lorraine	Cadres infirmiers et assi- milés	Infirmier en soins géné- raux Infirmier spécialisé	Aide-soignant Auxiliaire de puériculture Aide médico-psycholo- gique	Agents des services hos- pitaliers Aide à domicile Aide ménagère Travailleur familial
Luxembourg	Cadres infirmiers et assi- milés	Infirmier Infirmier spécialisé	Aide-soignant Aide-soignant psychia- trique	Garde-malade Garde à domicile
Wallonie	Chef de service parame- dical	Infirmier en soins géné- raux Infirmier en soins spécia- lisés	Aide-soignant	Personnel d'hôtellerie Aide familiale Aide sanitaire
DG Belgien	Pflegedienstleiter/in Beigeordnete Pflege- dienstleiter/in	Krankenpfleger/in (Ba- chelor) Krankenpfleger/in (Bre- vet) Fachkrankenpfleger/in (Bachelor mit spezialisie- render Zusatzausbil- dung)	Pflegehelfer/in	Krankenwärter/in

Quelle: eigene Darstellung

Für die Pflegekräfte in *Kategorie 4 (Pflegehilfskräfte)* ist dies zumeist nicht der Fall, eine formale pflegerische Qualifikation haben diese Personen nicht erworben. Zum Teil haben Pflegehilfskräfte niedrigschwellige Qualifikationen erworben, zum Teil erfolgt der Zugang über die Validierung von Berufserfahrung. In der pflegerischen Praxis sind sie weniger für die Durchführung pflegerischer Leistungen als mehr für die Alltagsgestaltung kranker und pflegebedürftiger Menschen zuständig. Statistisch ist diese Gruppe recht schwer zu erfassen, es gibt beträchtliche Datenlücken. Im ambulanten Bereich können Beschäftigte, die haushaltsnahe Dienstleistungen anbieten, zudem nicht in ambulanten Pflegediensten beschäftigt, sondern direkt von den Familien angestellt sein. Da die Vergleichbarkeit der vorhandenen Daten kaum gegeben war, wird auch die Kategorie 4 im Bericht vernachlässigt.

Der Fokus wird in den folgenden Kapiteln vor allem auf die Kategorien 2 und 3, also auf Pflegefachkräfte und Pflegehelferinnen und –helfer gerichtet, da diese den Großteil der pflegerischen Unterstützungsleistungen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und im ambulanten Sektor erbringen. Das im Projekt entwickelte Kategoriensystem ermöglicht es, auch zum Teil unterschiedliche Berufsbilder vergleichend gegenüber zu stellen.

3.3 Ausbildung

In diesem Kapitel steht die Ausbildung von Pflegekräften in der Großregion im Fokus. Der Begriff Ausbildung wird hier nicht benutzt im Sinne einer „Berufsausbildung“, sondern als allgemeiner Begriff für den jeweiligen Qualifizierungsweg zum Pflegeberuf. Er schließt sowohl duale, schulische als auch hochschulische Qualifizierungswege mit ein. Das gleiche gilt für den Begriff Auszubildende, der sowohl Schülerinnen und Schüler und als auch Studierende einschließt.

Im Folgenden werden zunächst Hintergrundinformationen zur Ausbildung beschrieben. Hierdurch werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Ausbildungssystemen der Teilgebiete verdeutlicht. Anschließend folgen methodische Vorbemerkungen mit einer Skizzierung von methodischen Problemen auf der Mess- und der Auswertungsebene. Das dritte Unterkapitel enthält die wesentlichen Ergebnisse zum Themenbereich. Neben Absolutzahlen zur Ausbildung und der Darstellung der Entwicklung der Ausbildungsbemühungen im Zeitverlauf wird – über die Bildung von Indikatoren – ein Vergleich der Ausbildungssituation in den Teilgebieten vorgenommen. Das Kapitel endet mit einem kurzen Fazit.

3.3.1 Hintergrundinformationen

Die Bildungssysteme und die Berufsbildungssysteme in den Teilregionen des Kooperationsraums unterscheiden sich stark. Laut einer aktuellen Bestandsaufnahme über die Berufsbildungssysteme in der EU¹⁴ existiert auch noch keine zufriedenstellende Typologie für einen Systemvergleich. Unterschiede gibt es beispielsweise, was die Ausrichtung der Berufsbildungspolitik angeht: In einigen Ländern orientiert sie sich verstärkt an den Bedürfnissen des Arbeitsmarktes, in anderen eher an breiteren gesellschaftlichen oder persönlichen Entwicklungszielen. Als Teil dieser Systeme sind auch die Ausbildungen im Pflegebereich nur begrenzt vergleichbar, was eine Gegenüberstellung erschwert. Im Folgenden werden Kennzeichen der Ausbildungen für Pflegefachkräfte (Kat. 2) und Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Kat. 3) für jedes Teilgebiet grob beschrieben. Eine detaillierte Darstellung würde hier den Rahmen sprengen. Skizziert werden die Verortung der Ausbildungen im Bildungssystem, Zugangsvoraussetzungen, Dauer, Abschluss, Finanzierung und die für die Ausbildung zuständige Behörde.

3.3.1.1 Pflegeausbildungen in Rheinland-Pfalz und im Saarland

Die Rahmenbedingungen für die Pflegeausbildungen in Rheinland-Pfalz und im Saarland unterscheiden sich nicht. Die Ausbildungen haben eine Sonderstellung im deutschen Berufsbildungssystem. Die Ausbildungen sind im sekundären Bildungssektor verortet und erfolgen an Berufsfachschulen, sogenannten Schulen des Gesundheitswesens. Die Schulen verfügen über eine staatliche Anerkennung, die auf Landesebene ausgestellt wird. Sie sind – für die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe – organisatorisch und räumlich mit einem oder mehreren Krankenhäusern verbunden, wo die Auszubildenden ihre praktischen Ausbildungsanteile absolvieren. Die praktische Ausbildung in der Altenpflege und Altenpflegehilfe erfolgt vor allem in Pflegeheimen

¹⁴ http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMBF/berufsbildungsforschung_band_15_pdf_1706.html

und ambulanten Pflegediensten. Zugangsvoraussetzung für eine Ausbildung zur Pflegefachkraft ist ein mittlerer Bildungsabschluss (10 Jahre allgemeine Schulbildung) oder ein Hauptschulabschluss und eine mindestens zweijährige Berufsausbildung oder eine abgeschlossene Ausbildung in der Altenpflegehilfe oder der Krankenpflegehilfe. Für die Helfer-Berufe genügt ein Hauptschulabschluss. Zudem gibt es in den beiden Bundesländern Kriterien, die einen Zugang zur Altenpflegehilfe-Ausbildung auch für Personen erlauben, die nicht über einen Hauptschulabschluss verfügen. In Rheinland-Pfalz müssen die Auszubildenden das 16. Lebensjahr vollendet haben. Die Fachkraft-Ausbildungen dauern drei Jahre und schließen mit dem Erwerb eines Staatsexamens ab. Anschließend ist eine Spezialisierung in Form einer staatlich anerkannten Weiterbildung möglich. Die Helfer-Ausbildungen dauern ein Jahr. Nach erfolgreichem Abschluss ist ein Wechsel in das zweite Jahr der Altenpflege-Ausbildung möglich.

Zuständig für die Ausgestaltung und die Steuerung des Ausbildungsbereichs in den Pflegeberufen sind die Bundesländer. Auf Bundesebene werden über die Berufsgesetze und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen lediglich wesentliche Rahmenbedingungen wie die Zugangsvoraussetzungen, die Dauer und Struktur der Ausbildungen geregelt. Länderspezifische Ausgestaltungen der Ausbildungen, zum Beispiel über Rahmenlehrpläne, sind möglich. Verantwortlich in Rheinland-Pfalz sind das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie und das Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur; im Saarland ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie zuständig. Finanziert werden die Ausbildungen im Bereich der Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe) über Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung, im Bereich der Altenpflege (Altenpflege und Altenpflegehilfe) über öffentliche Mittel und – im Falle von geförderten Umschulungen – Mittel der Arbeitsverwaltung. Anders als in anderen Bundesländern wird in Rheinland-Pfalz und im Saarland an keiner Schule ein Schulgeld erhoben. Die Auszubildenden erhalten eine monatliche Ausbildungvergütung.

3.3.1.2 Pflegeausbildungen in Lothringen

In Frankreich ist die Berufsausbildung eher hochschulzentriert als in Deutschland. Die Fachkraft-Ausbildung erfolgt an Akademien (Instituts de formation en soins infirmiers, IFSIs), die seit der Reform der Pflegeausbildung im Jahr 2009 mit Universitäten verbunden sein müssen. Die Auszubildenden sind – anders als in Deutschland – Studierende. Zugangsvoraussetzung für die Zulassung zum Pflegestudium ist eine allgemeine oder fachgebundene Hochschulzugangsvoraussetzung (12 Jahre allgemeine Schulbildung), das Abitur (Baccalauréat). Zudem gibt es ein Zulassungsverfahren, das sich aus einer schriftlichen Prüfung und – bei Bestehen – einer mündlichen Prüfung zusammensetzt. Die Anzahl der verfügbaren Studienplätze für jedes IFSI wird jährlich vom zuständigen Ministerium in Paris festgelegt. Nach erfolgter Zulassung dauert das Pflegestudium drei Jahre. Es schließt mit einem staatlich anerkannten Abschluss auf Bachelor-Niveau. Eine anschließende Spezialisierung ist in verschiedenen Bereichen möglich. Für manche Spezialisierungen ist Berufserfahrung eine Voraussetzung.

Die Ausbildung für die Helfer-Berufe kann ebenfalls an einem IFSI oder aber an einem Ausbildungszentrum bzw. Ausbildungsinstitut (Institut de Formation d'Aides-soignants, IFAS) erfolgen. Voraussetzung für die Zulassung zur Ausbildung ist ein Mindestalter von 17 Jahren und

die erfolgreiche Teilnahme am Zulassungsverfahren mit schriftlichem und bei Bestehen mündlichem Test. Abiturientinnen und Abiturienten sowie Personen mit relevanter Vorbildung können – je nach Entscheidung der Hochschule – vom schriftlichen Zulassungsverfahren ausgenommen werden. Die Ausbildung dauert ein Jahr und endet mit einem staatlich anerkannten Abschluss (diplome d'État d'aide-soignant auf dem Niveau certificat d'aptitude professionnelle (CAP)). Nach dreijähriger Berufserfahrung kann nach Bestehen eines Zulassungstests ein Krankenpflege-Studium aufgenommen werden. Eventuell werden einige Unterrichtseinheiten des Studiums erlassen.

Zuständig für die Finanzierung der Ausbildungsstätten und deren Ausstattung sind seit dem Jahr 2004 die Regionen Frankreichs. Der Zentralstaat ist verantwortlich für den pädagogischen Inhalt der Ausbildungen, für die Organisation der Kurse und die Modalitäten zur Zertifizierung der Abschlüsse. Für die Helfer-Ausbildungen sind darüber hinaus weitere Finanzierungsmodelle relevant, da diese Ausbildungen auch arbeitsmarktpolitisch zur Qualifizierung von Arbeitslosen und geringqualifizierten Beschäftigten genutzt werden. Hierfür existieren unterschiedliche Programme. Generell tragen die angehenden Pflegekräfte in Lothringen jeweils einen geringen Teil der Ausbildungskosten über die jährlich zu entrichtenden Einschreibgebühren (ca. 400-500 Euro pro Jahr).

3.3.1.3 Pflegeausbildungen in Luxemburg

Die Pflegeausbildungen in Luxemburg erfolgen an einem Berufsbildungszentrum für Gesundheitsberufe, dem Lycée Technique des Professions de Santé. Dieses verfügt über vier Standorte im Großherzogtum. Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zur Krankenpflegerin bzw. zum Krankenpfleger ist entweder ein erfolgreicher Abschluss der 11. Klasse der gesundheits- und sozialberuflichen Fachrichtung des beruflich-technischen Ausbildungszweig des technischen Sekundarunterrichts oder ein erfolgreicher Abschluss der 11. Klasse einer anderen Fachrichtung des beruflich-technischen Ausbildungszweig des technischen Sekundarunterrichts oder ein erfolgreicher Abschluss der 11. Klasse des allgemeinbildenden Sekundarunterrichts. Die Ausbildung erstreckt sich über vier Jahre. Die ersten beiden Jahre sind Teil des technischen Sekundarunterrichts, die mit einer Art Fachabitur für Krankenpflege (Bac technique „Infirmier“) enden. Die beiden letzten Ausbildungsjahre entsprechen ungefähr einer deutschen Fachhochschulbildung. Die Ausbildung endet mit dem Erwerb des BTS (Brevet de technicien supérieur) mit dem Namen „Infirmier responsable de soins généraux“ (Allgemeine Krankenpflegerin bzw. Allgemeiner Krankenpfleger).

Um Zugang zur Krankenpflegehilfe-Ausbildung zu bekommen sind eine positive Empfehlung nach der 9. Klasse und ein bestandener Kompetenzen-Test notwendig. Eine Kommission erstellt daraufhin ein Ranking und wählt die Auszubildenden aus. Die Ausbildung dauert drei Jahre und endet mit dem Erwerb des DAP (Diplôme d'aptitude professionnelle) mit dem Titel „Aide-soignant“ (Krankenpflegehelferin bzw. Krankenpflegehelfer).

Beide Pflegeausbildungen in Luxemburg werden über öffentliche Mittel finanziert. Zuständig für die ersten beiden Jahre der Fachkraft-Ausbildung ist das luxemburgische Bildungsministerium. Die letzten beiden Jahre stehen unter Zuständigkeit des Ministeriums für Hochschulbildung.

3.3.1.4 Pflegeausbildungen in der Wallonie und in der DG Belgien

In Belgien sind die Sprachgemeinschaften für die Ausbildungen zuständig. Jedoch gibt es keine grundlegenden Unterschiede in den Ausbildungen, sodass sich die Ausbildungssysteme in den Pflegberufene in der Wallonie und in der DG Belgien im Wesentlichen vergleichbar darstellen. Auf der Fachkraft-Ebene kann zwischen einem Pflegestudium an einer Hochschule, welches mit einem Bachelor-Abschluss (Diplôme d'infirmier bachelier) endet, und dem ergänzenden berufsbildenden Sekundarunterrichts unterschieden werden. Letzterer stellt eher eine schulische Ausbildung dar und endet mit dem Erwerb des Brevet d'infirmier hospitalier. In der DG Belgien werden beide Qualifizierungswege an Hochschulen angeboten, in der Wallonie kann das Brevet ebenfalls an Hochschulen oder an Instituten, die vergleichbar mit deutschen Berufsfachschulen sind, erworben werden. Ein Mindestalter von 18 Jahren sowie die Hochschulzugangsberechtigung (Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur, CESS) nach 12 Jahren allgemeiner Schulbildung sind zwingende Voraussetzung. Die Qualifizierung dauert drei Jahre. Nach einem erfolgreichen Abschluss des ersten Studien- bzw. Ausbildungsjahres ist eine Registrierung als Pflegehelferin bzw. Pflegehelfer möglich.

Auch die Pflegehelfer-Ausbildung ist in der DG Belgien an Hochschulen verortet, in der Wallonie an Sekundarschulen (meist Instituts Provincial d'Enseignement de Promotion Social). Die Ausbildungsdauer beträgt in der Regel ein Jahr. In der DG kann zudem in eineinhalb Jahren eine Doppelqualifikation als „Familien- und Seniorenhelfer/in“ und „Pflegehelfer/in“ erworben werden.

Finanziert wird das Ausbildungssystem über öffentliche Mittel und Einschreibe- bzw. Semestergebühren der Studierenden. Als Zielgruppe für die Helfer-Ausbildung stehen unter anderem Arbeitslose im Fokus, entsprechend fließen auch Mittel der Arbeitsverwaltung in das Ausbildungssystem. Zuständig für die Pflegeausbildungen sind das Gesundheitsministerium und das Unterrichtsministerium der beiden Sprachgemeinschaften.

3.3.2 Methodische Vorbemerkungen

Die Unterschiede in den Ausbildungssystemen der sechs Teilgebiete der Großregion erschienen nicht als so fundamental, dass ein Vergleich von Daten zum Ausbildungsgeschehen nicht möglich ist. Zumindest für die Fachkraft-Ausbildungen existieren EU-weit gültige Mindeststandards. Für den Themenbereich Ausbildung wurden die Anzahl der Auszubildenden sowie die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen in den sechs Teilregionen der Großregion recherchiert. Für die Pflegeberufe der Kategorien 1 (Führungskräfte), 2 (Pflegefachkräfte) und 3 (Pflegehelferinnen und Pflegehelfer) lagen dazu differenzierte Angaben in offiziellen Statistiken vor bzw. konnten bei Behörden oder direkt bei den ausbildenden (Hoch-)Schulen abgefragt werden. Ein Problem ergab sich mit der Vergleichbarkeit innerhalb der Kategorie 1: Die rheinland-pfälzischen und saarländischen Studiengänge qualifizieren nur zum Teil für eine Führungstätigkeit in der Pflege, ein Großteil zielt auf den Erwerb einer pflegepädagogischen Qualifikation. Die Mehrzahl der Absolventinnen und Absolventen werden also als Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen tätig, arbeiten im Bereich der Fort- und Weiterbildung oder im wissenschaftlichen Bereich. In den nicht-deutschen Teilregionen finden sich in der Kategorie Pflegekräfte, die Führungspositionen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einnehmen.

Vergleichbarkeit innerhalb der Kategorie 1 ist damit kaum gegeben. Darum wurde die Entscheidung getroffen, die Ergebnisse nicht in den vorliegenden Bericht einfließen zu lassen. Der Fokus wird im Folgenden auf die Kategorien 2 und 3 gerichtet. Die Entwicklung der Absolventenzahl wird seit dem Jahr 2000 abgebildet. Die Zahl der Auszubildenden wurde ab dem Jahr 2010 recherchiert. Aufgrund von Datenlücken in der rheinland-pfälzischen Schulstatistik in den Jahren davor erscheint eine längere Zeitreihe nicht sinnvoll.¹⁵

Die Daten für Rheinland-Pfalz stammen aus der jährlichen Schulstatistik, die vom Statistischen Landesamt Rheinland-Pfalz erstellt wird. Die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen staatlich anerkannter Weiterbildungen wurden vom Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung übermittelt. Die Daten für das Saarland stammen ebenfalls aus der jährlichen Schulstatistik und wurden dem Projektteam vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes zur Verfügung gestellt. Zahlen für Lothringen stammen von der Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), die regelmäßig Befragungen der Ausbildungsstätten durchführt. Ausbildungsdaten für Luxemburg stammen vom Lycée technique pour professions de santé (LTPS), der einzigen Pflegeschule im Großherzogtum. Die Daten für die Wallonie wurden von Etnic (Entreprise publique des Technologies nouvelles de l'Information et de la Communication) übermittelt, einer öffentlichen Einrichtung, die digitale, telefonische und statistische Unterstützung in der französischsprachigen Gemeinschaft Belgiens leistet. In der DG Belgien liegen keine detaillierten Statistiken für den Bereich der Pflegeausbildungen bzw. –studiengänge vor. Entsprechend sind Daten von der IBA-Netzwerkpartnerin aus der Teilregion direkt bei den Hochschulen mit pflegebezogenen Studiengängen erhoben worden.

Probleme und Herausforderungen ergaben sich an mehreren Stellen: Sowohl in Rheinland-Pfalz als auch im Saarland wird die Anzahl der Personen, die einen staatlich anerkannten Weiterbildungskurs absolvieren, nicht erfasst. Um diese Personen – analog zu den anderen Teilregionen – zur Zahl der Auszubildenden in Kategorie 2 addieren zu können, wäre eine Primärerhebung bei den Weiterbildungsstätten notwendig gewesen. Darauf ist aufgrund des unverhältnismäßig hohen Aufwandes verzichtet worden. Infolgedessen werden die Ausbildungszahlen für die deutschen Teilregionen im Vergleich zu den nicht-deutschen leicht unterschätzt, weil die Pflegekräfte in Weiterbildung nicht mitgezählt werden.

In der Schulstatistik des Saarlandes konnte bei der Schülerzahl in den Altenpflegeschulen nicht zwischen Altenpflegerinnen und Altenpflegern auf der einen und Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfern auf der anderen Seite unterschieden werden. Da die beiden Berufe unterschiedlichen Kategorien zugeordnet sind, war auch hier eine Primärerhebung notwendig, um differenziertere Daten zu erhalten. Wie die Hochschulen sind also auch die saarländischen Altenpflegeschulen im Frühjahr 2014 gebeten worden, einen Kurzfragebogen auszufüllen. Alle Schulen haben sich an der Erhebung beteiligt.

Darüber hinaus konnten zum Teil keine vollständigen Zeitreihen abgebildet werden. Für Lothringen fehlten Absolventenzahlen für das Jahr 2001, und auch für das Saarland und die Wal-

¹⁵ Die Pflegeschulen in Rheinland-Pfalz sind erst seit dem Schuljahr 2010/2011 verpflichtet, an der Erhebung zur Schulstatistik teilzunehmen.

lonie sind die Zeitreihen lückenhaft. In Rheinland-Pfalz liegen Informationen zu Weiterbildungsabschlüssen erst ab dem Jahr 2007 vor. Das neueste Jahr, für das vollständige Daten zu Auszubildenden vorliegen, ist das Jahr 2011. Die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen kann auch für das Jahr 2012 vollständig abgebildet werden.

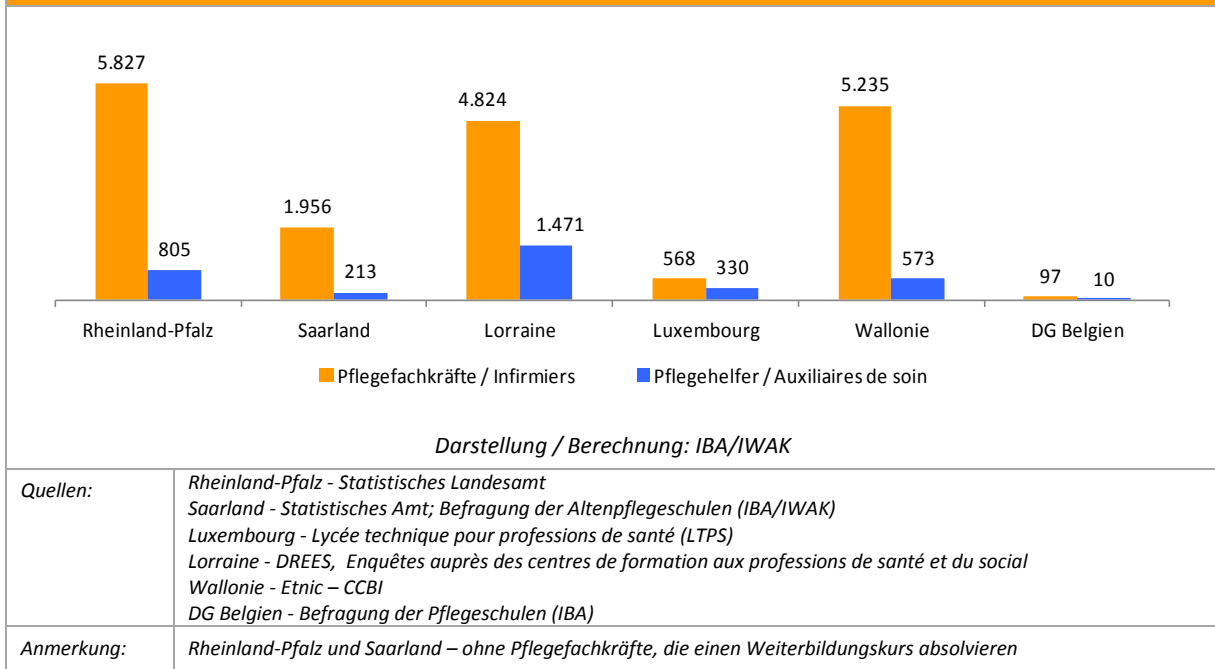
3.3.3 Ergebnisse

Im folgenden Ergebniskapitel werden zunächst Absolutzahlen zur Ausbildungssituation in den sechs Teilgebieten des Kooperationsraums präsentiert. Nach der aktuellen Zahl der Auszubildenden wird die Entwicklung der Zahl der Absolventinnen und Absolventen einer Pflegeausbildung im Zeitverlauf betrachtet. Es folgt eine vergleichende Darstellung des Ausbildungsgeschehens in den Teilgebieten anhand zweier Indikatoren.

Im Jahr 2011 befanden sich in der Großregion insgesamt 21.909 Personen in einer Ausbildung zur Pflegefachkraft oder zur Pflegehelferin bzw. zum Pflegehelfer oder in einer Weiterbildung bzw. Spezialisierung. Ausbildung findet in allen sechs Teilregionen statt. In Rheinland-Pfalz gab es mit 6.632 Personen die meisten Auszubildenden, was knapp einem Drittel aller Auszubildenden in der Großregion entspricht (30,3%), gefolgt von Lothringen mit 6.295 Personen (28,7%). In der Wallonie sind es 5.808 (26,5%), im Saarland 2.169 Auszubildende (9,9%). In den kleineren Teilregionen Luxemburg und DG Belgien absolvieren derzeit 898 (4,1%) bzw. 107 Personen (0,5%) eine Pflegeausbildung.

In Abbildung 9 ist die Anzahl der Auszubildenden im Jahr 2011 differenziert nach Pflegefachkräften und Pflegehelferinnen und Pflegehelfern dargestellt. Eine Fachkräfte-Ausbildung absolvieren in Rheinland-Pfalz 5.827 Personen, in der Wallonie 5.235 Personen und in Lothringen 4.824 Personen. In den anderen Teilregionen sind die Ausbildungszahlen deutlich niedriger. Im Saarland befinden sich 1.956 Personen in einer Ausbildung, in Luxemburg 568 und in der DG Belgien 97. In die Gruppe der angehenden Pflegefachkräfte sind auch die Personen einbezogen, die eine Weiterbildung oder Spezialisierung anstreben. Zu letzteren liegen für die deutschen Teilregionen keine Daten vor, deshalb wird die Gesamtzahl der Auszubildenden in Rheinland-Pfalz und im Saarland unterschätzt. In Luxemburg machen Pflegefachkräfte in Weiterbildungen knapp 12% (66 Personen) aus, in der Wallonie immerhin 8% (441 Personen) und in Lothringen 2% (98 Personen). In den deutschen Teilregionen ist wiederum zwischen Auszubildenden in der Altenpflege und Auszubildenden in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege zu unterscheiden: In Rheinland-Pfalz befanden sich im Jahr 2011 etwa 39% der angehenden Pflegefachkräfte in einer Altenpflegeausbildung. Im Saarland waren es 30%. Auch wenn weniger Altenpflegefachkräfte als Krankenpflegefachkräfte ausgebildet werden, hat der Anteil der Altenpflegerinnen und Altenpfleger zwischen 2010 und 2012 zugenommen.

Abb. 9: Anzahl der Auszubildenden in den Pflegeberufen 2011

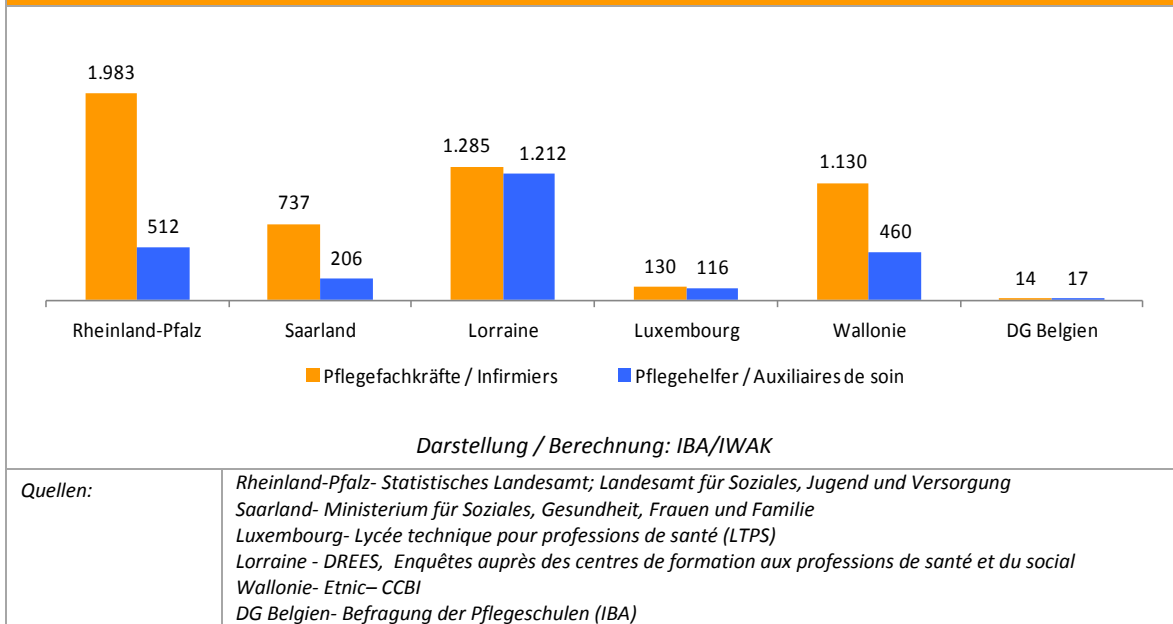


Während in Rheinland-Pfalz, im Saarland und in der Wallonie vor allem Pflegefachkräfte ausgebildet werden, ist der Anteil der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Lothringen und insbesondere in Luxemburg auffallend hoch. Unter den Auszubildenden zur Pflegehelferin bzw. zum Pflegehelfer in den deutschen Teilregionen befinden sich mehr als sieben von zehn in einer Ausbildung zur Altenpflegehelferin bzw. zum Altenpflegehelfer. Die Krankenpflegehilfe-Ausbildung hat im Vergleich zur Altenpflegehilfe-Ausbildung an Bedeutsamkeit verloren. In Lothringen, wo ebenfalls mehrere Ausbildungen subsummiert wurden, stellen die Auszubildenden zur bzw. zum Aide-soignant knapp acht von zehn Auszubildenden. Die übrigen absolvieren eine Ausbildung zum bzw. zur Auxiliaire de puériculture oder Aide médico-psychologique.

Die Unterschiede der Auszubildendenzahlen zwischen Fachkräften und Helferinnen und Helfern lassen sich teilweise dadurch erklären, dass die Fachkraftausbildung drei Jahre dauert, die Helferausbildung im Allgemeinen nur ein Jahr. Betrachtet man die jährlichen Absolventenzahlen, reduziert sich die Differenz zwischen den beiden Kategorien zum Teil deutlich. Die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen (siehe unten) zeigt auch, dass die Aide-soignants in Lothringen eine besondere Bedeutung haben. Auf 1.285 Absolventinnen und Absolventen der Fachkraft-Ausbildung kamen im Jahr 2012 fast ebenso viele Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (1.212 Personen). Auch in Luxemburg und in der DG Belgien strömten im Jahr 2012 in etwa gleich viele Helferinnen und Helfer wie Fachkräfte neu auf den Arbeitsmarkt. In den beiden deutschen Bundesländern und in der Wallonie sind die Absolventenzahlen bei den Fachkräften dagegen deutlich höher als bei den Helferinnen und Helfern. Beispielsweise kamen in Rheinland-Pfalz im Jahr 2012 auf 1.983 Pflegefachkräfte 512 Pflegehelferinnen und –helfer.

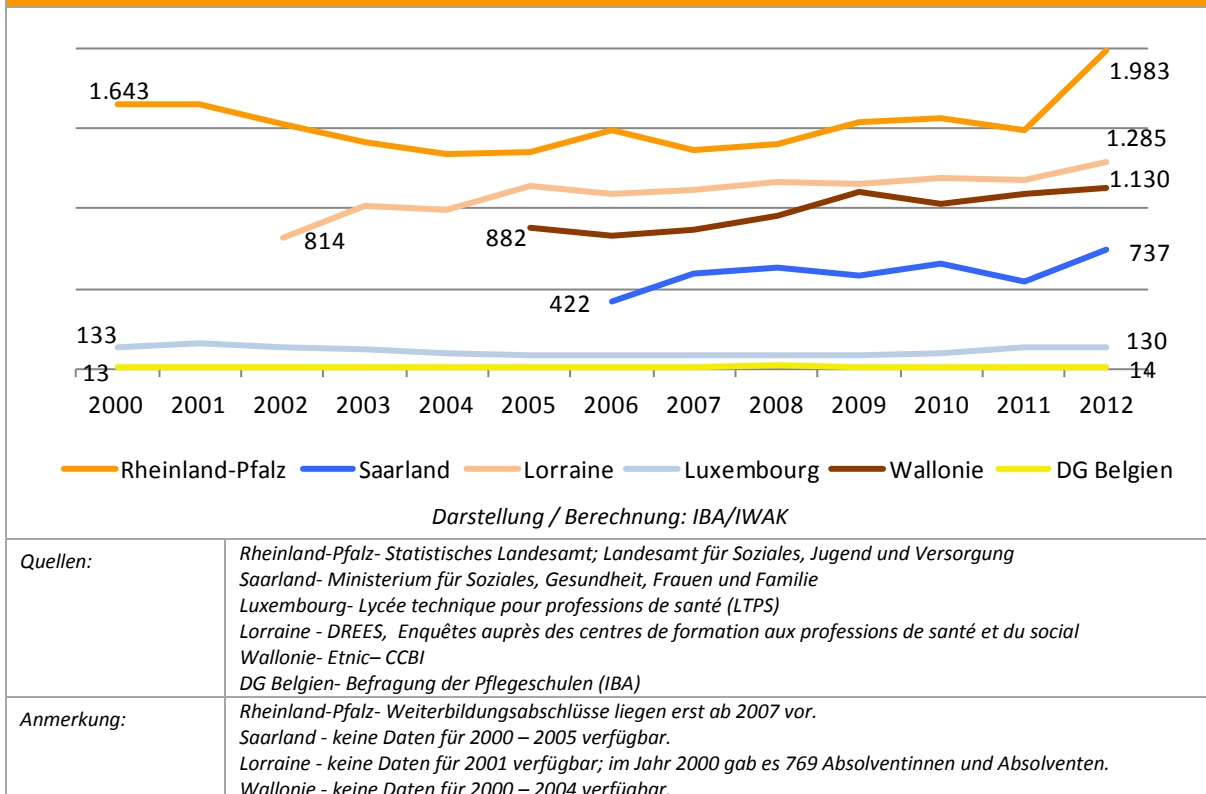


Abb. 10: Anzahl der Absolventinnen und Absolventen im Jahr 2012



Im Zeitverlauf bleiben die Absolventenzahlen bei den Pflegefachkräften in Luxemburg und in der DG Belgien seit dem Jahr 2000 auf gleichem Niveau. In Lothringen, in der Wallonie und im Saarland steigt ihre Zahl recht kontinuierlich. In Rheinland-Pfalz sind sie zwischen 2001 und 2004 gesunken und seither leicht bzw. ab dem Jahr 2011 stark angestiegen. Dabei variiert die Zahl der Absolventinnen und Absolventen der Altenpflegeausbildung zwischen 427 und 637 Personen. Der Rückgang Anfang der 2000er Jahre ist auf sinkende Absolventenzahlen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege zurückzuführen.

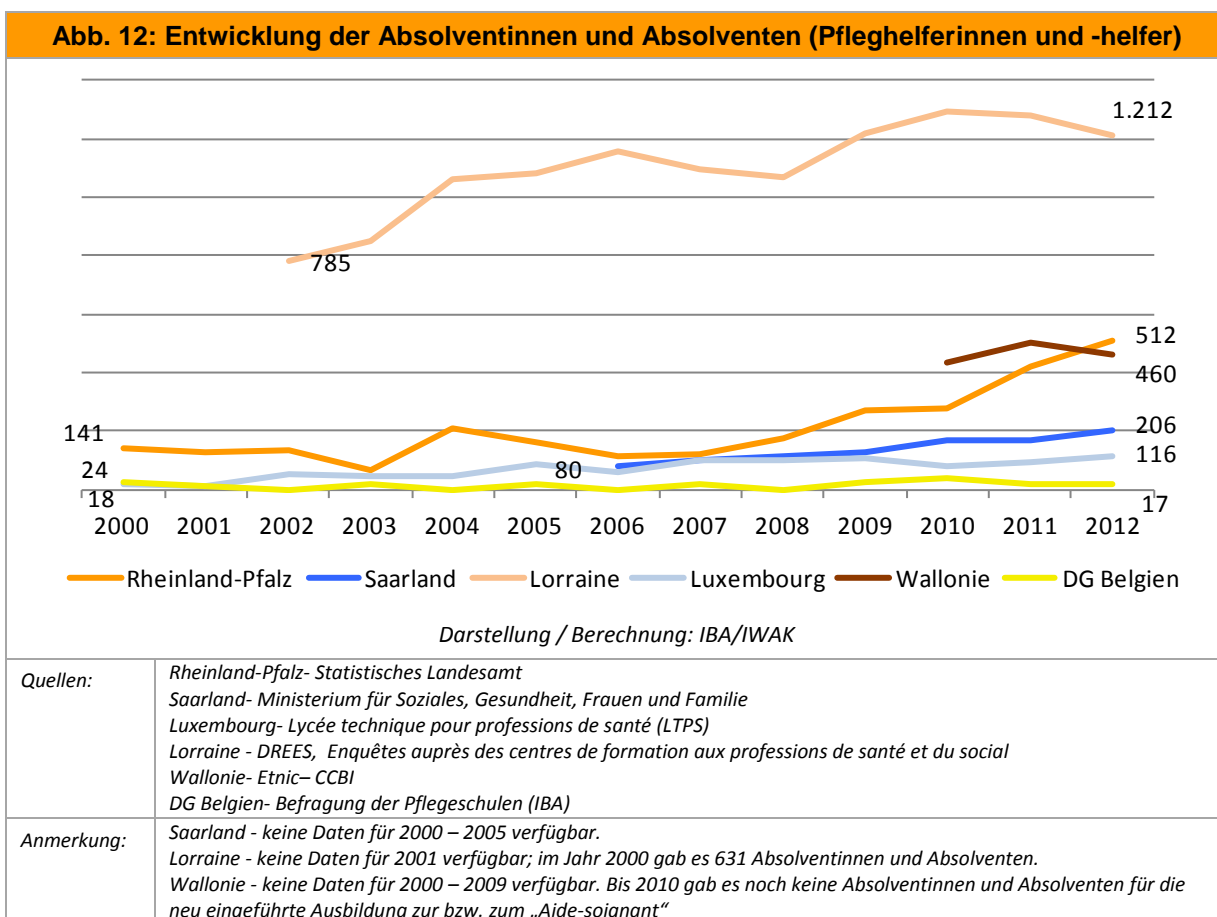
Abb. 11: Entwicklung der Absolventinnen und Absolventen (Pflegefachkräfte)





Für die Helferberufe zeigt sich in den meisten Teilgebieten ein starker Anstieg der Absolventenzahl. In Rheinland-Pfalz ist die Entwicklung auf eine Ausweitung der Altenpflegehilfeausbildung zurückzuführen, die Krankenpflegehelferinnen und -helfer machten im Jahr 2012 nur noch 20% der Absolventinnen und Absolventen in der Kategorie 3 aus. Zu Beginn der Zeitreihe im Jahr 2000 waren es noch 90%. Im Saarland sind sowohl die Altenpflegehilfe- als auch die Krankenpflegehilfeausbildung seit dem Jahr 2006 stark ausgeweitet worden. Gut sechs von zehn Personen im Jahr 2012 waren Absolventinnen und Absolventen der Altenpflegehilfeausbildung.

Auch in Luxemburg und in Lothringen standen im Jahr 2012 deutlich mehr Absolventinnen und Absolventen zur Verfügung als zu Beginn der Zeitreihe. In Luxemburg haben im Jahr 2000 lediglich 18 Aide-soignants ihre Ausbildung beendet, im Jahr 2012 waren es 116. In Lothringen ist die Zahl der Absolventinnen und Absolventen aller Qualifikationen gestiegen, die in die Kategorie 3 eingruppiert sind. In der Wallonie ist die Zeitreihe zu kurz, als dass eine Entwicklungstendenz erkennbar ist. Die Absolventinnen und Absolventen der Pflegehelfer-Ausbildung wurden vor dem Jahr 2010 nur gemeinsam mit Absolventinnen und Absolventen der „Auxiliaire familial et sanitaire“-Ausbildung ausgewiesen. In der DG Belgien bleiben die Absolventenzahlen – wie bei den Fachkräften – im Zeitverlauf recht konstant.



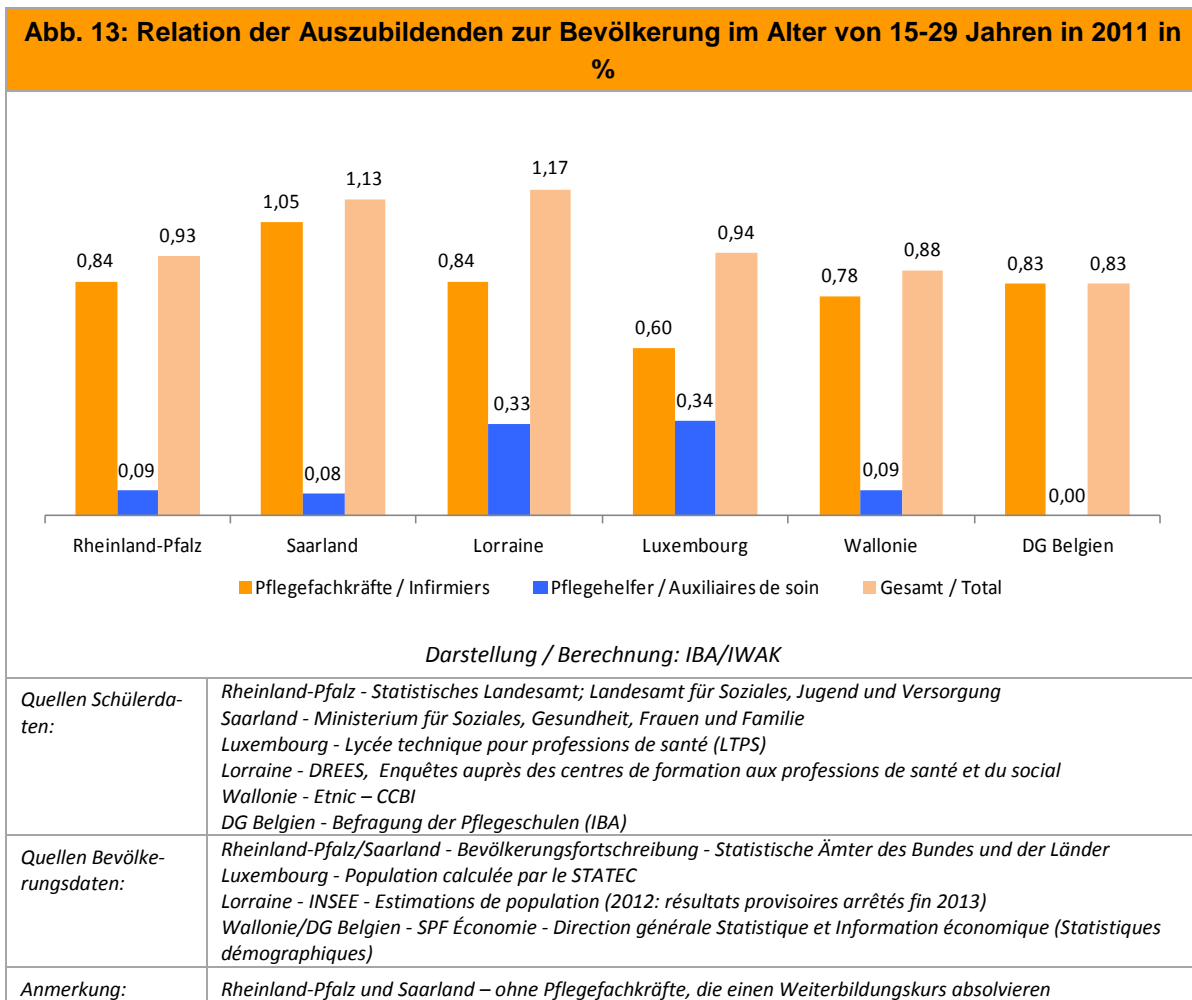
Um die Relevanz der Pflegeausbildung in den sechs Teilregionen vergleichend gegenüber zu stellen, wurden die oben präsentierten Auszubildenden- und Absolventenzahlen im nächsten Schritt in Relation zur jüngeren Bevölkerung bzw. zum Beschäftigtenstand gesetzt. Abbildung 13 zeigt das Verhältnis von Auszubildenden in einer Fachkraft- oder Helferausbildung zur Zahl



der 15- bis 29-jährigen Bevölkerung in der jeweiligen Region. Dadurch wird verdeutlicht, wie viele junge Menschen sich für eine Ausbildung in einem Pflegeberuf entschieden haben.

Unterschiede zwischen den sechs Teilregionen zeigen sich sowohl auf der Fachkraft- als auch auf der Helfer-Ebene. In einer Pflegefachkraft-Ausbildung befanden sich im Saarland im Jahr 2011 1,05% aller 15- bis 29-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner. In Rheinland-Pfalz, Lothringen und der DG Belgien liegt der Anteil zwischen 0,83% und 0,84%. In der Wallonie liegt der Anteil mit 0,78% leicht darunter. In Luxemburg befand sich mit knapp 0,60% der jüngeren Bevölkerung ein geringerer Teil in einer Ausbildung zur Pflegefachkraft.

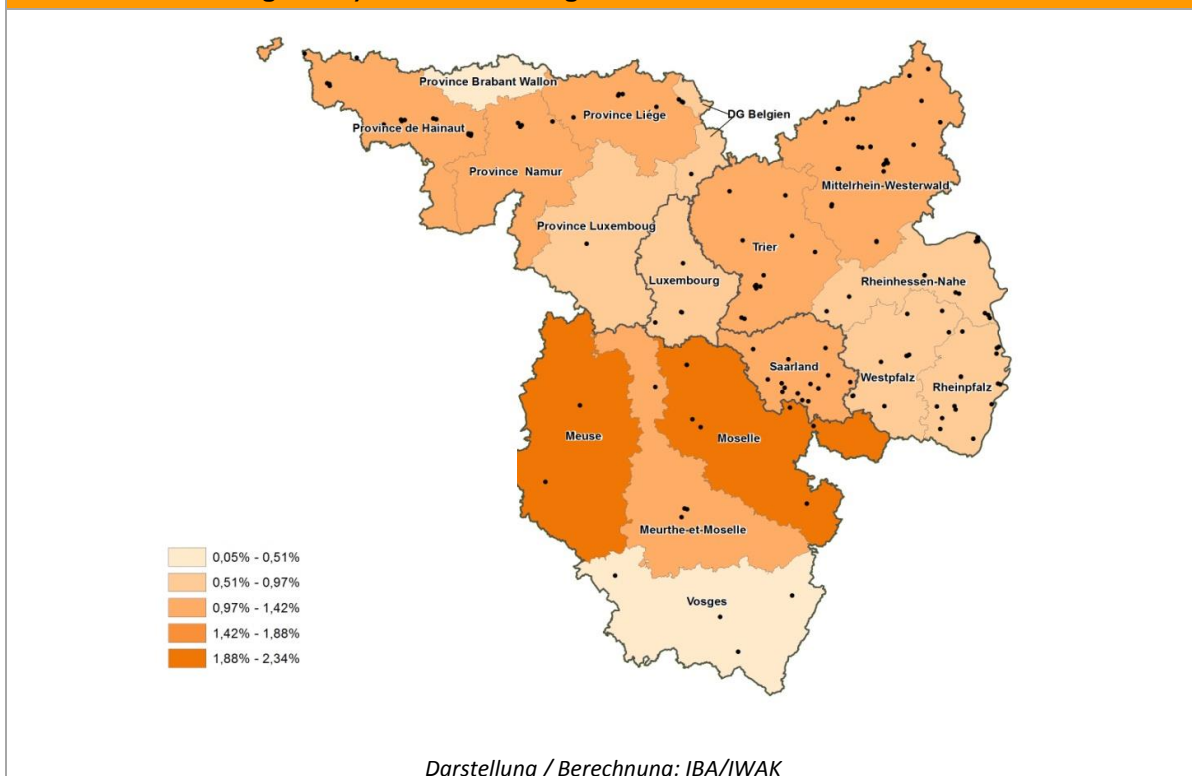
Ein anderes Bild ergibt sich für die Pflegehelferinnen und Pflegehelfer. Diese Ausbildung erscheint in Luxemburg und Lothringen attraktiver für junge Menschen als in den anderen Teilgebieten der Großregion. Luxemburg erreicht mit 0,34% den höchsten Anteil, gefolgt von Lothringen mit 0,33%. Die Anteile in Rheinland-Pfalz, in der Wallonie und im Saarland liegen bei 0,09% bzw. 0,08%.



Betrachtet man die Kategorien 2 (Pflegefachkräfte) und 3 (Pflegehelferinnen und Pflegehelfer) gemeinsam und auf kleinräumiger Ebene, dann sind die Pflegeausbildungen insbesondere in den lothringischen Departments Meuse und Moselle attraktiv für die jüngere Bevölkerung. Dort befanden sich im Jahr 2011 mehr als 2% der 15- bis 29-Jährigen in einer Pflegeausbildung.

Auch im Department Meurthe-et-Moselle ist der Anteil mit 1,42% noch recht hoch. Im Saarland absolvierten 1,13% eine Pflegeausbildung, in den rheinland-pfälzischen Versorgungsgebieten Trier und Mittelrhein-Westerwald sowie den wallonischen Provinzen Hainaut und Namur liegt der Anteil nur noch bei gut 1%. In allen anderen Regionen befinden sich anteilmäßig weniger junge Menschen in einer Pflegeausbildung. Die nachfolgende kartografische Darstellung zeigt, dass die Relationen nur bedingt mit dem Standort der Ausbildungsstätten zusammenhängen: Schulstandorte existieren praktisch flächendeckend, Informationen zur Größe der Schulen liegen allerdings nicht vor.

Abb. 14: Relation der Auszubildenden (Pflegefachkräfte sowie Pflegehelferinnen und -helfer insgesamt) zur Bevölkerung im Alter von 15-29 Jahren in 2011 in %



Darstellung / Berechnung: IBA/IWAK

Quellen Schülerdaten:	Rheinland-Pfalz - Statistisches Landesamt; Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Saarland - Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Luxembourg - Lycée technique pour professions de santé (LTPS) Lorraine - DREES, Enquêtes auprès des centres de formation aux professions de santé et du social Wallonie - Etnic – CCBI DG Belgien - Befragung der Pflegeschulen (IBA)
Quellen Bevölkerungsdaten:	Rheinland-Pfalz/Saarland - Bevölkerungsfortschreibung - Statistische Ämter des Bundes und der Länder Luxembourg - Population calculée par le STATEC Lorraine - INSEE - Estimations de population (2012: résultats provisoires arrêtés fin 2013) Wallonie/DG Belgien - SPF Économie - Direction générale Statistique et Information économique (Statistiques démographiques)
Anmerkung:	Rheinland-Pfalz und Saarland – ohne Pflegefachkräfte, die einen Weiterbildungskurs absolvieren

Das Verhältnis der Auszubildenden zu den jüngeren Menschen in den Teilregionen kann als ein Indikator interpretiert werden, der Aufschluss über die Größe des Ausbildungsangebots im regionalen Vergleich gibt. Darüber hinaus deutet der Indikator an, wie attraktiv die Pflegeausbildungen sind, da die bereitgestellten Ausbildungsplätze ja erst mal besetzt werden müssen. Interessant ist darüber hinaus, wie stark die Ausbildungsbemühungen in Relation zum Beschäftigtenstand ausfallen. Um dies abzubilden, wurde die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen zur Anzahl der Beschäftigten ins Verhältnis gesetzt. Damit wird deutlich, um wie

viel Prozent sich der Beschäftigtenstand theoretisch innerhalb eines Jahres durch neu ausgebildete Pflegekräfte erweitert.¹⁶

Betrachtet man zunächst Pflegefachkräfte und Pflegehelferinnen und –helfer gemeinsam, so ist die Ausbildungsintensität in Lothringen und im Saarland am höchsten. In der französischen Teilregion entspricht die Absolventenzahl im Jahr 2011 6,0% des Beschäftigtenstandes, im Saarland sind es 6,1%. Rheinland-Pfalz liegt mit 4,8% etwas dahinter, gefolgt von der DG Belgien (3,7%). In der Wallonie (3,1%) und in Luxemburg (2,6%) sind die Absolventenzahlen in Relation zu den Beschäftigten am niedrigsten.

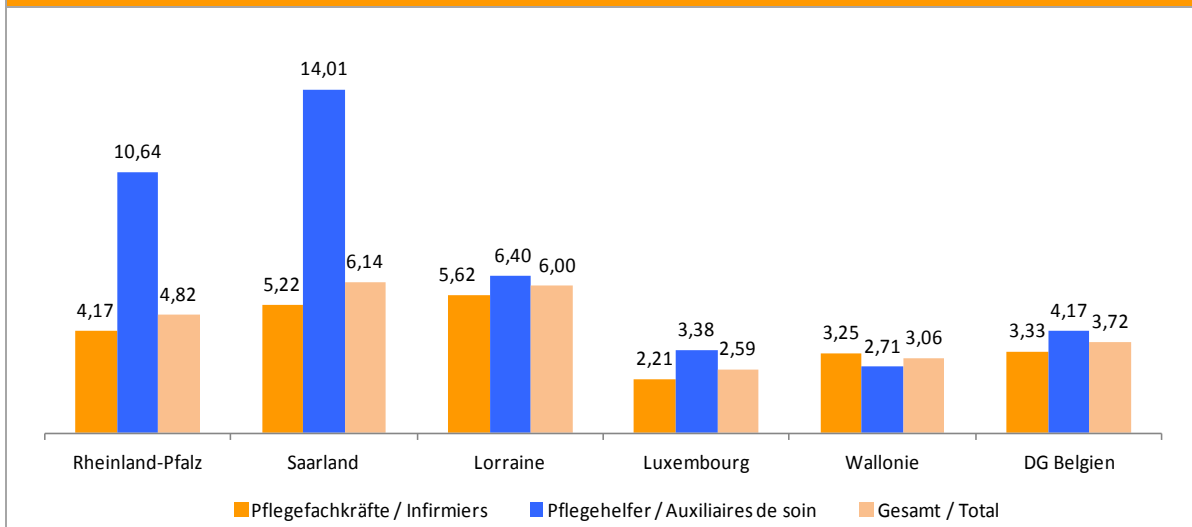
Fokussiert man auf die Gruppe der Pflegefachkräfte, ist die Ausbildungsintensität in Lothringen (5,6%) am höchsten, gefolgt vom Saarland (5,2%) und von Rheinland-Pfalz (4,2%) (siehe Abb. 15). In der DG Belgien und der Wallonie entsprechen die Absolventinnen und Absolventen des Jahres 2011 jeweils etwa 3,3% des Beschäftigtenstandes. In Luxemburg hat sich der Beschäftigtenstand lediglich um 2,2% erneuert.

Für die Pflegehelferinnen und –helfer ergibt sich ein anderes Bild: Bezogen auf den Beschäftigtenstand sind die Absolventenzahlen in den deutschen Teilregionen mit Abstand am höchsten. Im Saarland hat sich der Beschäftigtenstand im Jahr 2011 theoretisch um 14,0% erweitert, in Rheinland-Pfalz um 10,6%. In Lothringen betrug der Anteil 6,4%, in der DG Belgien 4,2%. In Luxemburg (3,4%) wurden im Verhältnis zum Beschäftigtenstand mehr Pflegehelferinnen und -helfer ausgebildet als in der Wallonie (2,7%).

Womöglich sind die hohen Ausbildungsquoten in den deutschen Teilregionen eine Reaktion auf einen steigenden Fachkräftebedarf vor allem in den Pflegeheimen und ambulanten Diensten. Weil nicht ausreichend Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind, könnte versucht werden, Stellen stattdessen mit Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu besetzen. Die Tätigkeitsbereiche für die beiden Gruppen erscheinen in Deutschland – wie in Kapitel 3.2 beschrieben – weniger stark abgegrenzt als in Luxemburg oder Frankreich. Viele pflegerische Tätigkeiten sind nicht alleine Fachkräften vorbehalten und dürfen auch von Pflegehelferinnen und –helfern durchgeführt werden. Hinzu kommt, dass die Zugangsvoraussetzungen zu einer Helferausbildung in Deutschland niedrig sind, was das Potential an Personen erhöht, die für eine Ausbildung in Frage kommen. Nach Abschluss der Helfer-Ausbildung sind gute Möglichkeiten zur Weiterqualifizierung zur Fachkraft gegeben. Insofern könnte die hohe Ausbildungsintensität eine Strategie sein, um möglichst viele Pflegekräfte für den heimischen Arbeitsmarkt zu gewinnen.

¹⁶ Wie viele der Absolventinnen und Absolventen tatsächlich eine Beschäftigung in der Region aufnehmen und wie viele dies nicht tun bleibt ebenso unberücksichtigt wie die Zu- und Abwanderung von Arbeitskräften aus bzw. in andere Regionen.

Abb. 15: Relation der Absolventinnen und Absolventen zu den Beschäftigten in den Pflegeberufen in 2011* in %

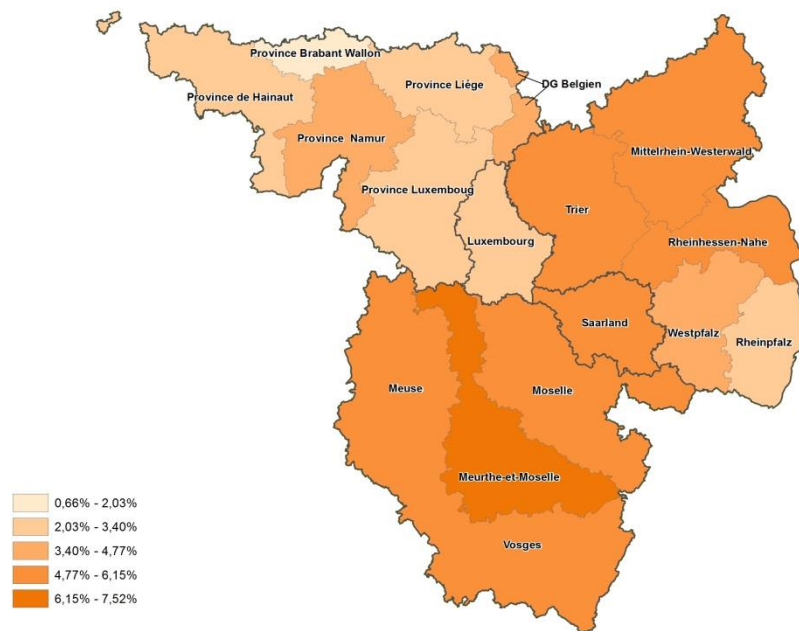


Darstellung / Berechnung: IBA/IWAK

Quellen Absolventendaten:	Rheinland-Pfalz- Statistisches Landesamt; Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Saarland- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Luxembourg- Lycée technique pour professions de santé (LTPS) Lorraine - DREES, Enquêtes auprès des centres de formation aux professions de santé et du social Wallonie- Etnic- CCBI DG Belgien- Befragung der Pflegeschulen (IBA)
Quellen Beschäftigtendaten:	Rheinland-Pfalz- Statistisches Landesamt – Pflegestatistik, Krankenhausstatistik, Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Saarland-Statistisches Amt – Pflegestatistik, Krankenhausstatistik, Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Luxembourg -Ministère de la Santé Lorraine - INSEE – recensement de population 2010 Wallonie-SPF Santé publique DG Belgien-Ministerium der DG
Anmerkung:	*2011 - Daten für Lorraine sind aus dem Jahr 2010. Keine Beschäftigtendaten für 2011 verfügbar.

Im kleinräumigen Vergleich (siehe kartografische Darstellung in Abb. 16) tritt das lothringische Department Meurthe-et-Moselle besonders hervor. Hier hat sich der Beschäftigtenstand innerhalb eines Jahres theoretisch um 7,5% erweitert. Auch im Saarland (6,1%) und in den weiteren Departments Lothringens (5,7% bis 5,9%) liegt die Quote deutlich höher als in den anderen Gebieten der Großregion. In Rheinland-Pfalz ist die Ausbildungsintensität in den Versorgungsgebieten Rheinhessen-Nahe (5,3%), Trier (5,1%) und Mittelrhein-Westerwald (4,9%) besonders hoch.

Abb. 16: Relation der Absolventinnen und Absolventen (Pflegefachkräfte sowie Pflegehelferinnen und -helfer) zu beschäftigten Pflegekräften in 2011* in %



Darstellung / Berechnung: IBA/IWAK

Quellen Absolventendaten:	Rheinland-Pfalz- Statistisches Landesamt; Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Saarland- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Luxembourg- Lycée technique pour professions de santé (LTPS) Lorraine - DREES, Enquêtes auprès des centres de formation aux professions de santé et du social Wallonie- Etnic - CCBI DG Belgien- Befragung der Pflegeschulen (IBA)
Quellen Beschäftigtendaten:	Rheinland-Pfalz- Statistisches Landesamt – Pflegestatistik, Krankenhausstatistik, Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Saarland –Statistisches Amt – Pflegestatistik, Krankenhausstatistik, Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Luxembourg – Ministère de la Santé Lorraine – INSEE – recensement de population 2010 Wallonie–SPF Santé publique DG Belgien –Ministerium der DG
Anmerkung:	* Daten für Lorraine sind aus dem Jahr 2010. Keine Beschäftigtendaten für 2011 verfügbar.

3.3.4 Fazit

Die Ausbildungssysteme für Pflegekräfte in den Teilgebieten der Großregion unterscheiden sich recht deutlich. Zum Teil sind die Ausbildungen zur Pflegefachkraft und zur Pflegehelferin bzw. zum Pflegehelfer im tertiären Bildungssektor, zum Teil im sekundären Bildungssektor an Berufsfachschulen verortet. Auch die Zulassungsvoraussetzungen zur Ausbildung, die Ausbildungsabschlüsse und die Dauer der Ausbildung variieren. Nichtsdestotrotz erscheinen die Daten zum Ausbildungsgeschehen geeignet für einen grenzüberschreitenden Vergleich.¹⁷

Bei diesem Vergleich wurde zunächst deutlich, dass die Ausbildungszahlen in den vergangenen Jahren in den deutschen Teilgebieten, in Lothringen und in der Wallonie stark angestiegen

¹⁷ Inwieweit die Ausbildungen inhaltlich vergleichbar sind, ist im Projekt nicht untersucht worden. Die Ausbildungen auf der Fachkräfteebene sollten allerdings vergleichbar sein, da es EU-weit gültige Mindeststandards für die Ausbildung in der „Allgemeinen Krankenpflege“ gibt. Grundlage ist die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

sind. In der DG Belgien blieben die Ausbildungszahlen seit dem Jahr 2000 weitgehend konstant, in Luxemburg ist lediglich die Helfer-Ausbildung ausgeweitet worden. Die Zahl der jüngeren Menschen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren, die sich für eine Pflegeausbildung entschieden haben, ist insbesondere in Lothringen, aber auch in den beiden deutschen Teilgebieten hoch. Die Tatsache, dass es gelungen ist, die Zahl der Auszubildenden selbst im Saarland und in Lothringen, wo die Zahl der 15- bis 29-Jährigen im Gegensatz zu den anderen Regionen seit dem Jahr 2000 rückläufig ist, stark zu steigern, spricht dafür, dass Potentiale im Ausbildungsbereich liegen, die zur Fachkräftesicherung genutzt werden können. Auch der Indikator „Absolventinnen und Absolventen zu Beschäftigten“ zeigt, dass die Ausbildungsintensität in Lothringen am höchsten ist. Obwohl aufgrund anderer Formen von Arbeitsteilung in den Pflegesektoren in Lothringen (siehe Kap. 3.5.2.2) weniger Pflegefachkräfte benötigt werden, wird mehr ausgebildet als in den anderen Teilgebieten der Großregion.

Eine Möglichkeit, die Attraktivität der Pflegeausbildungen und die Mobilität von Pflegekräften in der Großregion zu steigern, stellen grenzüberschreitende Kooperationen dar. Schon derzeit gibt es vielfältige Kooperationsbeziehungen zwischen Schulen, Hochschulen, Weiterbildungsinstituten und Krankenhäusern. Auszubildende absolvieren mitunter einen Teil ihrer Ausbildung, beispielsweise ein Praktikum, in einem anderen Teilgebiet der Großregion. Oder sie verlassen ihre Herkunftsregion, um in einer anderen Teilregion zu studieren (siehe beispielhaft Kap. 3.6.4.2 für französische Studierende in der Wallonie). Auszubildende sind also zum Teil schon mobil. Eine Steigerung der Mobilität könnte hilfreich sein, wenn es darum geht, den Bedarf an Pflegekräften in der Großregion zu decken. Bisher wird der Ausbildungsbereich – ebenso wie Strategien zur Fachkräftesicherung – praktisch ausschließlich auf teilregionaler Ebene gesteuert. Die Mobilität von (angehenden) Pflegekräften wird dabei kaum berücksichtigt. Perspektivisch könnte das Ausbildungsgeschehen, vor allem das Angebot und die Finanzierung von Ausbildungsplätzen, stärker auf großregionaler Ebene geplant werden. Ideen für eine solche vertiefte grenzüberschreitende Kooperation werden in Kapitel 4 als Gestaltungsansätze für den Pflegearbeitsmarkt der Großregion beschrieben.

3.4 Arbeitslosigkeit

Ziel des folgenden Kapitels ist es, Zahlen zur Arbeitslosigkeit von Pflegekräften in den Teilregionen der Großregion zu präsentieren und zu untersuchen, inwieweit Arbeitslosigkeit in der Pflege ein bedeutsames Phänomen ist. Wenn es gelingt, arbeitslosen Pflegekräften den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben zu ermöglichen, kann dadurch ein Beitrag zur Fachkräftesicherung geleistet werden. Zunächst werden methodische Aspekte beschrieben, anschließend folgen der Ergebnisteil und ein Fazit.

3.4.1 Methodische Vorbemerkungen

Arbeitslosigkeit wurde für Pflegekräfte der Kategorien 2 (Pflegefachkräfte) und 3 (Pflegehelferinnen und –helfer) untersucht. Arbeitslose Pflegehilfskräfte (Kategorie 4) konnten nicht einbezogen werden, da entweder keine Daten verfügbar waren (Wallonie) oder die Kategorie 4 nicht von Kategorie 3 differenziert werden konnte (Rheinland-Pfalz, Saarland, DG Belgien). Zudem ist die Zuordnung in die Kategorie 4 über die Daten der Arbeitsverwaltungen schwierig, da die

Ausübung der Tätigkeit als Pflegehilfskraft keine spezifische Ausbildung oder sonstige Qualifikation voraussetzt. Die Zahl der tatsächlich für eine Tätigkeit als Pflegehilfskraft zur Verfügung stehenden Arbeitslosen würde so womöglich überschätzt. Bei den Pflegehelferinnen und Pflegehelfern (Kategorie 3) ergab sich das Problem, dass die vorhandenen Daten für Rheinland-Pfalz, das Saarland und die DG Belgien keine Differenzierung zwischen Pflegehelferinnen und –helfern auf der einen und Pflegehilfskräften auf der anderen Seite zulassen. Die Zahl der arbeitslosen Helferinnen und Helfer in diesen drei Teilregionen wird damit überschätzt. Insgesamt sind die Daten für die Kategorie 3 nicht vergleichbar.

Das verwendete Datenmaterial für **Rheinland-Pfalz** und das **Saarland** basiert auf den Informationen der Bundesagentur für Arbeit und bildet den Bestand an Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 2007-2012 ab. Arbeitslose sind nach §§ 16, 119 ff. SGB III arbeitsuchende Personen, die

- vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder nur eine weniger als 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung ausüben,
- eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung suchen und
- dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters zur Verfügung stehen, also arbeitsfähig und -bereit sind.
- Zusätzlich ist eine persönliche Arbeitslosmeldung bei einer Agentur für Arbeit erforderlich.

Die Arbeitslosendaten werden nach der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) auf 5-Steller-Ebene ausgewiesen. Eine Identifikation der Einzelberufe ist für Pflegehelferinnen und –helfer und un- und angelernte Pflegehilfskräfte wie oben beschrieben nicht möglich. Die Daten geben Auskunft über den angestrebten Zielberuf der Person bzw. deren Hauptberufswunsch, unabhängig von einer möglicherweise absolvierten Berufsausbildung. Der Zielberuf kann sich während der Meldedauer verändern.

Die Arbeitslosendaten für **Lothringen** basieren auf Informationen von Pôle Emploi und bilden die Arbeitsuchenden (Demandeurs d'emploi) zum 31.12. für die Jahre 2010-2013 ab. Es handelt sich um bei Pôle Emploi registrierte Personen, für die am letzten Tag des Monats noch eine Anfrage läuft. Arbeitsuchende Personen sind in Frankreich auch solche, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben. Die Veröffentlichung der Zahlen erfolgt differenziert nach den folgenden Kategorien:

- Kategorie A: Arbeitsuchende, die dazu angehalten sind, aktiv nach Arbeit zu suchen und arbeitslos sind;
- Kategorie B: Arbeitsuchende, die dazu angehalten sind, aktiv nach Arbeit zu suchen und eine Teilzeit-Tätigkeit von bis zu 78 Stunden pro Monat ausüben;
- Kategorie C: Arbeitsuchende, die dazu angehalten sind, aktiv nach Arbeit zu suchen und eine Teilzeit-Tätigkeit von mindestens 78 Stunden pro Monat ausüben;
- Kategorie D: Arbeitsuchende, die nicht zur aktiven Arbeitssuche angehalten sind (aufgrund eines Praktikums, einer Schulung, einer Krankheit...) und arbeitslos sind;
- Kategorie E: Arbeitsuchende, die nicht zur aktiven Arbeitssuche angehalten sind und einer Beschäftigung nachgehen (zum Beispiel Personen, deren Arbeitsverhältnis staatlich gefördert wird).

Im Folgenden wird lediglich Kategorie A betrachtet, da diese Daten für Vergleiche mit den Arbeitslosendaten aus den anderen Regionen am ehesten geeignet sind. Die Zahlen werden nach Code métier ROME (Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois) ausgewiesen und können den im Projekt verwendeten Kategorien eindeutig zugeordnet werden. Die Daten geben Auskunft über den angestrebten Zielberuf der bzw. des Arbeitsuchenden (Hauptberufswunsch), unabhängig von der möglicherweise tatsächlich erworbenen Qualifikation oder bisheriger Berufserfahrung.

Das verwendete Datenmaterial für **Luxemburg** basiert auf den Informationen von ADEM (Agence pour le développement de l'emploi) und bildet die Arbeitsuchenden (Demandeurs d'emploi) jeweils im Dezember für die Jahre 2007-2012 ab. Es handelt sich hierbei um Personen, die im Großherzogtum wohnen, die auf der Suche nach einer geeigneten Stelle sind, die nicht an einer (bezahlten oder unbezahlten) Beschäftigungsmaßnahme teilnehmen und die die Auflagen der Arbeitsverwaltung ADEM erfüllt haben. Außerdem dürfen sie zum Zeitpunkt der statistischen Erhebung nicht seit mehr als sieben Tagen krankgeschrieben sein oder sich in Mutterschutz befinden. Die Zahlen werden nach Codes métiers (métiers de la santé) ausgewiesen und können den im Projekt verwendeten Kategorien von Pflegekräften zugeordnet werden. Eine Unschärfe ergibt sich daraus, dass nicht bei allen Arbeitsuchenden der Beruf differenziert erfasst wurde. Es ist daher möglich, dass in der Kategorie 2 (Pflegefachkräfte) Berufe einbezogen sind, die eher in die Kategorie 1 (Führungskräfte) gehören. In Kategorie 3 (Pflegehelferinnen und -helfer) können sich Personen befinden, die keine pflegebezogene Qualifikation mitbringen und deshalb eigentlich der Kategorie 4 (Pflegehilfskräfte) zuzuordnen sind. Damit werden die Arbeitslosenzahlen für Luxemburg womöglich leicht überschätzt.

Die Arbeitslosendaten für die **Wallonie** basieren auf den Informationen von Le Forem (Service public de l'emploi et de la formation en Wallonie) und bilden die nicht beschäftigten Arbeitsuchenden (Demandeurs d'emploi inoccupés - DEI) für die Wallonie ohne die DG Belgien zum 30.06. für die Jahre 2007-2013 ab. Die Kategorie der DEI beinhaltet Personen ohne Beschäftigung, die auf der Suche nach einer Stelle sind und sofort für eine Beschäftigung zur Verfügung stehen. Sie umfasst:

- gemeldete Arbeitsuchende, bei denen es sich um Arbeitslose handelt, die sich nicht in einem Beschäftigungsverhältnis befinden und Arbeitslosenhilfe oder Unterstützung für die berufliche Wiedereingliederung erhalten;
- junge Menschen, die ein Praktikum für die berufliche Eingliederung am Ende des Studiums machen und als Arbeitsuchende ohne Anspruch auf Unterstützung angesehen werden;
- andere Personen, die zwangsweise gemeldet und vorübergehend von der Arbeitslosenhilfe ausgeschlossen sind und Arbeitsuchende, die vom Centre Public d'Action Sociale (C.P.A.S.) unterstützt werden;
- freiwillig gemeldete Arbeitsuchende ohne Beschäftigung, also Personen auf der Suche nach einer Erwerbstätigkeit, die keinen Anspruch auf Arbeitslosenhilfe haben, die jedoch die Dienste der öffentlichen Arbeitsagenturen in Anspruch nehmen können.

Die Zahlen werden nach der Berufenomenklatur REM7 (Répertoire Emplois Métiers) ausgewiesen und erfassen die Arbeitsuchenden nach Hauptberuf (métier principal). Zuordnungsprobleme gab es nicht.

Die Daten für die **DG Belgien** stammen vom Arbeitsamt der DG und bilden die Vollarbeitslosen im Jahresdurchschnitt 2007-2013 (2013: bis September) ab. Arbeitslose sind hier Personen, die ohne Beschäftigung sind, die dem Arbeitsmarkt unmittelbar zur Verfügung stehen und aktiv eine Beschäftigung suchen. Die Vollarbeitslosen umfassen folgende vier Gruppen:

- Nicht beschäftigte Arbeitsuchende, die Anspruch auf Arbeitslosen- oder Wartegeld haben, und die eine voll- oder teilzeitige Arbeitsstelle suchen. In dieser Kategorie findet man:
 - Arbeitnehmer, deren Arbeitsvertrag beendet wurde; sie beziehen Arbeitslosengeld auf Grundlage ihrer Arbeitsleistungen;
 - Jugendliche, die im Anschluss an die Berufseingliederungszeit eine Berufseingliederungszulage auf Basis des Studiums oder einer Lehre erhalten;
 - ehemalige Teilzeitbeschäftigte (auf freiwilliger Basis), die nun vollarbeitslos geworden sind.
- Jugendliche Schulabgängerinnen und Schulabgänger: Hier handelt es sich um nicht beschäftigte Jugendliche in der Berufseingliederungszeit nach ihrem Studium. Sie müssen ein Jahr lang eingeschrieben sein, bevor sie Anrecht auf Berufseingliederungszulage haben.
- Sonstige (verpflichtend eingetragene) Arbeitsuchende: Unter diese Kategorie fallen im Wesentlichen:
 - Arbeitslose, die zeitweilig vom Bezug des Arbeitslosengeldes ausgeschlossen wurden (während der Dauer des Ausschlusses)
 - vom öffentlichen Sozialhilfezentrum eingetragene Personen
- Freiwillig eingetragene Arbeitslose: Hierunter fallen nicht-beschäftigte Arbeitsuchende, die kein Anrecht auf Arbeitslosengeld haben. Sie sind nicht verpflichtet, sich als Arbeitslose einzutragen, können es aber auf freiwilliger Basis tun. Die Einschreibung ist zeitlich befristet und muss daher vom Betroffenen regelmäßig bestätigt werden, wenn sie aufrechterhalten werden soll.

Aufgrund der Unterschiede in Definition und Erfassung der Arbeitslosigkeit ist Vergleichbarkeit zwischen den Arbeitslosenzahlen für die sechs Teilregionen der Großregion nur bedingt gegeben. In Deutschland und Luxemburg dürften die Arbeitslosenzahlen eher überschätzt werden. Dies ist bei der Betrachtung der Ergebnisse zur Anzahl der Arbeitslosen, zur Entwicklung der Arbeitslosigkeit und zu strukturellen Merkmalen zu bedenken.

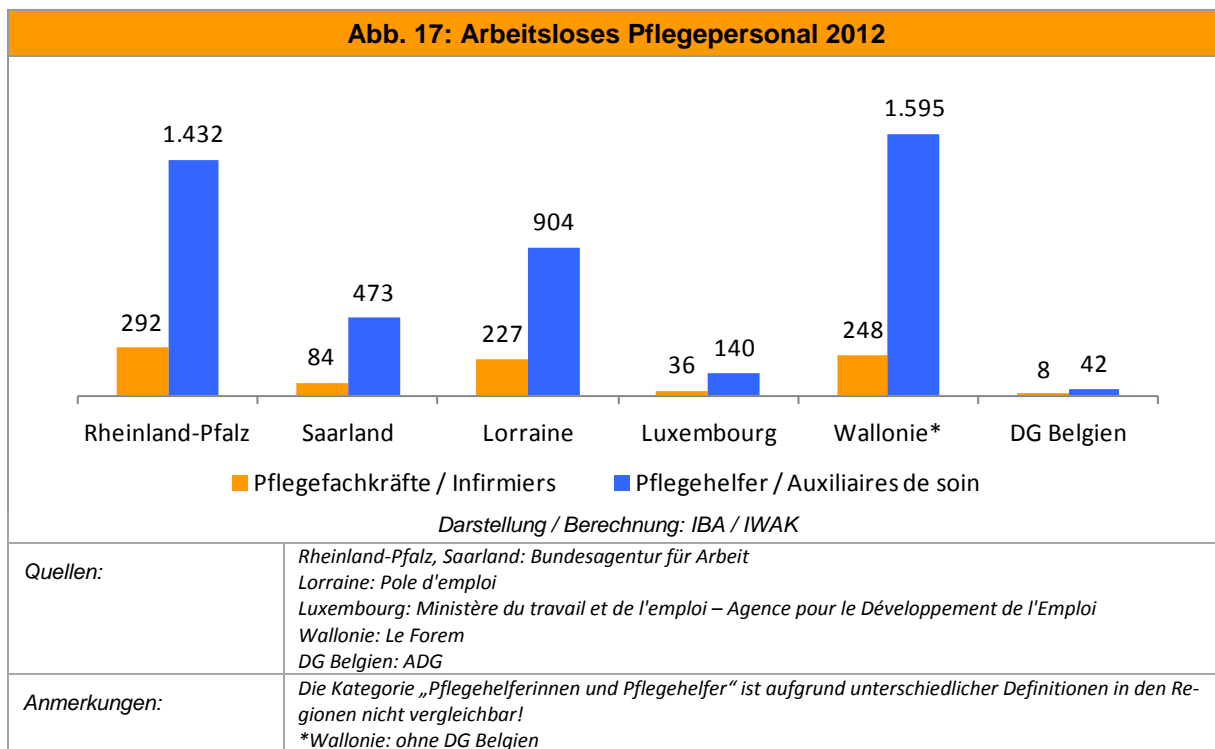
3.4.2 Ergebnisse

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur Arbeitslosigkeit von Pflegekräften in der Großregion beschrieben. Zunächst werden Absolutzahlen zur Arbeitslosigkeit im Jahr 2012 dargestellt, gefolgt von der Entwicklung der Arbeitslosigkeit zwischen 2007 und 2013. Für alle Teilgebiete lagen zudem Informationen zu strukturellen Merkmalen der arbeitslosen Pflegekräfte vor. Abgebildet werden der Frauenanteil, der Anteil an Langzeitarbeitslosen unter den arbeitslosen Pflegekräften und die Altersstruktur.¹⁸

¹⁸ Zu beachten ist, dass hier ausschließlich Daten für die bei den Arbeitsagenturen registrierten Arbeitslosen präsentiert werden können.

3.4.2.1 Anzahl der Arbeitslosen und Entwicklung im Zeitverlauf

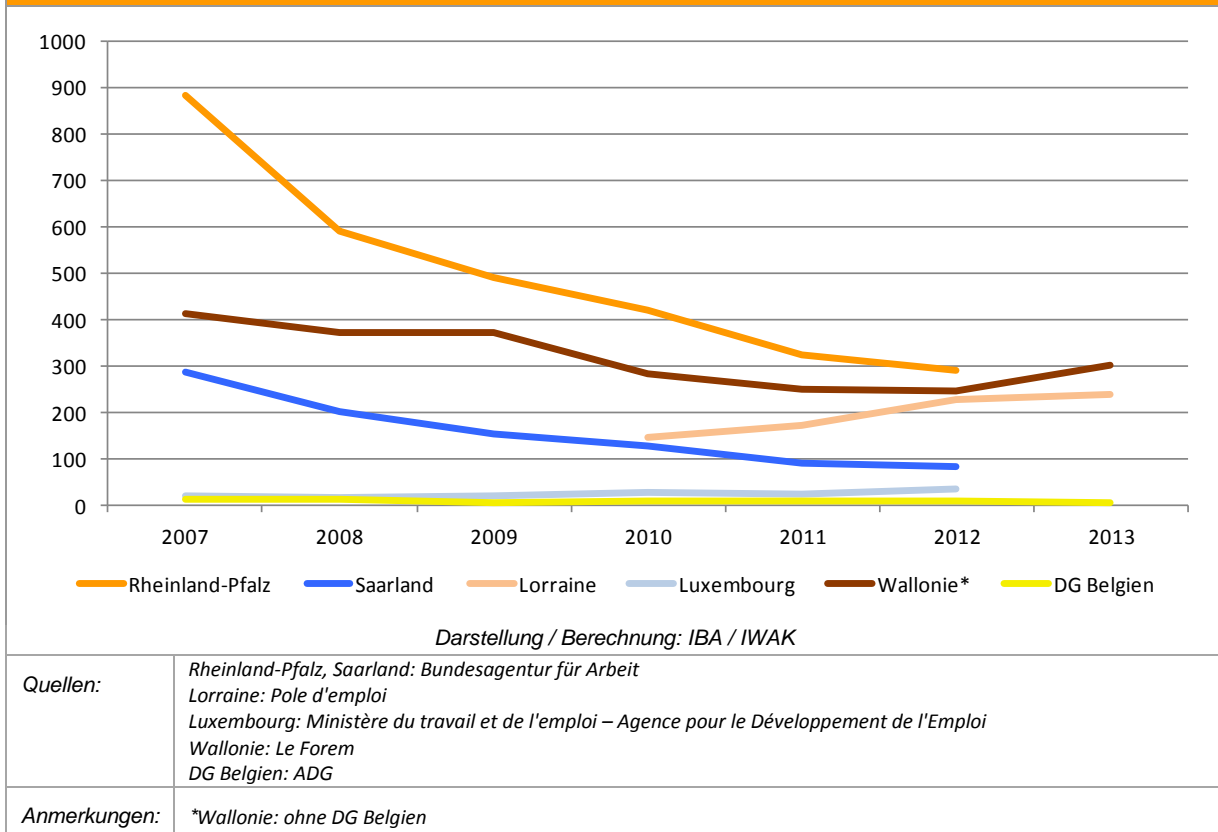
Die Betrachtung der Arbeitslosenzahlen in den Pflegeberufen zeigt, dass die Arbeitslosigkeit in den Helferberufen die der arbeitslosen Pflegefachkräfte in allen Teilgebieten übersteigt. Von einem interregionalen Vergleich der Arbeitslosigkeit in den Helferberufen ist aus methodischen Gründen abzuraten (siehe oben), für die deutschen Teilregionen wird die Arbeitslosigkeit bspw. deutlich überschätzt. Aus den relativ niedrigen Arbeitslosenzahlen in der Kategorie der Pflegefachkräfte wird deutlich, dass (registrierte) Arbeitslosigkeit auf der Fachkräfteebene in keiner der Teilregionen eine große Bedeutung hat. Entsprechend dürften sich unter den Arbeitslosen auch kaum Potentiale für die Deckung des Fachkräftebedarfs finden.



Die Entwicklung der Arbeitslosenzahlen für die Pflegefachkräfte (siehe unten) zeigt für die beiden deutschen Teilregionen jeweils einen enormen und kontinuierlichen Rückgang seit 2007 (Rheinland-Pfalz: -67%, Saarland: -70,6%). In Lothringen ist seit dem Jahr 2010 ein Anstieg der Arbeitslosigkeit festzustellen, der zum einen wohl auf Fusionen und Rationalisierungsbestrebungen im Gesundheitssektor und damit verbundenen Freisetzungen und Einstellungsstopps, zum anderen auf doppelte Absolventenjahrgänge aufgrund der Umstellung des Ausbildungssystems für Pflegefachkräfte zurückzuführen ist. Auch in der Wallonie kam es zu Rationalisierungsprozessen, welche die Entwicklung der Arbeitslosenzahl in der Wallonie seit 2011 erklären könnten: Zwischen 2007 und 2011 ist die Arbeitslosenzahl in der Wallonie noch relativ stark zurückgegangen, im Jahr 2012 fiel der Rückgang schon wesentlich geringer aus, während im Jahr 2013 die Arbeitslosigkeit angestiegen ist. Für Luxemburg und die DG Belgien ist der Blick auf die Entwicklung der Arbeitslosenzahlen wenig aussagekräftig, da die Fallzahlen klein sind.¹⁹

¹⁹ Beispielsweise bedeutet ein Rückgang der arbeitslosen Pflegefachkräfte in der DG Belgien um 46,2%, dass die Arbeitslosenzahl von 13 Personen auf sieben gesunken ist.

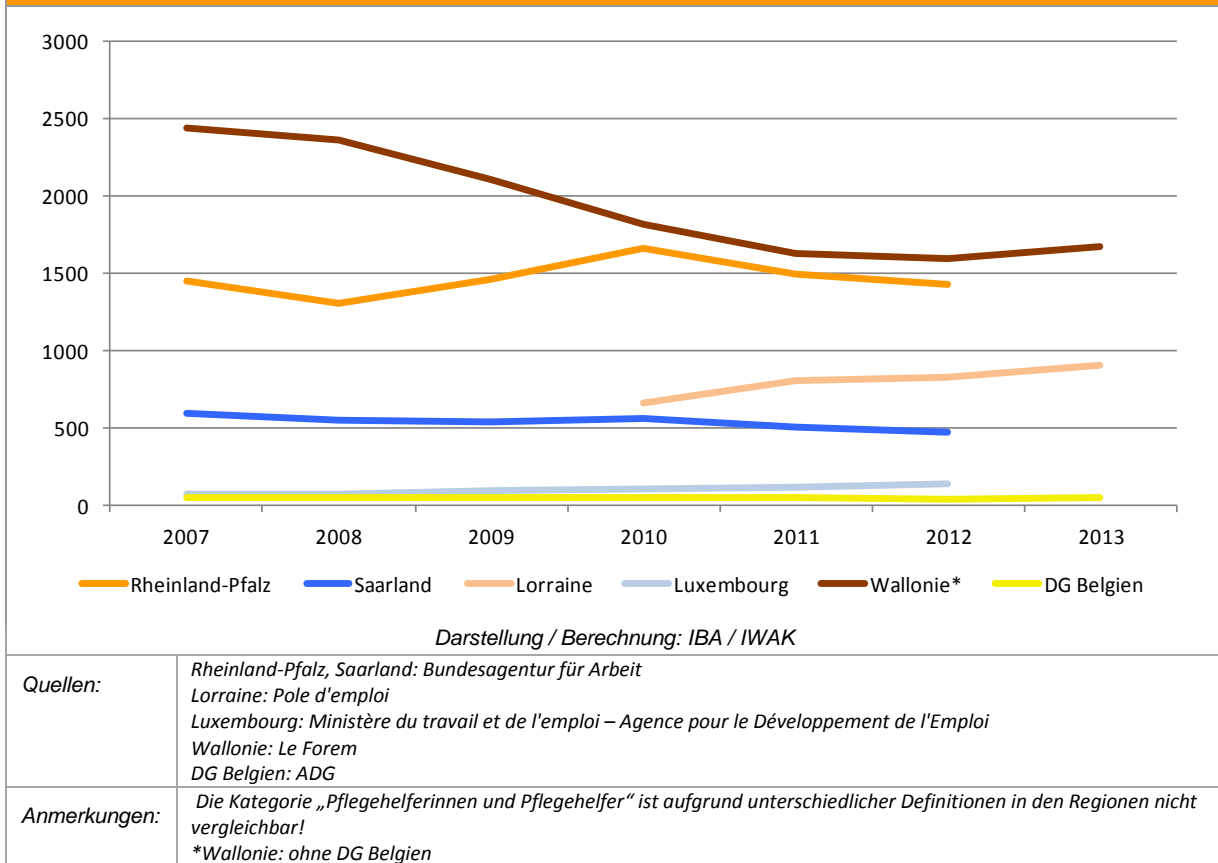
Abb. 18: Entwicklung der arbeitslosen Pflegefachkräfte



Die Arbeitslosigkeit in den Helferberufen (siehe unten) hat sich – außer in der Wallonie, wo sie seit 2007 deutlich gesunken ist – weniger stark entwickelt. In Rheinland-Pfalz lag sie im Jahr 2012 in etwa auf dem gleichen Niveau wie 2007, während im Saarland ein leichter Rückgang zu beobachten war. In Lothringen ist seit dem Jahr 2010 auch ein Anstieg der Arbeitslosigkeit der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer festzustellen. Für Luxemburg und die DG Belgien sind kaum Veränderungen zu erkennen.

Im Vergleich zur Arbeitslosigkeit auf dem Gesamtarbeitsmarkt hat sich die Arbeitslosigkeit von Pflegefachkräften in den beiden deutschen Regionen und der Wallonie seit 2007 deutlicher günstiger entwickelt. Die Zahl arbeitsloser Pflegefachkräfte ist weit stärker zurückgegangen als die Arbeitslosigkeit insgesamt. Für Lothringen lässt sich dagegen feststellen, dass die Arbeitslosenzahlen in der Pflege stärker gestiegen sind als die Gesamtarbeitslosigkeit. Wahrscheinlich ist dies auf das Phänomen von Rationalisierungsbestrebungen im Gesundheitssektor zurückzuführen. Beschäftigung scheint sich aus dem Krankenhaussektor vor allem in den Pflegeheimsektor zu verlagern. Es erscheint allerdings nach Ansicht der beteiligten Expertinnen und Experten eher unwahrscheinlich, dass sich der Trend steigender Arbeitslosenzahlen dauerhaft verfestigt. Im Jahr 2013 stieg die Arbeitslosigkeit der Pflegefachkräfte wesentlich weniger stark an als in den Vorjahren.

Abb. 19: Entwicklung der arbeitslosen Pflegehelferinnen und Pflegehelfer



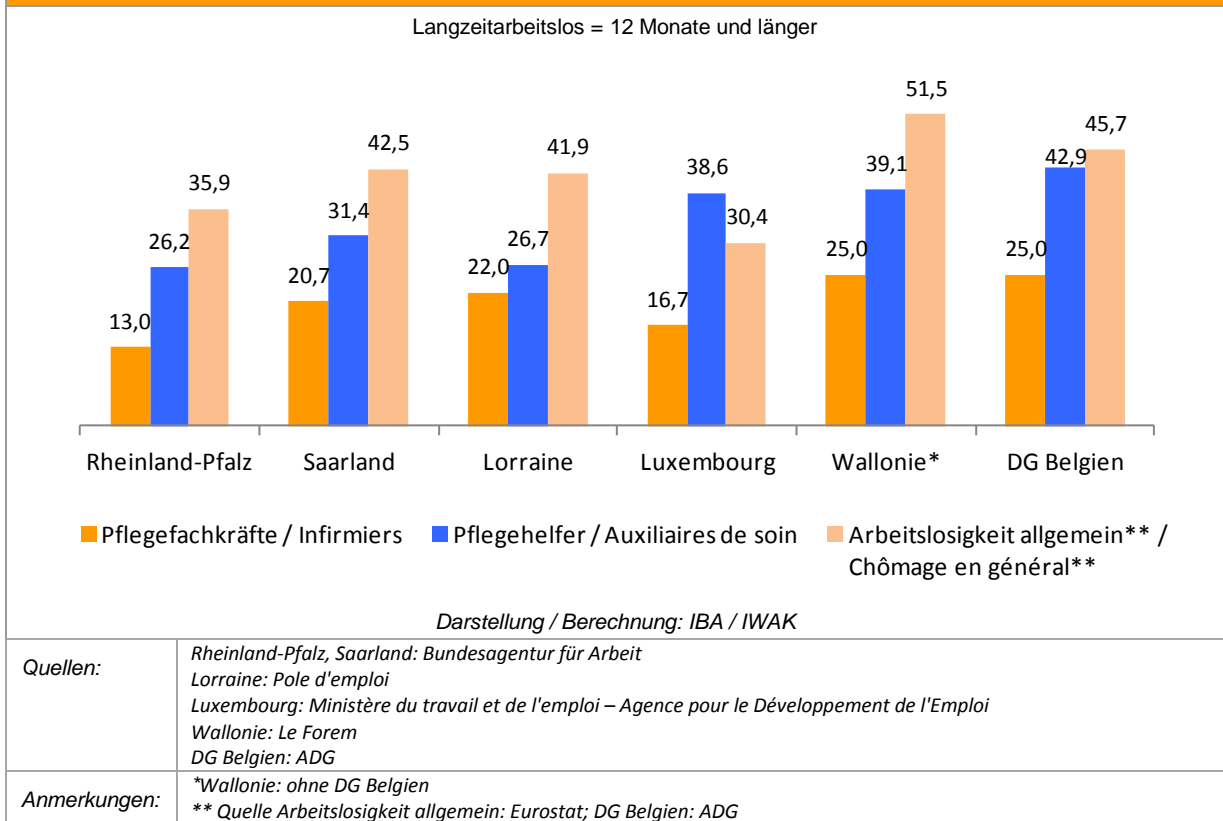
3.4.2.2 Strukturelle Merkmale arbeitsloser Pflegekräfte

Die Pflegeberufe werden in allen Teilregionen überwiegend von Frauen ausgeübt (siehe Kap. 3.5). Je nach Teilregion sind zwischen 81% und 89% der Pflegefachkräfte weiblich. Auch der Anteil der Frauen an den arbeitslosen Pflegefachkräften variiert – wenig überraschend – zwischen 81% und 89%.

Betrachtet man den Anteil der arbeitslosen Pflegekräfte, die länger als zwölf Monate arbeitslos sind (Langzeitarbeitslose), an allen Arbeitslosen, wird deutlich, dass Arbeitslosigkeit von Pflegefachkräften in allen Teilregionen ein eher kurzzeitiges Phänomen ist. Maximal ein Viertel der arbeitslosen Pflegefachkräfte sind Langzeitarbeitslose. Bei den Pflegehelferinnen und Pflegehelfern sind es immerhin bis zu 43% in der DG Belgien. Pflegehelferinnen und Pflegehelfer sind also in wesentlich höherem Maße langzeitarbeitslos als Pflegefachkräfte. Eine Ausnahme ist Lothringen, wo der Unterschied zwischen Pflegefachkräften und –helfern eher gering ist.

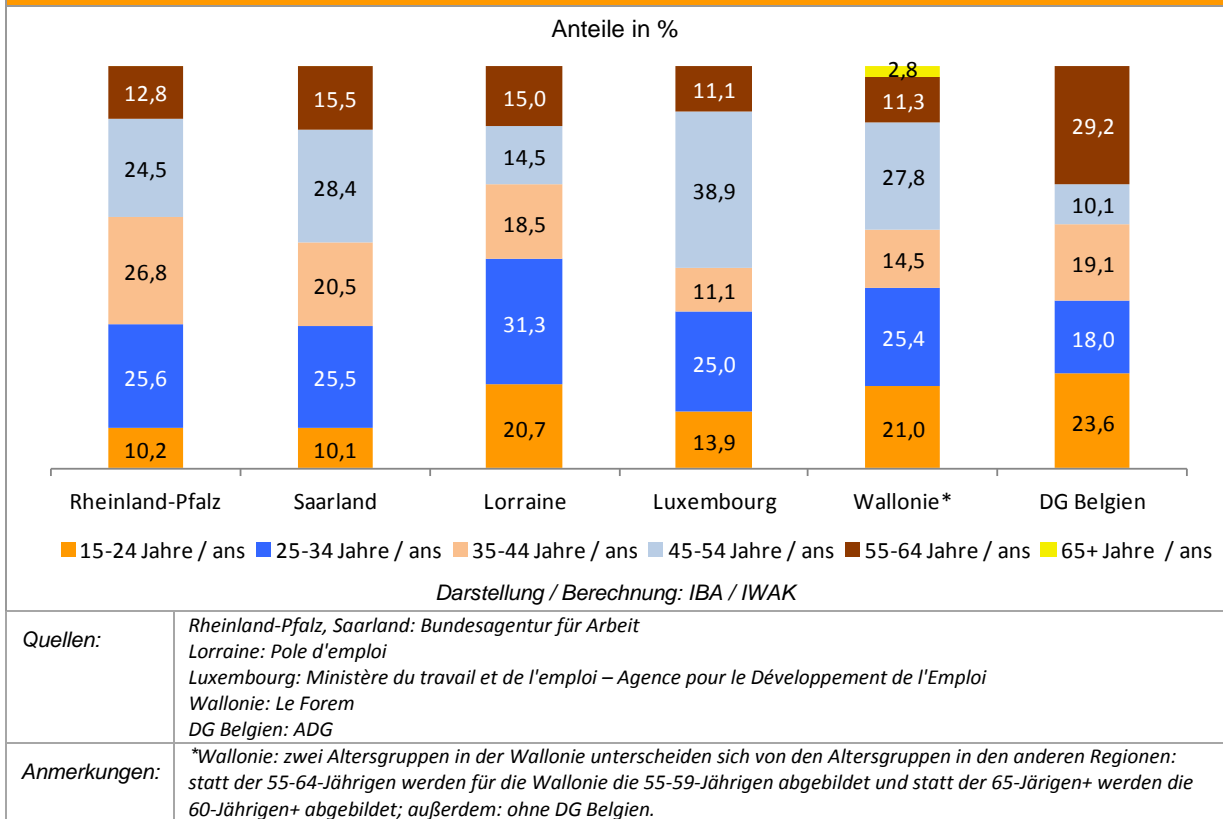
Im Vergleich mit der Arbeitslosigkeit allgemein sind arbeitslose Pflegekräfte weniger oft langzeitarbeitslos als andere Arbeitslose. Eine Ausnahme sind lediglich die Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Luxemburg, die in höherem Maße langzeitarbeitslos sind. Dort ist der Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen jedoch mit 30% auch deutlich geringer als in den anderen Teilregionen.

Abb. 20: Anteil der Langzeitarbeitslosen an den Gesamtarbeitslosen 2012 in %



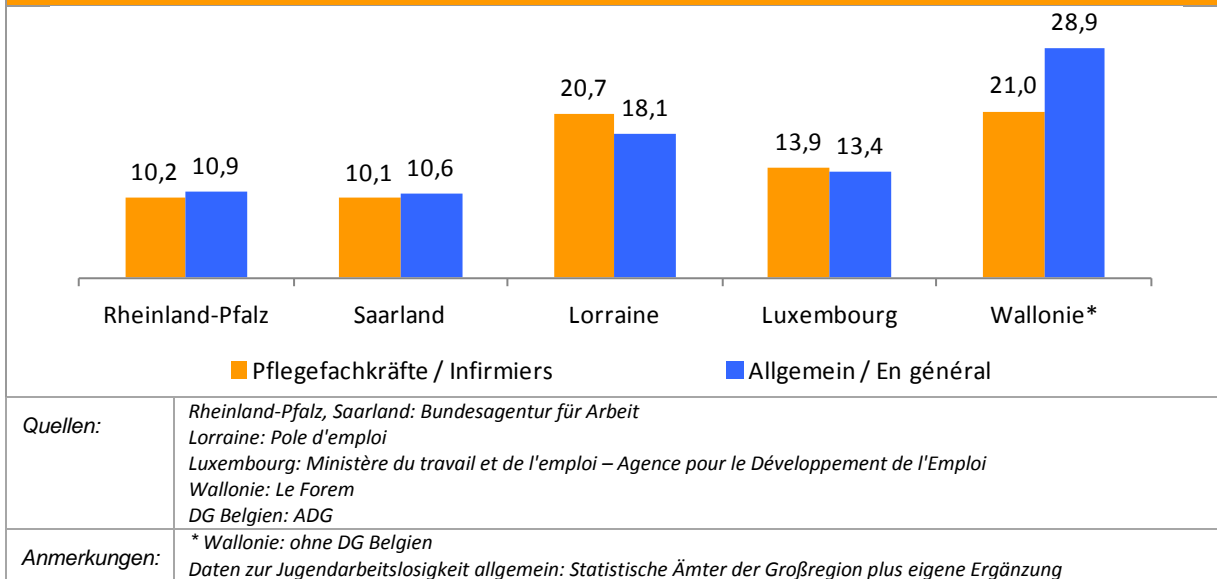
Untersucht man die Altersstruktur der arbeitslosen Pflegefachkräfte, fällt auf, dass der Anteil jüngerer, unter 25-jähriger Personen an den Arbeitslosen in Lothringen (20,7%) und in der Wallonie (21,0%) im Vergleich zu Rheinland-Pfalz (10,2%) und dem Saarland (10,1%) deutlich höher ist. Dafür ist auf der anderen Seite der Anteil der älteren, über 44-jährigen Personen im Saarland (43,9%) und in Rheinland-Pfalz (37,3%) höher als in Lothringen (29,5%). Auch in der Wallonie (41,9%) ist ein großer Teil der arbeitslosen Pflegefachkräfte 45 Jahre und älter. Die Altersverteilungen für Luxemburg und die DG Belgien können aufgrund geringer Fallzahlen nicht interpretiert werden.

Abb. 21: Altersstruktur der arbeitslosen Pflegefachkräfte 2012



Vergleicht man die Anteilswerte der jungen arbeitslosen Pflegefachkräfte im Alter zwischen 15 und 24 Jahren mit den Anteilswerten der jungen Arbeitslosen an der Gesamtarbeitslosigkeit (siehe Abbildung unten), so zeigen sich für die deutschen Teilregionen und für Luxemburg kaum Unterschiede. In Lothringen ist der Anteil der jungen Arbeitslosen in der Pflege mit 20,7% allerdings höher als unter den Arbeitslosen insgesamt. In der Wallonie ist der Anteil der Jüngeren an der Gesamtarbeitslosigkeit zwar um beinahe acht Prozentpunkte höher als in den Pflegefachberufen, allerdings liegt der Anteil der jungen Menschen an den Arbeitslosen dort im Vergleich aller Teilregionen mit 28,9% am höchsten. Der Anteil der jungen Arbeitslosen an allen arbeitslosen Pflegefachkräften liegt auf ähnlichem Niveau wie in Lothringen. Womöglich fällt den Auszubildenden in Lothringen und in der Wallonie der Übergang von Ausbildung ins Erwerbsleben eher schwer, weil die Ausbildung weniger einrichtungsnah erfolgt als beispielsweise in Deutschland. Eine Registrierung bei den Arbeitsagenturen kann den Übergang eventuell erleichtern und wird dadurch stimuliert.

Abb. 22: Anteil der 15-24-Jährigen an den Arbeitslosen (Pflegefachkräfte und allgemein 2012)



3.4.3 Exkurs: Jugendarbeitslosigkeit in der Großregion

An dieser Stelle folgt ein kurzer Exkurs zum Thema Jugendarbeitslosigkeit in der Großregion, da einerseits die Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit einen hohen politischen Stellenwert hat und andererseits junge, arbeitssuchende Menschen ein Potential darstellen, wenn es um die Deckung des aktuellen und zukünftigen Bedarfs an Pflegekräften geht. Die Inhalte des Kapitels sind dem aktuellen IBA-Bericht zur Arbeitsmarktsituation in der Großregion entnommen.²⁰

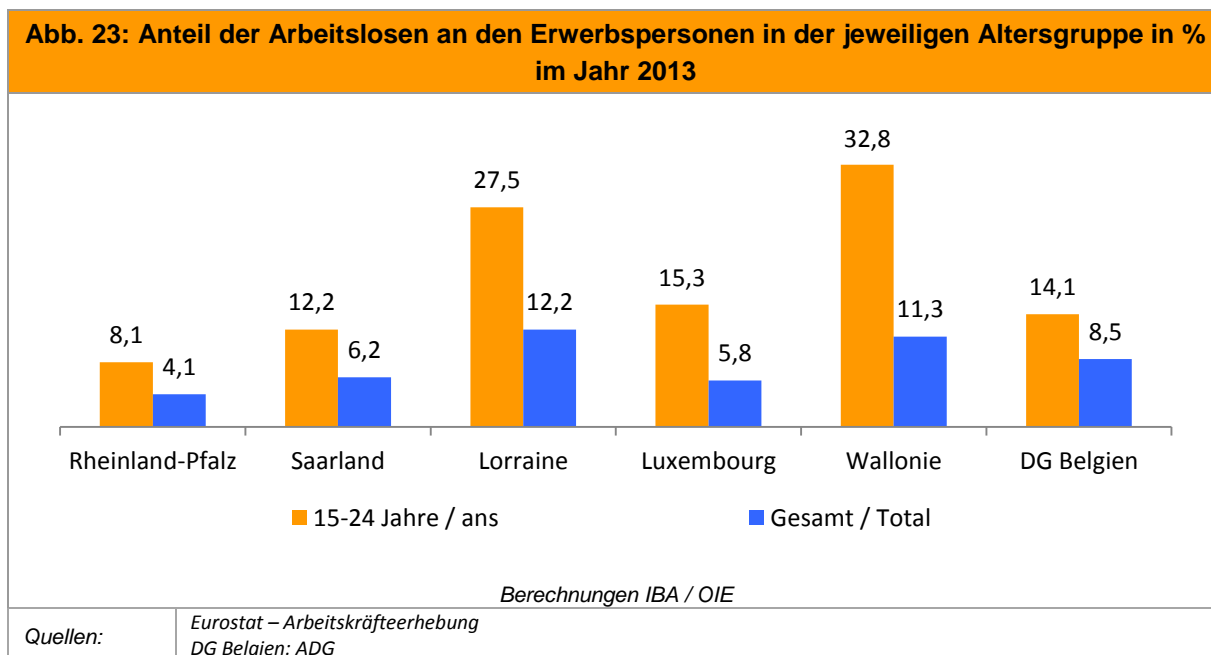
Wie die Daten der nach den ILO-Kriterien harmonisierten EU-Arbeitskräfteerhebung von Eurostat zeigen, waren im Jahr 2013 in der Großregion 102.400 junge Menschen zwischen 15 und 24 Jahren von Arbeitslosigkeit betroffen. Ein großer Teil davon lebte in der Wallonie (42.600 Personen) und in Lothringen (31.500 Personen). In Rheinland-Pfalz waren 19.300 Jugendliche arbeitslos, im Saarland 6.600. Am niedrigsten ist die Anzahl in Luxemburg (2.400 Personen) und in der DG Belgien (600 Personen).

Um einen Vergleich der Jugendarbeitslosigkeit zu ermöglichen, werden Arbeitslosenquoten berechnet. Auf Basis internationaler Vereinbarungen wird dazu die Zahl der Arbeitslosen in Bezug gesetzt zur Zahl der Erwerbspersonen der jeweiligen Personengruppe. Gerade bei den Jugendlichen zeigt die Erwerbsbeteiligung in den einzelnen Teilregionen jedoch sehr große Unterschiede, was sich dementsprechend auch statistisch in der Berechnung der Arbeitslosenquote niederschlägt. Jedoch sind unabhängig von der Berechnungsmethode in allen Teilgebieten der Großregion die Jugendarbeitslosenquoten höher als die Gesamtarbeitslosenquoten. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass junge Menschen von den Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise besonders schwer betroffen sind. Zum anderen gelingt bestimmten Gruppen von jungen Menschen der Zugang zum Arbeitsmarkt, unabhängig von ak-

²⁰ vgl. Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (2014): Die Arbeitsmarktsituation in der Großregion. 9. Bericht der Interregionalen Arbeitsmarktbeobachtungsstelle an den 14. Gipfel der Großregion.

tuellen Entwicklungen, nicht. Im Jahr 2013 waren 18,5% der 15- bis 24-Jährigen in der Großregion arbeitslos. Damit ist die Arbeitslosenquote in dieser Altersgruppe mehr als doppelt so hoch wie die Arbeitslosenquote insgesamt (8,0%).

Zwischen den einzelnen Teilregionen der Großregionen zeigen sich erhebliche Unterschiede. Am höchsten ist die Jugendarbeitslosigkeit in der Wallonie (32,8%) und in Lothringen (27,5%) (siehe Abb. 23). Dagegen ist der Anteil der arbeitslosen 15- bis 24-Jährigen in Rheinland-Pfalz (8,1%) und im Saarland (12,4%) vergleichsweise niedrig. Ebenfalls unterhalb des großregionalen Durchschnitts liegen die Quoten für die DG Belgien (14,1%) und für Luxemburg (15,3%).



Seit dem Jahr 2002 ist die Jugendarbeitslosenquote in der Wallonie um 10,4 Prozentpunkte gestiegen; die Quote ist damals wie heute die höchste im großregionalen Vergleich. In Luxemburg und Lothringen sind die Jugendarbeitslosenquoten zwischen 2002 und 2013 um 8,4 bzw. 7,6 Prozentpunkte gestiegen. Die Jugendarbeitslosigkeit in den beiden deutschen Teilgebieten entwickelte sich seit 2002 hingegen besser als im Durchschnitt der Großregion (Rheinland-Pfalz: +0,3 Pp; Saarland: +1,7 Pp). In der DG Belgien ist die Jugendarbeitslosenquote um 3,7 Prozentpunkte gewachsen.

Womöglich finden sich unter den arbeitslosen jungen Menschen Personen, die Interesse an einer Tätigkeit im Bereich der Pflege mitbringen und unter bestimmten Umständen eine Pflegeausbildung absolvieren würden. Den Fokus auf diese Zielgruppe zu richten, könnte nicht nur zur Deckung des Pflegekräftebedarfs in der Großregion beitragen, sondern auch helfen, das Phänomen der Jugendarbeitslosigkeit zu bekämpfen.

3.4.4 Fazit

Die Arbeitslosenzahlen für Pflegekräfte in der Großregion sind aufgrund unterschiedlicher Definitionen, unterschiedlicher Datenerfassung und aufgrund von Zuordnungsproblemen schwer vergleichbar. Insbesondere die Zahlen für die Pflegehelferinnen und Pflegehelfer sind kaum

interpretierbar. Arbeitslosenzahlen für Pflegefachkräfte sind eher niedrig und seit dem Jahr 2007 rückläufig, mit Ausnahme eines wohl nur temporären Anstiegs in Lothringen und in der Wallonie. Der Frauenanteil unter den Arbeitslosen ist lediglich in Luxemburg etwas höher als der Frauenanteil unter den Beschäftigten. Langzeitarbeitslosigkeit ist kein relevantes Phänomen in den Pflegeberufen, der Anteil der Langzeitarbeitslosen in den Pflegeberufen ist geringer als unter den Arbeitslosen allgemein. Die Altersstrukturdaten der Arbeitslosen zeigen, dass in Lothringen und in der Wallonie eher jüngere Pflegefachkräfte arbeitslos sind als in den deutschen Teilregionen. Womöglich erleichtert das deutsche, einrichtungsnahe Ausbildungssystem den Übergang von der Ausbildung in den Beruf. Davon abgesehen erscheint Arbeitslosigkeit in den Pflegeberufen nicht als ein strukturelles Problem auf dem Pflegearbeitsmarkt der Großregion. Auf dem Gesamtarbeitsmarkt ist allerdings das Phänomen der Jugendarbeitslosigkeit bedeutsam, insbesondere in der Wallonie und in Lothringen. Die Vermittlung in die Pflegesektoren bzw. in die Pflegeausbildungen birgt das Potential, zur Deckung des Pflegekräftebedarfs beizutragen.

3.5 Beschäftigte

Im folgenden Kapitel werden Informationen zu beschäftigten Pflegekräften dargestellt. Dabei wird wiederum auf die Kategorien 2 (Pflegefachkräfte) und 3 (Pflegehelferinnen und Pflegehelfer) fokussiert. Nach methodischen Vorbemerkungen folgt der Ergebnisteil mit Beschäftigtenzahlen für die Jahre 1999 und 2011. Eine Darstellung struktureller Merkmale der Beschäftigten (Frauenanteil, Anteil der Teilzeitbeschäftigten und Altersstruktur) schließt sich an. Darüber hinaus werden sektorenspezifische Informationen zu beschäftigten Pflegekräften präsentiert, die interregionale Unterschiede verdeutlichen. Abgerundet wird das Kapitel mit einem Fazit.

3.5.1 Methodische Vorbemerkungen

Daten zur Beschäftigung von Pflegekräften werden im vorliegenden Bericht für die Jahre 1999 und 2011 abgebildet. Datenquellen sind für **Rheinland-Pfalz** und das **Saarland** die Pflegestatistik, die Angaben zu Beschäftigten in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten enthält, sowie die Krankenhausstatistik und die Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen sich Beschäftigtendaten für den Krankenhaussektor finden. Alle drei Statistiken basieren auf Vollerhebungen mit Auskunftspflicht, die von den Statistischen Landesämtern in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. Abgebildet sind jeweils Beschäftigte nach Einzelberufen, die dann für die Ergebnisaufbereitung zu den Kategorien Pflegefachkräfte und Pflegehelferinnen und –helfer aggregiert wurden.²¹ Sämtliche Statistiken enthalten auch strukturelle Merkmale der Beschäftigten wie das Geschlecht oder den Arbeitszeitumfang. Nicht enthalten sind Angaben zur Altersstruktur. Um diese abzubilden, wurde auf die Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort zurückgegriffen, die von der Bunde-

²¹ Angaben zu Führungskräften (Kat. 1) fehlen für den Krankenhausbereich, da diese in den Statistiken nicht explizit ausgewiesen sind. Auch in der Pflegestatistik können Führungskräfte nicht eindeutig identifiziert werden. Sie sind größtenteils in die Kategorie der Pflegefachkräfte (Kat. 2) integriert. In den nicht-deutschen Teilregionen fällt dagegen mitunter die Identifizierung von un- und angelernten Pflegehilfskräften (Kat. 4) schwer, sodass auch im Themenbereich Beschäftigte die Fokussierung auf Pflegefachkräfte (Kat. 2) und Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Kat. 3) als sinnvoll erachtet wurde.

sagentur für Arbeit vorgehalten wird. Eine Analyse auf der Basis von Einzelberufen war allerdings nicht möglich, die Altersstruktur der Pflegeberufe ließ sich nur auf der Ebene von Berufsordnungen (3-Steller) auswerten. Relevant sind der 3-Steller 853 – Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen (Kat. 2 – Pflegefachkräfte), der 3-Steller 861 – Sozialpfleger, Sozialarbeiter²² (Kat. 2 – Pflegefachkräfte) sowie der 3-Steller 854 – Helfer in der Krankenpflege (Kat. 3 – Pflegehelferinnen und Pflegehelfer). Sowohl der 3-Steller 853 als auch der 3-Steller 861 enthalten Berufsgruppen, die für die Studie nicht relevant sind. Diese konnten jedoch nicht herausgerechnet werden. Das Gleiche gilt für die Berufsordnung 854, die neben Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern (Kat. 3) womöglich auch un- und angelernte Pflegehilfskräfte (Kat. 4) enthält, dafür wahrscheinlich aber keine Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer.

Für **Lothringen** standen Daten von INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) aus einer Volkszählung zur Verfügung.²³ Auch hier sind Einzelberufe nach den Sektoren, in denen die Beschäftigten tätig sind, sowie strukturelle Merkmale der Beschäftigten abgebildet. Für das Jahr 1999 können allerdings die Beschäftigten in Pflegeheimen nicht eindeutig identifiziert werden. Die vorhandenen Daten zu Einzelberufen wurden zu den Kategorien Pflegefachkräfte und Pflegehelferinnen und -helfer zusammengefasst. Für das Jahr 1999 sind auch Daten für (Zahn-)Arzthelferinnen und -helfer enthalten, die nicht herausgefiltert werden konnten. Die zum Zeitpunkt der Datenaufbereitung aktuellsten verfügbaren Informationen bezogen sich auf das Jahr 2010.

Für **Luxemburg** wurde auf Daten des Gesundheitsministeriums (Ministère de la Santé) zurückgegriffen. Für den Krankenhausbereich liegen differenzierte Beschäftigtendaten vor. Daten für die Sektoren Pflegeheime und ambulante Pflege sind aggregiert und konnten nicht differenziert dargestellt werden. Zudem liegen für das Jahr 1999 nicht sämtliche benötigten Angaben vor.

Während es in den deutschen Teilregionen, in Lothringen sowie in Luxemburg offizielle Daten zu beschäftigten Pflegekräften gibt, ist dies in der **Wallonie** nicht der Fall. Zwar liegen sektorenspezifische Beschäftigtendaten bei der belgischen Sozialversicherung (ONSS – Office National de Sécurité Sociale) vor, diese können jedoch nicht nach Einzelberufen aufgeschlüsselt werden. Alternativ liegen ab dem Jahr 2008 Angaben zu den registrierten Pflegefachkräften und Pflegehelferinnen und -helfern beim Föderalen Öffentlichen Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt (SPF Santé publique) vor. Problematisch an diesen Daten ist, dass es sich bei den registrierten Pflegekräften nicht zwangsläufig um am Arbeitsmarkt aktive handelt. Basierend auf einer Umfrage des SPF Santé Publique²⁴ unter den

²² In der Berufsordnung 861 sind die Altenpflegerinnen und Altenpfleger enthalten.

²³ Daten zur Volkszählung (recensement de la population) werden von INSEE jährlich erhoben: Jedes Jahr wird eine Auswahl der Bevölkerung befragt; die Summe von fünf aufeinanderfolgenden Jahren gibt einen Überblick über die Gesamtbevölkerung. Die von INSEE publizierten Daten werden dann auf das mittlere Jahr der Erhebungsperiode datiert: Für die Ergebnisse des Jahres 2011 wurden Umfragen von 2009 bis 2013 durchgeführt. Der größte Vorteil dieser Methode ist die jährliche Veröffentlichung von Ergebnissen und die Möglichkeit, Daten zu vergleichen, die mindestens 5 Jahre auseinander liegen. Der Nachteil dieser Methode ist, dass die Ergebnisse, welche auf geringen Fallzahlen (<500) beruhen, statistisch weniger belastbar sind.

²⁴ SPF Santé publique, Direction générale des soins de santé primaires et Gestion de crise
Cellule Planification des Professionnels de Santé : Modèles de planification des prestataires professionnels des soins de santé, Lot 3 : Réalisation d'enquêtes - Groupe professionnel PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER, Rapport final mai 2010 (S.42)

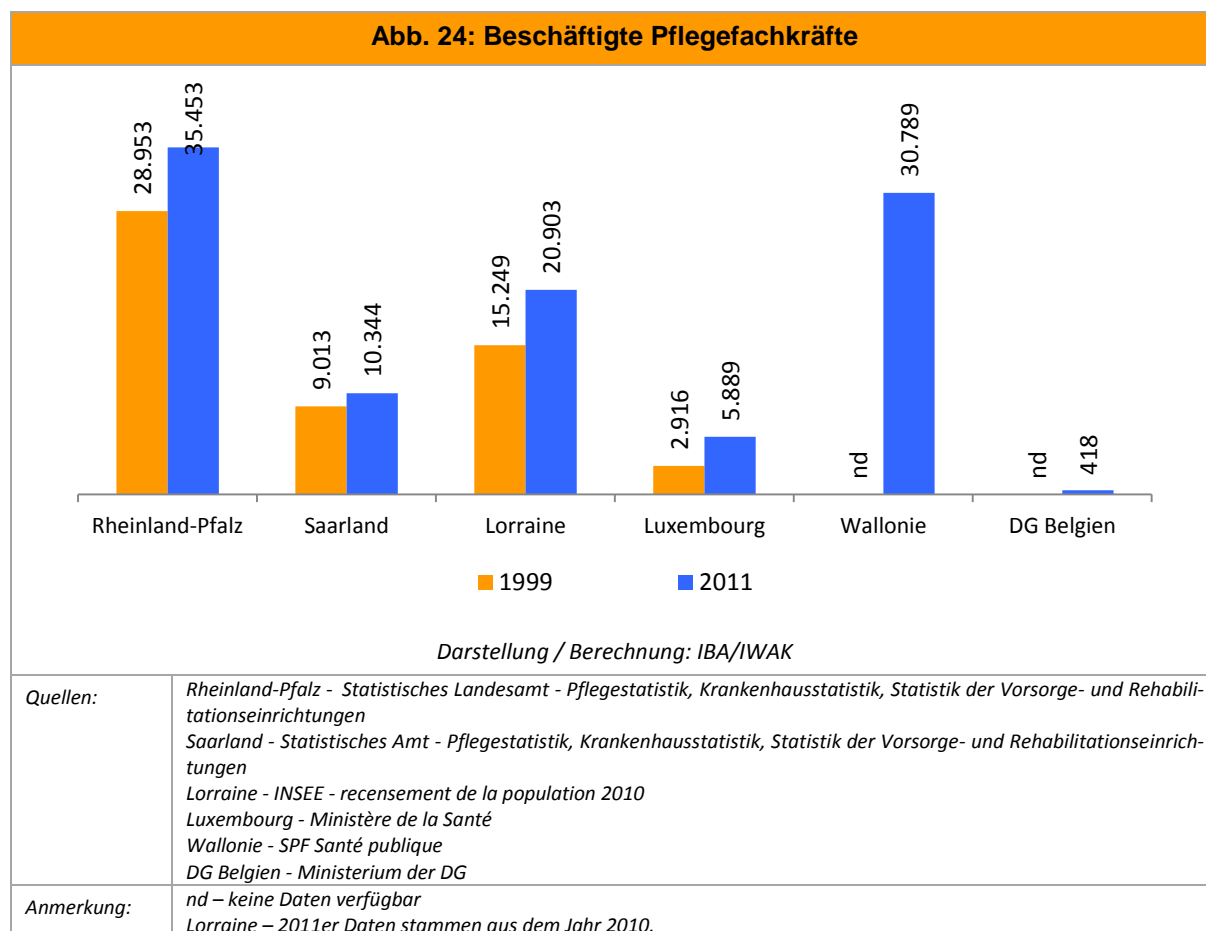


registrierten Pflegekräften arbeiten ca. 20% der registrierten Pflegekräfte nicht in einem Pflegeberuf (ca. 10% sind nicht (mehr) am Arbeitsmarkt aktiv, ca. 10% arbeiten in anderen Berufen). Nach Rücksprache von IWAK mit einer Expertin aus der Wallonie wurde die Zahl der registrierten Pflegekräfte um 30% reduziert, um Vergleichbarkeit zu den Daten aus den anderen Teilregionen herzustellen. Eine Darstellung nach Sektoren, in denen die Pflegekräfte beschäftigt sind, ist nicht möglich. Nicht berücksichtigt sind darüber hinaus Pflegekräfte, die zwar in der Wallonie arbeiten, aber nicht dort leben, die also täglich in die Region einpendeln.

Die Beschäftigtenzahlen für die **DG Belgien** wurden vom Fachbereich Gesundheit im Ministerium der DG übermittelt. Sie stammen aus einer Umfrage bei den Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten in der Region im Rahmen eines Interreg-Projektes. Angaben für das Jahr 1999 liegen nicht vor.

3.5.2 Ergebnisse

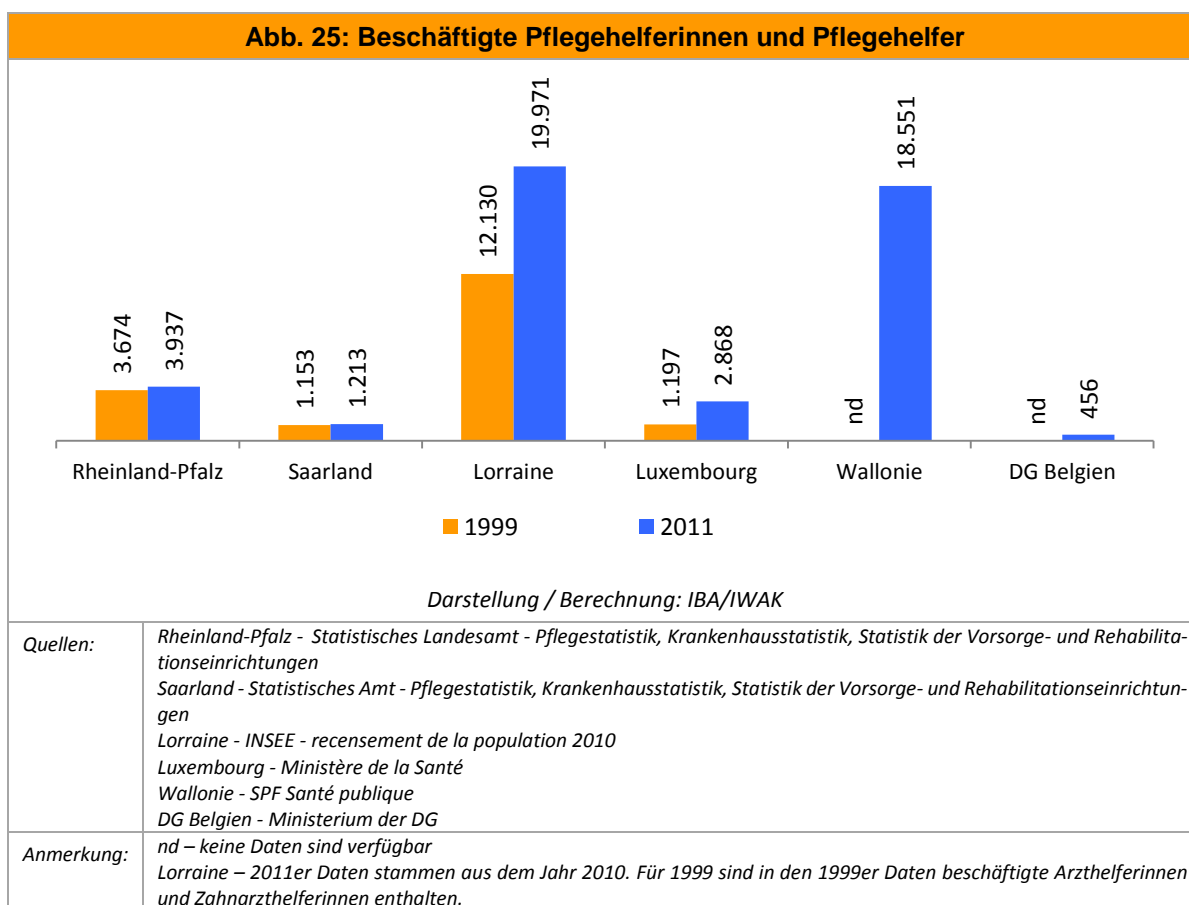
Die meisten Pflegefachkräfte waren im Jahr 2011 in Rheinland-Pfalz beschäftigt (35.453 Personen). In der Wallonie sind es 30.789, in Lothringen 20.903 und im Saarland 10.344. In Luxemburg (5.889) und in der DG Belgien (418) ist die Zahl der tätigen Pflegefachkräfte erwartungsgemäß am niedrigsten.



Im Vergleich zum Jahr 1999 sind die Beschäftigtenzahlen ausgeweitet worden. Insbesondere in Luxemburg ist der Beschäftigtenstand massiv erweitert worden (+102%), aber auch in Lothringen (+37%), in Rheinland-Pfalz (+22%) und im Saarland (+15%) waren im Jahr 2011 weit mehr Pflegefachkräfte tätig als zwölf Jahre zuvor. Zu bedenken ist, dass die vorliegenden Daten Kopfzahlen sind und die Ausweitung der Beschäftigtenzahlen durchaus auch über die Ausweitung von Teilzeitbeschäftigung zustande gekommen sein könnte. Angaben zu Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten lagen nicht vor.

Weitergebildete, spezialisierte Pflegefachkräfte machen – soweit sie in den Daten identifiziert werden können – eher einen geringen Anteil an den Beschäftigten aus. In Luxemburg sind es knapp 15%, in Lothringen gut 10%. In den Daten für die deutschen Teilgebiete lassen sie sich nicht eindeutig identifizieren. Differenziert man in Rheinland-Pfalz und im Saarland nach Einzelberufen, so stellen die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und –pfleger den größten Anteil der Pflegefachkräfte. In Rheinland-Pfalz machen sie knapp 70% in der Gruppe aus, im Saarland sogar knapp 74%. Seit dem Jahr 1999 hat ihr Anteil allerdings deutlich abgenommen. Stattdessen ist der Anteil der Altenpflegerinnen und Altenpfleger stark gestiegen.

Betrachtet man die Zahl der beschäftigten Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in den Teilgebieten der Großregion (siehe Abb. 25), fallen hohe Zahlen in Lothringen (19.971 Personen) und in der Wallonie (18.551 Personen) auf. Dies sind etwa fünf Mal so viele Personen, wie in Rheinland-Pfalz in dieser Berufskategorie beschäftigt sind (3.937 Personen). In Luxemburg sind 2.868 Helferinnen und Helfer tätig, im Saarland 1.213 und in der DG Belgien 456.



Wie bei den Pflegefachkräften zeigt sich eine Ausweitung der Beschäftigtenzahlen. Allerdings fällt die Zunahme in Rheinland-Pfalz (+7%) und im Saarland (+5%) eher moderat aus im Vergleich zu Lothringen (+65%) und Luxemburg (+140%). Betrachtet man die einzelnen Qualifikationen, die in der Kategorie zusammengefasst sind, haben in Lothringen 81% der Pflegekräfte in der Kategorie einen Abschluss als Aide-soignant. Auxiliaires de puériculture und Aides medico-psychologiques machten im Jahr 2011 mit 10% bzw. gut 8% nur jeweils einen kleinen Teil der Pflegehelferinnen und -helfer aus. In Luxemburg bilden Aides medico-psychologiques sogar nur 1% der Kategorie, alle übrigen Beschäftigten sind Aide-soignants. Im Saarland hat die Hälfte (51%) der tätigen Pflegehelferinnen und -helfer einen Abschluss als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer, die andere Hälfte sind Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer. In Rheinland-Pfalz ist der Anteil der Krankenpflegehelferinnen und -helfer mit knapp 60% etwas höher als im Saarland. In beiden Teilregionen hat der Anteil der Altenpflegehelferinnen und -helfer seit 1999 stark zugenommen. Seither sind auch die Auszubildenden- und Absolventenzahlen für Pflegehelferinnen und Pflegehelfer gestiegen (siehe Kap. 3.3.3).

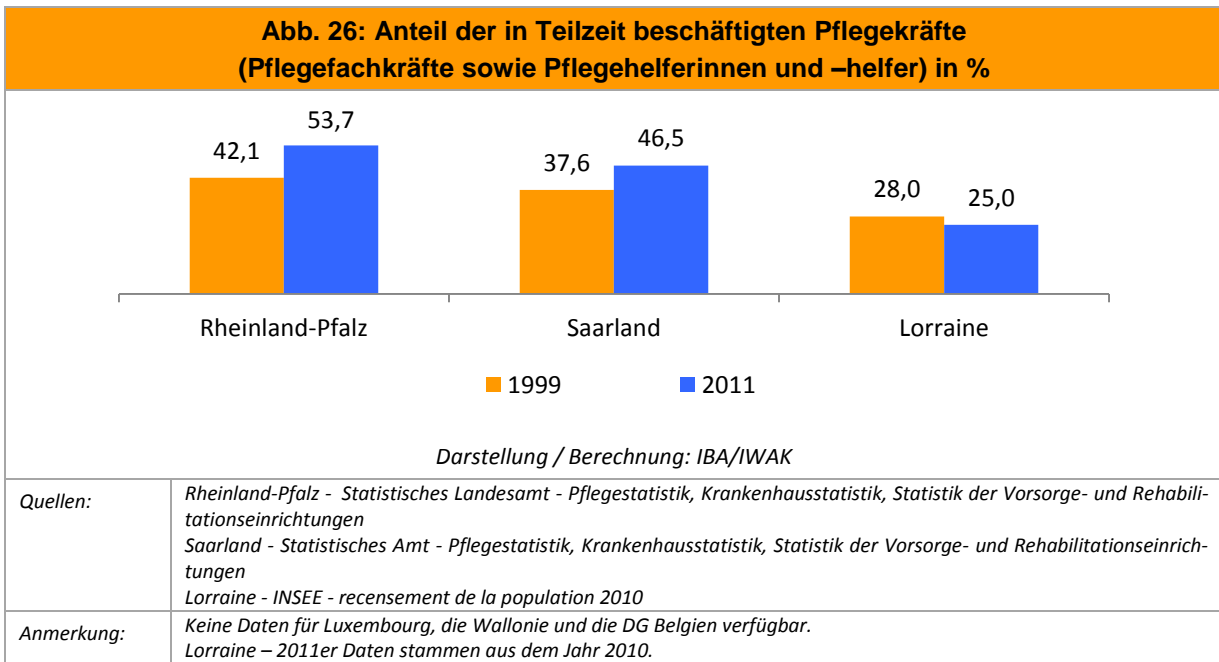
Als Zwischenfazit lässt sich an dieser Stelle feststellen, dass nicht nur die Zahl der Beschäftigten insgesamt in den drei Pflegesektoren Krankenhaus, Pflegeheim und ambulante Pflege zugenommen hat, wie in Kapitel 3.1.3 gezeigt wurde, sondern explizit auch die Zahl der beschäftigten Pflegekräfte. Insbesondere im Großherzogtum ist die Beschäftigung in den Pflegeberufen massiv erweitert worden. Sowohl die Anzahl der beschäftigten Pflegefachkräfte als auch die der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer hat sich seit 1999 mehr als verdoppelt. Im Jahr 2011 waren somit insgesamt 150.792 Pflegekräfte der Kategorien 2 und 3 in der Großregion beschäftigt. Dies entspricht 3,1% aller Erwerbstätigen. In Lothringen (4,8%), in der Wallonie (4,0%) und in der DG Belgien (3,2%) haben Pflegekräfte eine überdurchschnittliche Bedeutung. In Luxemburg (2,4%), im Saarland (2,2%) und in Rheinland-Pfalz (2,1%) liegt ihr Anteil an den Erwerbstätigen etwas niedriger als im Schnitt der Großregion.

Im Folgenden werden zunächst vertiefend strukturelle Merkmale der beschäftigten Pflegekräfte präsentiert. Dazu zählen der Frauenanteil, der Anteil der Teilzeitbeschäftigten sowie die Altersstruktur. Anschließend folgt eine sektorenspezifische Betrachtung der Beschäftigungsdaten.

3.5.2.1 Strukturelle Merkmale der Beschäftigten

Die Pflegeberufe werden in allen Teilregionen der Großregion überwiegend von Frauen ausgeübt. Neun von zehn Pflegefachkräften und Pflegehelferinnen und -helfern sind weiblich, wobei der Frauenanteil bei den Berufen der Kategorie 3 mit 91,2% etwas höher liegt als bei den Pflegefachkräften (89,7%). Am niedrigsten liegt der Anteil der Frauen bei den spezialisierten Pflegefachkräften. Differenziert man nach den Teilregionen, sind in der Wallonie besonders viele Pflegefachkräfte weiblich (96,4%), dagegen liegt der Frauenanteil bei den Pflegefachkräften in Luxemburg mit 80,9% besonders niedrig, was möglicherweise mit dem hohen Anteil an Einpendlerinnen und Einpendlern auf dem luxemburgischen Pflegearbeitsmarkt (siehe Kap. 3.6.6) zusammenhängt. Unter den Grenzgängerinnen und Grenzgänger machen Männer einen höheren Teil aus als unter den ansässigen Beschäftigten.

Zum Arbeitszeitumfang liegen lediglich für die deutschen Teilgebiete und für Lothringen Daten vor. In Rheinland-Pfalz und im Saarland liegen die Teilzeitquoten mit 53,7% bzw. 46,5% im Jahr 2011 deutlich höher als in Lothringen, wo nur jede vierte Pflegekraft (25,0%) in Teilzeit beschäftigt ist.²⁵ Zudem ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in den deutschen Teilregionen seit 1999 angestiegen, wohingegen er in Lothringen gesunken ist. Letzteres könnte darauf zurückzuführen sein, dass im Jahr 2000 die wöchentliche Regelarbeitszeit (Vollzeit) von 39 auf 35 Stunden gesenkt wurde. Personen, die im Jahr 1999 mit 35 Wochenstunden in Teilzeit beschäftigt waren, gelten nun als Vollzeit-Beschäftigte.



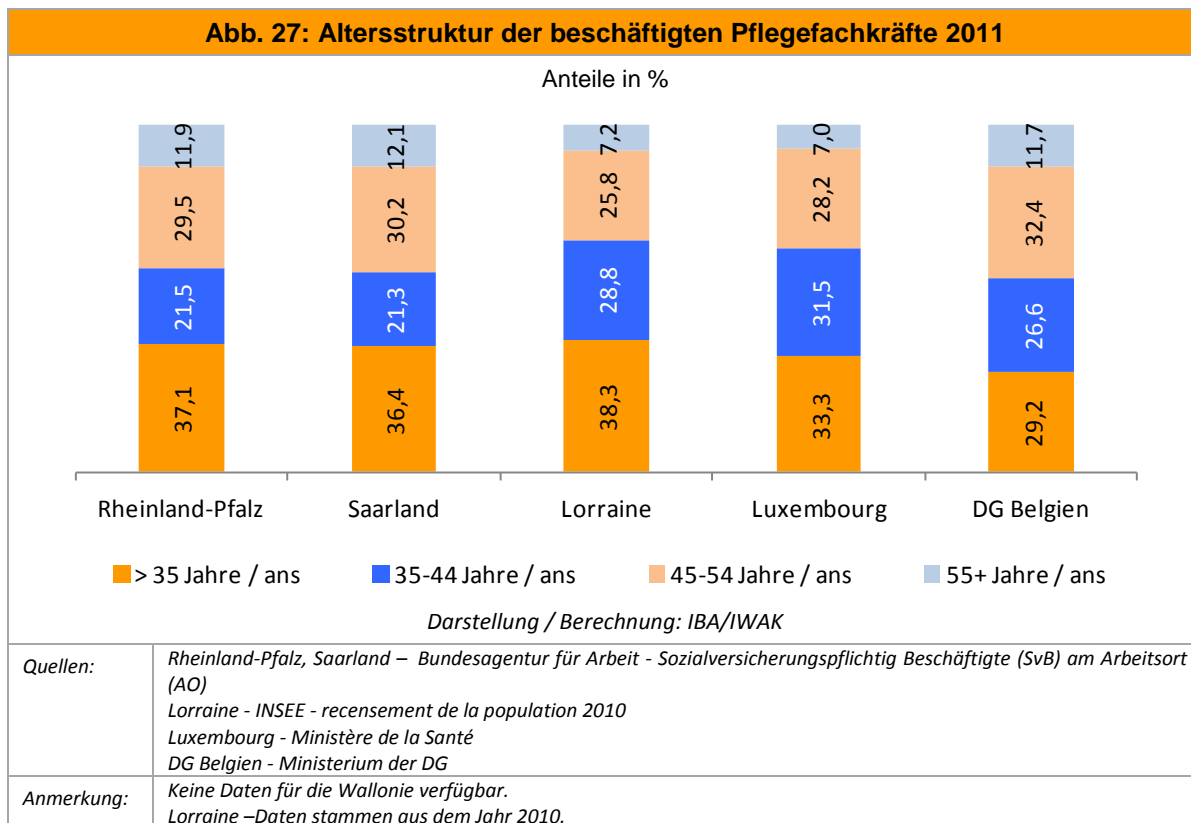
Differenziert man zwischen den Kategorien der Pflegefachkräfte und der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, so sind die Teilzeitquoten in Rheinland-Pfalz und im Saarland für Letztere deutlich höher als für die Fachkräfte (in Rheinland-Pfalz 66,5% versus 52,3%, im Saarland 53,1% versus 45,7%). In Lothringen ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Helferinnen und Helfer mit 23,6% sogar etwas geringer als der der Pflegefachkräfte (26,4%).

Auch was die Altersstruktur der beschäftigten Pflegekräfte angeht, werden Unterschiede zwischen den Teilregionen der Großregion sichtbar. Der Anteil der jüngeren Pflegefachkräfte unter 35 Jahren ist in Lothringen (38,4%), in Rheinland-Pfalz (37,1%) und im Saarland (36,4%) etwa ähnlich hoch. Dies sind auch die Teilgebiete, in denen die Ausbildungsintensität hoch ist (siehe Kap. 3.3.3). In Luxemburg ist ein Drittel der Pflegefachkräfte (33,3%) jünger als 35 Jahre, in der DG Belgien lediglich 29,2%. Für die Wallonie wurden aus methodischen Gründen keine Daten zur Altersstruktur ausgewertet.

In den deutschen Teilregionen ist allerdings nicht nur der Anteil der jüngeren Pflegefachkräfte hoch, sondern auch der Anteil der Beschäftigten, die 55 Jahre und älter sind. Im Saarland machen ältere Pflegefachkräfte 12,1% am gesamten Beschäftigtenstand aus, in Rheinland-

²⁵ Für die deutschen Teilgebiete sowie für Lothringen bedeutet Teilzeitbeschäftigung, dass nicht Vollzeit gearbeitet wird.

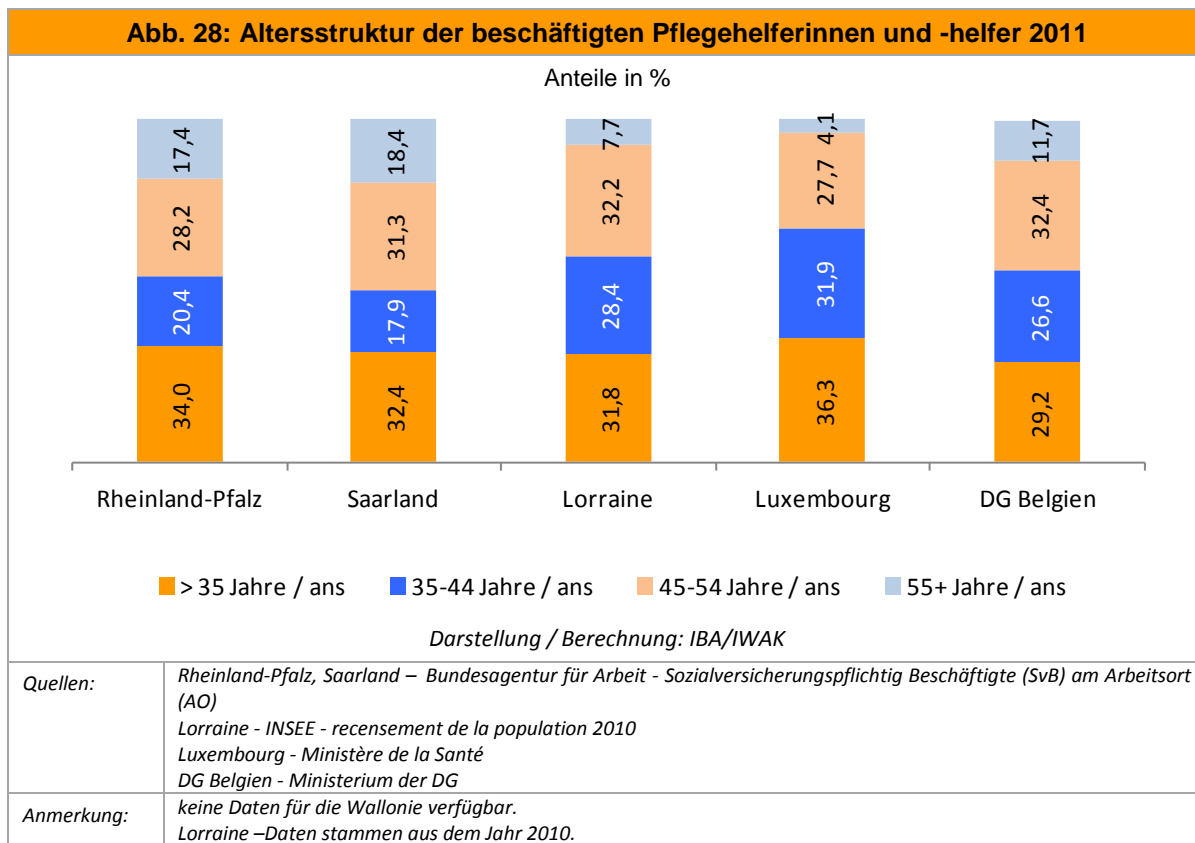
Pfalz sind es 11,9%. Ähnlich hoch ist der Anteil auch in der DG Belgien (11,7%). In diesen drei Teilgebieten der Großregion ist in den kommenden Jahren mit einem recht hohen altersbedingten Ersatzbedarf zu rechnen. In Luxemburg und in Lothringen sind die Anteile der älteren Pflegefachkräfte mit 7,0% bzw. 7,2% eher gering. Dort sind die Beschäftigten insgesamt vergleichsweise jünger, das heißt, der Anteil der unter 45-jährigen ist größer als in den deutschen Teilgebieten oder in der DG Belgien.



Der Vergleich mit der Situation im Jahr 1999, der zumindest für die deutschen Teilregionen und für Lothringen möglich ist, zeigt eine Alterung der Belegschaften. Im Jahr 2011 waren in Rheinland-Pfalz und im Saarland 41% bzw. 42% der beschäftigten Pflegefachkräfte 45 Jahre und älter. Zwölf Jahre zuvor waren es nur jeweils 21%. Gleichzeitig hat der Anteil der unter 35-jährigen Pflegefachkräfte abgenommen. In Lothringen ist der Anteil der über 54jährigen von 25% im Jahr 1999 auf 33% im Jahr 2011 gestiegen. Der Anteil der jüngeren Pflegefachkräfte ist allerdings konstant geblieben.

Betrachtet man die Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, ist der Anteil der Beschäftigten, die 55 Jahre und älter sind, wiederum in den deutschen Teilregionen und in der DG Belgien am höchsten. Im Saarland (18,4%) und in Rheinland-Pfalz (17,4%) sind die Anteile auch deutlich höher als bei den Pflegefachkräften. In der DG zählen 11,7% der Helferinnen und Helfer zu den älteren Beschäftigten. Der Anteil der Jüngeren ist in Luxemburg (36,3%) am höchsten, was mit der vergleichsweise hohen Attraktivität der Aide-soignant-Ausbildung im Großherzogtum (siehe Kap. 3.3.3) in den letzten Jahren zusammenhängen dürfte. In Rheinland-Pfalz, im Saarland und in Lothringen sind etwa ein Drittel der Helferinnen und Helfer jünger als 35 Jahre.

Wie bei den Pflegefachkräften hat auch bei den Helferinnen und Helfern in den deutschen Bundesländern und in Lothringen der Anteil der älteren Beschäftigten seit 1999 zugenommen (Rheinland-Pfalz: +8,3%, Saarland: +9,2%, Lothringen: +4,8%). Auf der anderen Seite hat der Anteil der jüngeren in Rheinland-Pfalz (-2,6%) und in Lothringen (-4,1%) aber auch nur leicht abgenommen, im Saarland (-0,1%) ist er sogar auf gleichem Niveau geblieben. Dennoch dürfte die Deckung des altersbedingten Ersatzbedarfs auch in den Helferberufen eine große Herausforderung darstellen.

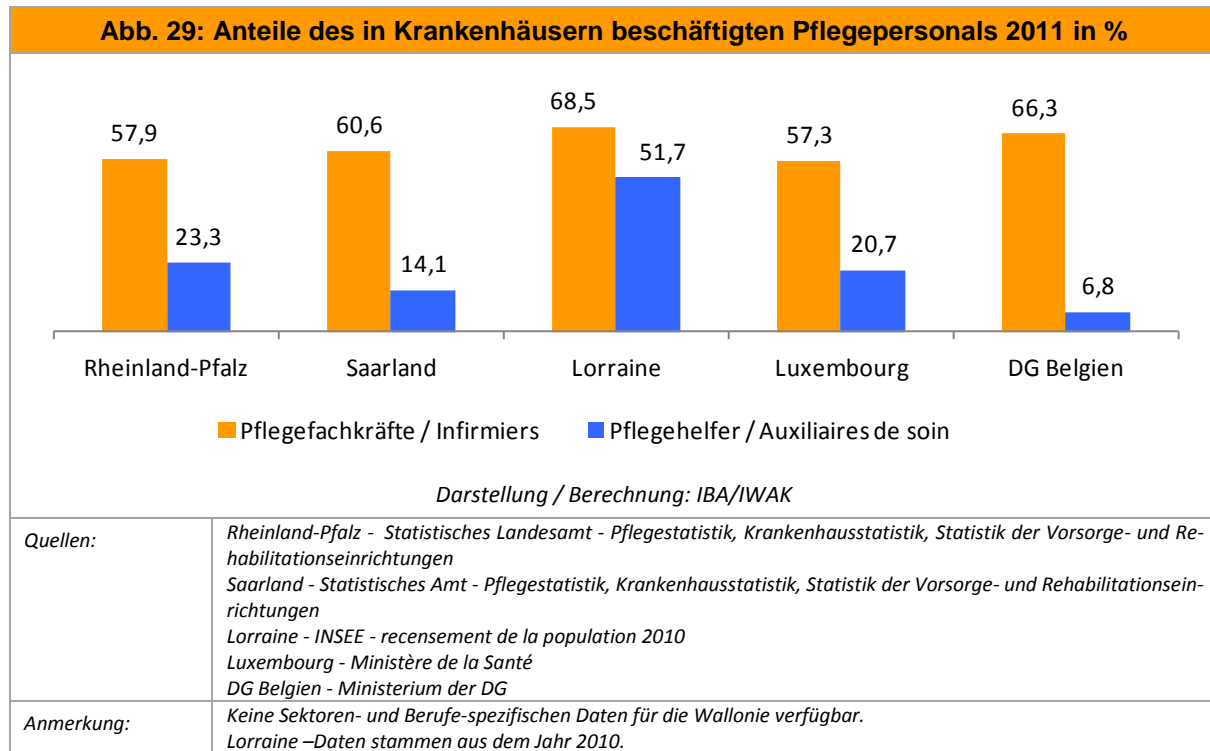


3.5.2.2 Beschäftigte nach Sektoren

Außer für die Wallonie liegen für alle Teilregionen der Großregion sektorenspezifische Beschäftigtendaten nach Berufen vor. Anhand dieser Daten gilt es zunächst, die Frage zu beantworten, in welchem Ausmaß Pflegekräfte in den drei Pflegesektoren beschäftigt sind. Abbildung 29 zeigt, dass sich der Anteil der Fachkräfte, die in Krankenhäusern tätig sind, zwischen den Teilgebieten unterscheidet. In Lothringen arbeiten 68,5% aller Pflegefachkräfte im Krankenhausbereich, in der DG Belgien mit 66,3% nur knapp weniger. In den drei übrigen Teilregionen liegt der Anteil niedriger.

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer sind insgesamt in deutlich größerem Maße außerhalb der Krankenhäuser tätig. In Lothringen ist gut die Hälfte (51,7%) in Krankenhäusern angestellt, in den anderen Teilgebieten ist es jeweils weniger als ein Viertel. In der DG Belgien ist der Anteil mit 6,8% besonders gering.

Für die beiden deutschen Bundesländer sowie für Lothringen liegen auch differenzierte Daten für das Jahr 1999 vor, sodass Verschiebungen zwischen den Sektoren im Zeitverlauf sichtbar gemacht werden können. Dabei zeigt sich ein klares Bild: In allen drei Teilregionen waren im Jahr 2011 anteilmäßig weniger Pflegekräfte in den Krankenhäusern beschäftigt als noch zwölf Jahre zuvor. Der Rückgang zeigt sich sowohl für die Kategorie der Pflegefachkräfte als auch für die Pflegehelferinnen und Pflegehelfer. Die Pflegeheime und der ambulante Sektor haben als Arbeitgeber für Pflegekräfte an Bedeutsamkeit gewonnen.



In Tabelle 11 ist das Verhältnis von Pflegefachkräften zu Pflegehelferinnen und Pflegehelfern in den drei Pflegesektoren sowie sektorenübergreifend dargestellt. Dieses Verhältnis (Skill-Mix) kann als Indikator für unterschiedliche Formen der Arbeitsorganisation und Arbeitsteilung angesehen werden. In Rheinland-Pfalz und im Saarland ist der Anteil der Pflegefachkräfte in allen Sektoren deutlich höher als in den anderen Teilregionen. Daraus erklärt sich womöglich das breite Tätigkeitsspektrum der Pflegefachkräfte in Deutschland (siehe auch Kap. 2.2). In den anderen Teilgebieten scheint die Pflege stärker arbeitsteilig organisiert zu sein, der Anteil der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer ist dort höher. In Rheinland-Pfalz und im Saarland kommt rein rechnerisch auf etwa neun Fachkräfte eine Helferin bzw. ein Helfer. In Luxemburg und in der Wallonie ist das Verhältnis ungefähr zwei zu eins. In Lothringen und in der DG Belgien sind etwa gleich viele Fachkräfte wie Helferrinnen und Helfer beschäftigt.

Tab. 11: Verhältnis Beschäftigte Pflegefachkräfte zu Pflegehelferinnen und –helfern im Jahr 2011

	Krankenhäuser	Pflegeheime	Ambulante Pflege	Sektoren-übergreifend
Rheinland-Pfalz	22,4 : 1	4,1 : 1	6,9 : 1	9,0 : 1
Saarland	36,7 : 1	3,1 : 1	6,9 : 1	8,5 : 1
Lorraine	1,4 : 1	0,3 : 1	2,9 : 1	1,1 : 1
Luxembourg	5,7 : 1	nd	nd	2,1 : 1
Wallonie	nd	nd	nd	1,8 : 1
DG Belgien	10,9 : 1	0,3 : 1	0,7 : 1	1,1 : 1

Quellen: eigene Berechnungen auf Basis folgender Datenquellen: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Statistisches Amt des Saarlandes, INSEE, Ministère de la Santé Luxembourg, SPF Santé publique, Ministerium der DG

Betrachtet man das Verhältnis Fachkräfte zu Helferinnen und Helfern sektorenspezifisch, fällt auf, dass der Anteil der Fachkräfte im Krankenhausbereich am höchsten ist. In den Pflegeheimen und ambulanten Einrichtungen wird verhältnismäßig weniger hoch qualifiziertes Pflegepersonal eingesetzt. Ausnahme ist hier lediglich Lothringen, wo es im ambulanten Bereich eine große Zahl an selbständig tätigen Pflegefachkräften gibt, die zum Teil auch in Pflegeheimen tätig werden und dort behandlungspflegerische Leistungen („Cure“) erbringen.²⁶

3.5.3 Fazit

Im Jahr 2011 waren 150.792 Pflegefachkräfte und Pflegehelferinnen und -helfer in der Großregion tätig, gut 3% aller Erwerbstätigen sind Pflegekräfte. Seit dem Jahr 1999 hat die Zahl der Beschäftigten stark zugenommen. In Luxemburg ist der Anstieg am stärksten, die Beschäftigtenzahl lag im Jahr 2011 mehr als doppelt so hoch wie noch zwölf Jahre zuvor. Insbesondere der Bereich der Altenhilfe mit den Pflegeheimen und den ambulanten Diensten hat als Beschäftigungszweig von Pflegekräften an Bedeutung gewonnen.

Für Pflegehelferinnen und –helfer sind diese Sektoren bereits bedeutsamer als der Krankenhausbereich. Ausnahme ist hier lediglich Lothringen, wo die Hälfte in Krankenhäusern tätig ist. Dort ist auch der Anteil der Pflegefachkräfte, die in der Altenhilfe arbeiten, niedriger als in den anderen Teilregionen.

In allen Teilgebieten sind etwa neun von zehn Pflegekräften weiblich, Pflegeberufe werden in allen Teilregionen der Großregion überwiegend von Frauen ausgeübt. In den beiden deutschen Bundesländern ist praktisch jede zweite Pflegekraft in Teilzeit beschäftigt. In Lothringen ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in der Pflege deutlich geringer, wobei hier auch die wöchentliche Regelarbeitszeit mit 35 Stunden niedriger liegt als in Deutschland. Anreize zu setzen, den durchschnittlichen Arbeitszeitumfang auszuweiten, könnte in den deutschen Teilregionen eine geeignete Strategie zur Fachkräftesicherung darstellen, ist doch aufgrund der Altersstruktur der Belegschaften insbesondere in Rheinland-Pfalz, im Saarland und in der DG Belgien ein hoher altersbedingter Ersatzbedarf zu erwarten, der in den kommenden Jahren gedeckt werden muss.

²⁶ Zu beachten ist, dass anhand der Verhältnisse von Fachkräften zu Helferinnen und Helfern keine Aussagen zur Versorgungsqualität gemacht werden können. Wie Pflegeleistungen in den Einrichtungen erbracht werden und unter welchen Umständen, war nicht Gegenstand der vorliegenden Studie und müsste im Rahmen eines Anschlussprojektes untersucht werden.

Das Verhältnis von Pflegefachkräften zu Pflegehelferinnen und –helfern (Skill-Mix) unterscheidet sich zwischen den Teilregionen und den einzelnen Sektoren zum Teil stark. In den deutschen Teilregionen ist der Anteil der Fachkräfte in allen Sektoren deutlich höher als in den anderen Gebieten der Großregion. Eine vertiefende Analyse der unterschiedlichen Formen von Pflegearbeitsorganisation und Arbeitsteilung könnte interessante Ideen für die Weiterentwicklung der Dienstleistung Pflege in der Großregion liefern.

3.6 Grenzängermobilität

Das folgende Kapitel mit Ergebnissen zur Mobilität von Pflegekräften in der Großregion ist anders gegliedert als die vorherigen Kapitel. Nach einer kurzen Einführung zum rechtlichen Hintergrund grenzüberschreitender Mobilität in den Pflegeberufen (Kap. 3.6.1) folgt ein Unterkapitel für jedes der sechs Teilgebiete (Kap. 3.6.2 bis 3.6.6), wobei die beiden deutschen Bundesländer gemeinsam betrachtet werden. Diese Unterkapitel enthalten zunächst methodische Vorbemerkungen zu den verwendeten Datenbeständen. Anschließend werden Einpendlerzahlen nach Herkunftsland, nach Sektor der Beschäftigung und im Zeitverlauf präsentiert, soweit diese Angaben verfügbar waren. Der Anteil der Grenzgängerinnen und Grenzgänger an der Gesamtbeschäftigung in den Pflegesektoren wird dargestellt, sowie strukturelle Merkmale der Gruppe wie Teilzeitquote und Altersstruktur. Auch diese Informationen liegen allerdings nicht für alle Teilregionen vor. Ergänzt wird die Ergebnisdarstellung durch die Anzahl der Anträge auf Anerkennung eines ausländischen Abschlusses. In einem längeren Fazit werden die Ergebnisse aus den Teilregionen vergleichend gegenüber gestellt und damit ein Gesamtüberblick über die Mobilität auf dem Pflegearbeitsmarkt der Großregion gegeben (Kap. 3.6.7).

3.6.1 Hintergrundinformationen

Für die Grenzängermobilität von Pflegekräften in der Großregion sind vor allem zwei Rahmenbestimmungen auf europäischer Ebene bedeutsam, das Recht auf Arbeitnehmerfreizügigkeit und die EU-Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen. Hinzu kommen ergänzende nationale Regelungen zur Anerkennung ausländischer Qualifikationen. Auf diese Bestimmungen wird im Folgenden kurz eingegangen.

Das Recht auf Arbeitnehmerfreizügigkeit sichert jeder EU-Bürgerin bzw. jedem EU-Bürger die Möglichkeit zu, in einem anderen EU-Land als dem, in dem sie bzw. er wohnt, beruflich tätig zu werden. Es ist ein Grundsatz der Europäischen Union. Eine Benachteiligung von Ausländerinnen und Ausländern gegenüber einheimischen Bürgerinnen und Bürgern auf dem Arbeitsmarkt ist unzulässig. Rechtsgrundlagen sind Artikel 15 Abs. 2 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union und Artikel 45 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV). Trotz des Rechts auf Arbeitnehmerfreizügigkeit können die Mitgliedstaaten den Zugang zu einem Beruf gesetzlich reglementieren, was die Staaten im Bereich der Pflegeberufe auch tun. Wer sie ausüben möchte, benötigt eine spezifische Berufsqualifikation, die sie oder er im Rahmen der beruflichen Ausbildung erwirbt. Diese Berufsqualifikation muss in dem Staat, in dem man gerne arbeiten möchte, anerkannt werden.

Um die Anerkennung von Berufsqualifikationen innerhalb der EU zu erleichtern, wurde im Jahr 2005 die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen verabschiedet. Die Richtlinie ist im Jahr 2007 in Kraft getreten und wurde im Jahr 2013 überarbeitet.²⁷ Demnach werden Berufe der „Allgemeinen Krankenpflege“ automatisch anerkannt, sofern man einen Berufsabschluss aus einem Mitgliedstaat und damit das Recht erworben hat, die Berufsbezeichnung zu führen. Dafür wurden Mindeststandards für die Ausbildung definiert, und es spielt keine Rolle, ob die Ausbildung im schulischen oder im hochschulischen Kontext absolviert wurde. In der Folge haben die deutschen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger nun ein Recht auf Anerkennung ihres Berufsabschlusses in allen Mitgliedstaaten der EU. Nicht automatisch erfolgt die Anerkennung der deutschen Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und in der Altenpflege. Die Kinderkrankenpflege zählt in der EU zur Fachkrankenpflege, für die man in der Regel zunächst einen Abschluss in der allgemeinen Krankenpflege benötigt. In Deutschland handelt es sich dagegen um einen eigenständigen Ausbildungsgang. Zur Anerkennung muss ein Antrag gestellt werden, der von der zuständigen Behörde im Staat, in dem man arbeiten möchte, geprüft wird. Auch zur Anerkennung eines Altenpflege-Examens muss ein Antrag gestellt werden, der dann geprüft wird. Unterschiede gibt es zudem, was die Anerkennung einer Pflegehelfer-Qualifikation in den Teilgebieten der Großregion angeht, eine automatische Anerkennung wie in der allgemeinen Krankenpflege gibt es nicht. In Luxemburg müssen ausländische Pflegehelferinnen und –helfer eine Fähigkeitsprüfung ablegen oder ein Angleichungspraktikum bei einem Arbeitgeber absolvieren. Die Dauer kann variieren. In Lothringen entscheidet ein regionaler Fachausschuss nach Prüfung von Nachweisen der Berufserfahrungen über die Anerkennung. In Deutschland wird auf der Ebene der Bundesländer über die Anerkennung der Qualifikation entschieden. Da sich die Helfer-Ausbildungen von Bundesland zu Bundesland unterscheiden, kann selbst die Anerkennung innerhalb Deutschlands eine Hürde darstellen.

Zuständig für das Anerkennungsverfahren ist in Rheinland-Pfalz das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV). Im Saarland übernimmt die Zentrale für Gesundheitsberufe beim Landesamt für Gesundheit und Verbraucherschutz diese Aufgabe. In Lothringen ist die Regionaldirektion Jugend, Sport und soziale Kohäsion (direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale) verantwortlich. In Luxemburg gibt es eine Zentralstelle (Service de reconnaissance des diplômés) beim Ministère de l'Education Nationale. In der Wallonie ist SPF Service Public (Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement), in der DG Belgien der Föderale Öffentliche Dienst Volksgesundheit für die Anerkennung ausländischer Diplome zuständig.

Um in einem anderen Staat als dem, in dem die berufliche Qualifikation erworben wurde, tätig zu werden, müssen neben der Anerkennung der Berufsqualifikation auch Kompetenzen in der Beherrschung der jeweiligen Landessprache nachgewiesen werden. In Rheinland-Pfalz, im Saarland und in Frankreich wird das Sprachniveau B2 (Selbständige Sprachverwendung) laut

²⁷ Die im Juni 2013 überarbeitete Richtlinie fordert eine neue Strategie, der zufolge jeder Mitgliedstaat seine Vorschriften über Berufsqualifikationen, die den Zugang zu Berufen oder Berufsbezeichnungen regeln, zu überprüfen und zu modernisieren hat. In einer Mitteilung der Kommission mit dem Titel „Bewertung der nationalen Reglementierungen des Berufszugangs“ von Oktober 2013 wird ein Zeitplan bis Mitte 2015 vorgestellt. In Kürze dürfte darum mit Änderungen hinsichtlich der nationalen Reglementierungen zu rechnen sein.

dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER) gefordert. Auch in Belgien und Luxemburg ist das Beherrschen der Landessprache obligatorisch.

3.6.2 Mobilität in Richtung Saarland und Rheinland-Pfalz

3.6.2.1 Methodische Vorbemerkungen

Um die Grenzgänger mobilität der Beschäftigten im Pflegebereich darzustellen, wurden für die beiden deutschen Teilregionen die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten²⁸ in „Pflegeberufen“ mit Arbeitsort²⁹ in Rheinland-Pfalz bzw. Saarland und Wohnort³⁰ in Frankreich, Belgien oder Luxemburg untersucht. Grundlage der Daten bildet die Statistik der Bundesagentur für Arbeit zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Stichtags-Daten zum 30.06.).

Um die „Pflegeberufe“ in der Statistik zu identifizieren, wurde auf die Klassifizierung der Berufe 1988 zurückgegriffen, welche sich für die Daten zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort Rheinland-Pfalz bzw. Saarland nach Herkunftsland lediglich bis auf Ebene der Berufsordnungen (3-Steller) auswerten ließ. Relevante Berufsordnungen sind der 3-Steller 853 – Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen (Kat. 2 – Pflegefachkräfte) sowie der 3-Steller 854 – Helfer in der Krankenpflege (Kat. 3 – Pflegehelferinnen und Pflegehelfer). Die Berufsgruppe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger ist nicht einbezogen, da es den Beruf außerhalb Deutschlands nicht gibt, Hebammen und Entbindungspfleger sind dagegen integriert. In der Berufsordnung 854 sind neben Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern (Kat. 3) womöglich auch un- und angelernte Pflegehilfskräfte (Kat. 4) berücksichtigt.

Die BA-Daten wurden im Folgenden für die Jahre 1999 sowie 2007-2011 und nach Nationalität sowie teilweise auf kleinräumiger Ebene (Kreise und kreisfreie Städte) differenziert dargestellt. Hauptaugenmerk wurde bei der Betrachtung auf die Einpendlerinnen und Einpendler aus Frankreich gelegt, da die Fallzahlen für die Mobilität aus Belgien und Luxemburg oft zu klein ausfallen, um weitere Differenzierungen vorzunehmen. Daten zu strukturellen Merkmalen der

²⁸ Grundlage der Statistik bildet das Meldeverfahren zur Sozialversicherung, in das alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (einschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten) einbezogen sind, die der Kranken- oder Rentenversicherungspflicht oder Versicherungspflicht nach dem SGB III unterliegen. Zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten gehören auch Auszubildende, Altersteilzeitbeschäftigte, Praktikantinnen und Praktikanten, Werkstudentinnen und -studenten und Personen, die aus einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis zur Ableistung von gesetzlichen Dienstplichten (z. B. Wehrübung) einberufen werden. Nicht zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zählen Beamte, Selbstständige, mithelfende Familienangehörige, Berufs- und Zeitsoldatinnen und -soldaten, sowie Wehr- und Zivildienstleistende.

²⁹ Der Arbeitsort der Beschäftigten wird über die in den Meldungen vom Arbeitgeber angegebene, Betriebsnummer festgestellt. Die zutreffende Regionalisierung der Beschäftigten nach dem Arbeitsort hängt daher davon ab, ob die vom Betriebsnummern-Service (BNS) zugeteilten Betriebsnummern korrekt verwendet werden. Insbesondere bei Arbeitgebern mit mehreren Betrieben in verschiedenen Gemeinden können regionale Falschzuordnungen auftreten, wenn z.B. die Beschäftigten aller Niederlassungen unter der Betriebsnummer der Hauptniederlassung gemeldet werden. Alle Beschäftigte, die nicht am Ort der Hauptniederlassung tätig sind, wären damit falsch zugeordnet.

³⁰ Der Wohnort der Beschäftigten stammt aus den Meldungen der Arbeitgeber zur Sozialversicherung. Die aktuelle Anschrift ist vom Arbeitgeber bei jeder Anmeldung mitzuteilen, eine Änderung der Anschrift erst in Verbindung mit der folgenden Jahresmeldung. Im Extremfall kann es daher über ein Jahr dauern, bis ein Wohnortwechsel statistisch bekannt wird. Zu einer Person wird jeweils nur die zuletzt übermittelte Wohnortangabe gespeichert. Frühere Angaben werden gelöscht, d.h. es wird keine Historik geführt. Hinsichtlich der Wohnortangaben bestehen für einzelne Beschäftigte Erhebungsungenauigkeiten. Die Meldevorschrift stellt nicht klar, welcher Wohnsitz – Haupt- oder Nebenwohnsitz mit überwiegendem Aufenthaltsort – vom Arbeitgeber zu melden ist. Dies kann in der Beschäftigungsstatistik zum Nachweis von „Fernpendlern“ zwischen gemeldeten Hauptwohnsitz und Arbeitsort führen, obwohl der Beschäftigte am Nebenwohnsitz seiner Beschäftigung nachgeht, also faktisch nicht pendelt.

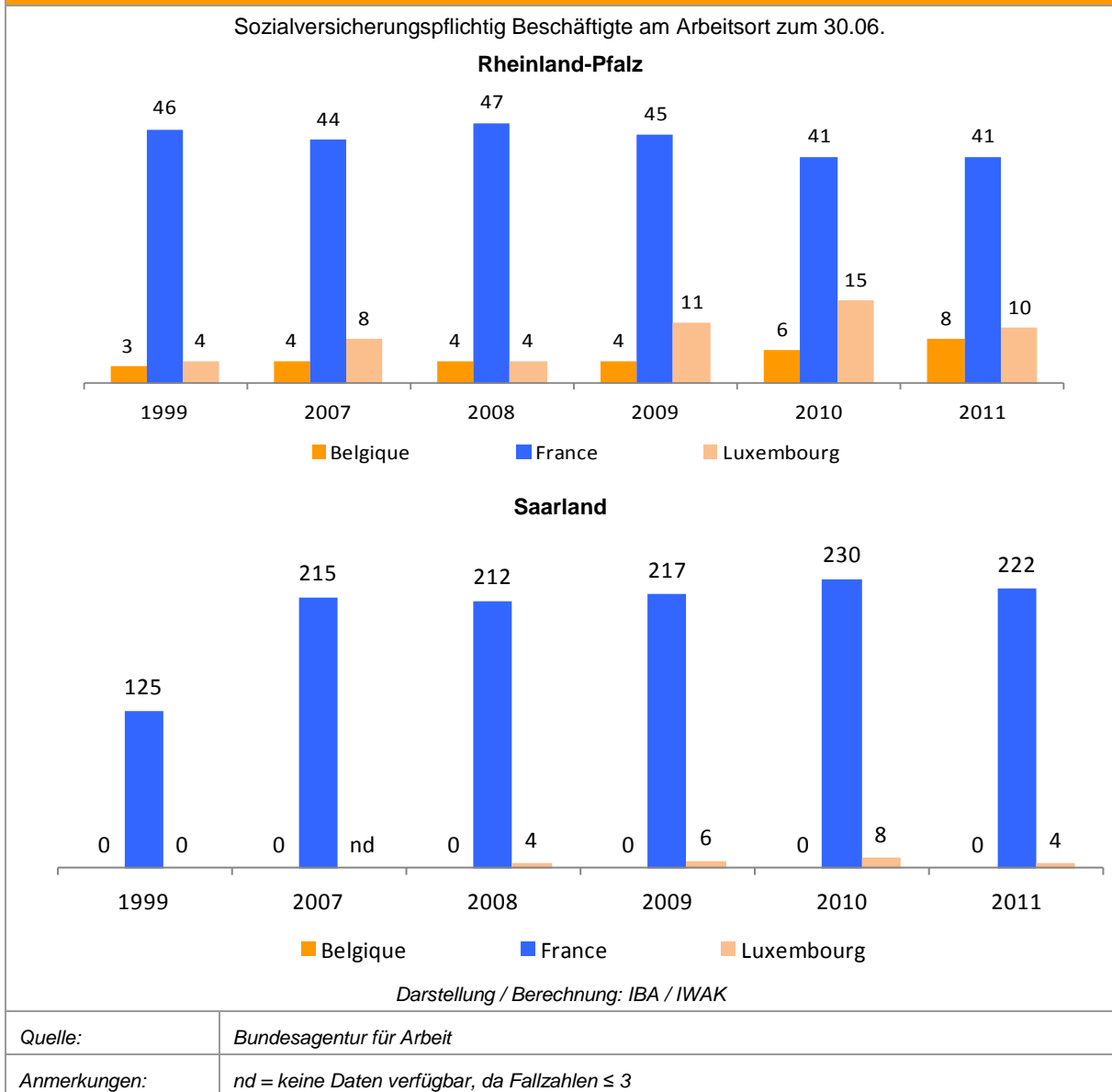
Grenzgängerinnen und Grenzgänger wie beispielsweise die Teilzeitquote oder die Altersstruktur liegen nicht vor. Die Daten der BA ermöglichen bei der Betrachtung der Grenzgängermobilität für die deutschen Teilgebiete auch eine Untersuchung der sogenannten „atypischen Grenzgänger“. Atypische Grenzgänger sind Beschäftigte, die ihren Wohnsitz aus einem Teilgebiet der Großregion in ein anderes verlagert haben, aber weiterhin nahezu täglich in ihre ‚angestammte Region‘ an ihren Arbeitsplatz pendeln (in diesem Fall: Deutsche, die in Frankreich wohnen, aber im Saarland bzw. Rheinland-Pfalz arbeiten).

Zusätzlich werden Daten zu den Anträgen auf Anerkennung eines Berufsabschlusses als Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in präsentiert. Das Datenmaterial für Rheinland-Pfalz lieferte das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV) und bezieht sich auf die Jahre 2002-2013. Für das Saarland lieferte das Landesamt für Soziales Daten für die Jahre 2010 bis 2013.

3.6.2.2 Ergebnisse

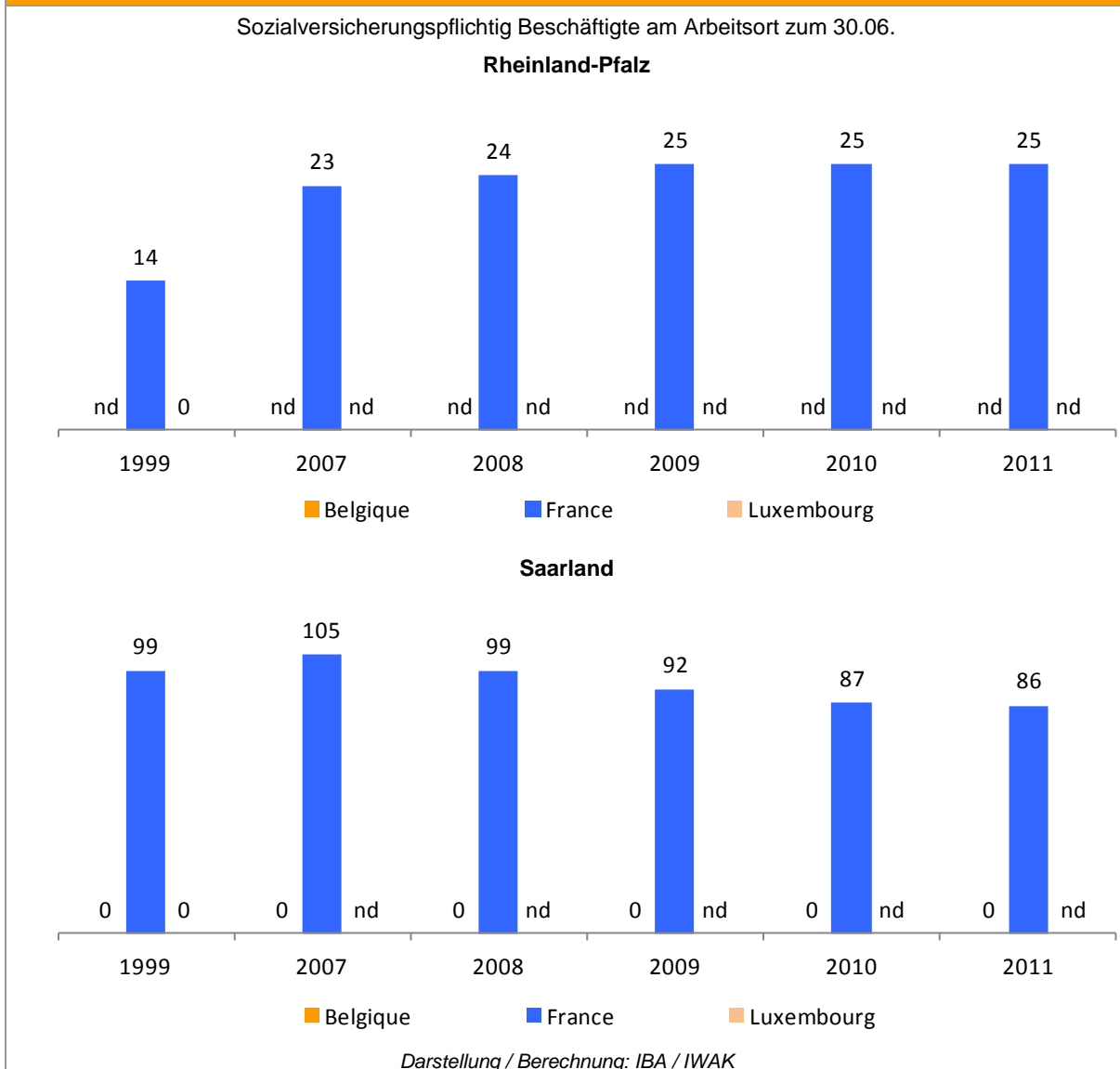
Die Daten der einpendelnden Pflegefachkräfte zeigen, dass insgesamt wesentlich mehr Personen ins Saarland (226 Personen) als nach Rheinland-Pfalz (59 Personen) einpendeln. Der eindeutig größte Pendlerstrom kommt aus Frankreich; für die Pflegefachkräfte aus Luxemburg und Belgien ist der deutsche Pflegearbeitsmarkt hingegen wenig relevant.

Abb. 30: Entwicklung der Anzahl der Pflegefachkräfte nach Herkunftsland



Im Saarland sind die Einpendlerzahlen im Vergleich zu 1999 stark angestiegen (+77,6%). Seit 2007 ist die Anzahl an Einpendlerinnen und Einpendlern aus Frankreich allerdings relativ konstant und erreicht 222 Personen im Jahr 2011. Von diesen 222 Grenzgängerinnen Grenzgängern arbeiteten 172 Personen (77,5%) im Regionalverband Saarbrücken. In Rheinland-Pfalz ist der ehemalige Regierungsbezirk Rheinhessen-Pfalz Hauptzielgebiet für die Einpendler aus Frankreich (über 85%), von denen 13 Personen (also insgesamt ca. 32%) im Landkreis Südliche Weinstraße beschäftigt waren. Von den zehn nach Rheinland-Pfalz einpendelnden Pflegefachkräften aus Luxemburg arbeiteten sieben in Trier.

Abb. 31: Entwicklung der Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer nach Herkunftsland

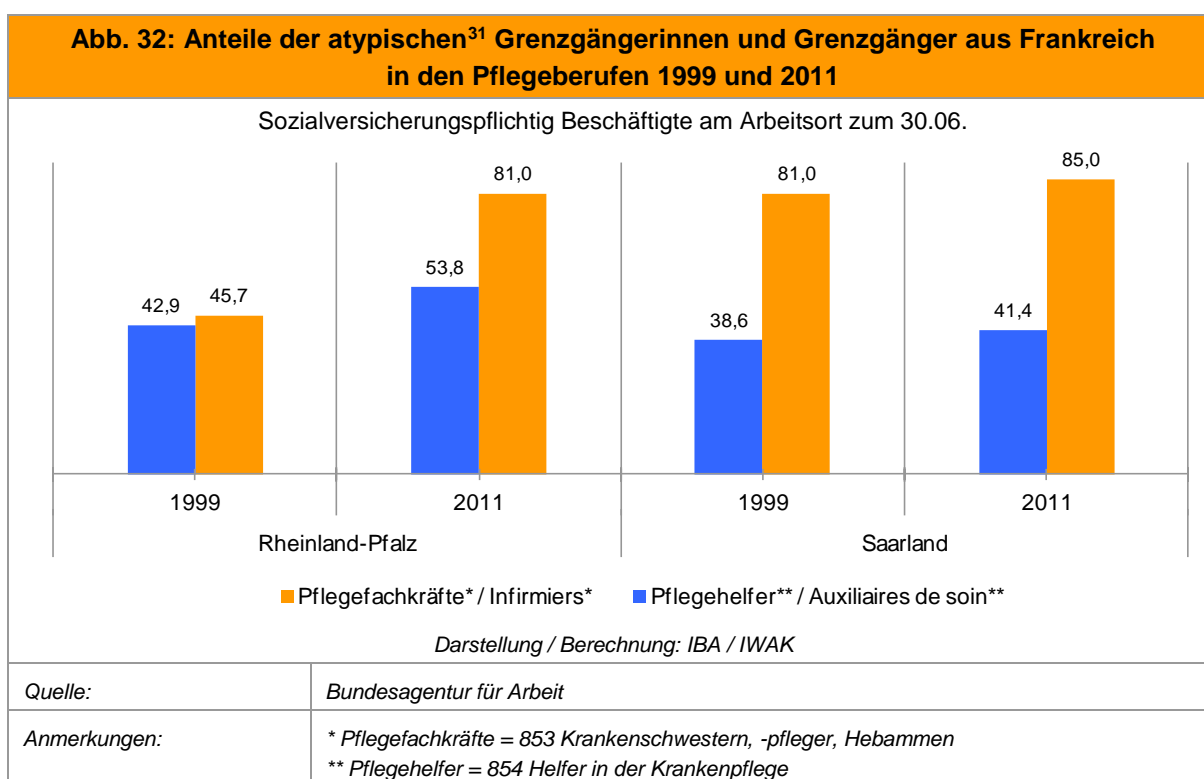


Quelle:	Bundesagentur für Arbeit
Anmerkungen:	nd = keine Daten verfügbar, da Fallzahlen ≤ 3

Auch bei den Pflegehelferinnen und Pflegehelfern dominieren sowohl im Saarland als auch in Rheinland-Pfalz die Einpendlerinnen und Einpendler aus Frankreich. Für die beiden anderen Länder liegt die Zahl entweder bei null oder ist so gering, dass keine Werte ausgewiesen werden konnten. Für beide Bundesländer gilt, dass in etwa nur halb so viele Pflegehelferinnen und Pflegehelfer wie Fachkräfte aus Frankreich einpendeln, wobei die Zahl der Helfer im Saarland seit 2007 zurückgegangen ist, während im gleichen Zeitraum die Zahl an einpendelnden Fachkräften zugenommen hat. Auch im Vergleich zu 1999 ist die Zahl der Helfer rückläufig (-13,1%), die Zahl der Fachkräfte ist hingegen stark angestiegen (+77,6%). Genau entgegengesetzt stellt sich die Entwicklung in Rheinland-Pfalz dar: Während sich hier die Zahl an Fachkräften seit 1999 leicht rückläufig entwickelt hat, ist die Zahl an einpendelnden Helfern aus Frankreich um 78,6% auf insgesamt 25 Personen gestiegen. Diese arbeiteten in erster Linie

im Landkreis Südliche Weinstraße (15 Personen). Hauptzielgebiet im Saarland ist der Regionalverband Saarbrücken, in dem 74 Personen der insgesamt 86 aus Frankreich einpendelnden Pflegehelferinnen und Pflegehelfer beschäftigt sind.

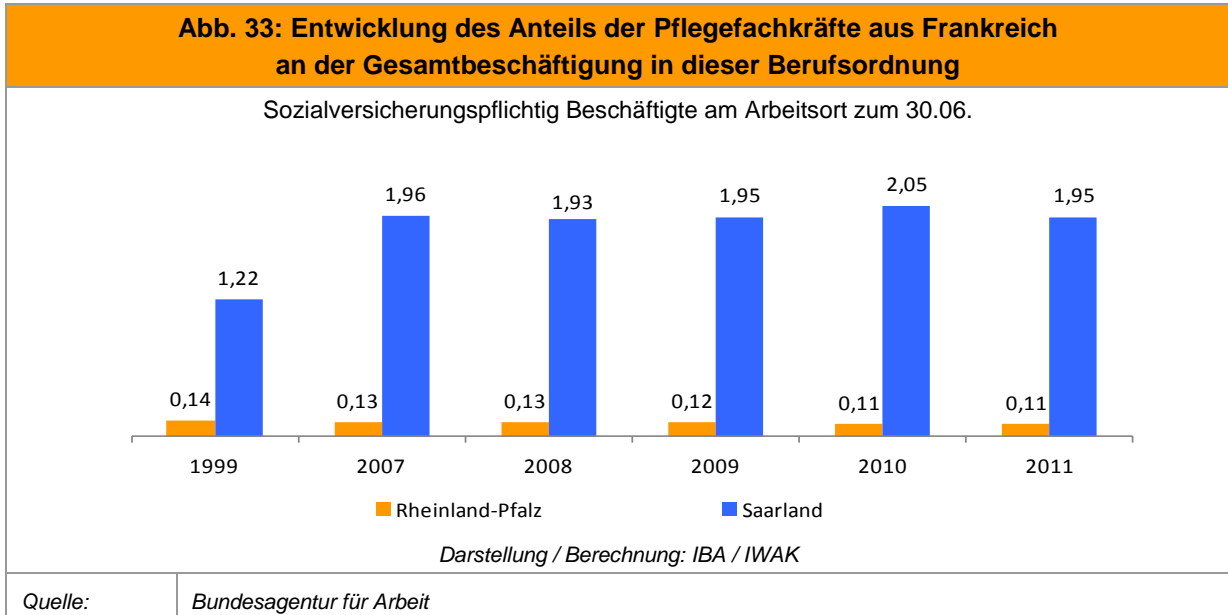
Im Folgenden stellte sich die Frage, ob es sich bei den Einpendlerinnen und Einpendlern aus Frankreich tatsächlich um Französisinnen und Franzosen handelt oder ob es Deutsche sind, die lediglich ihren Wohnsitz nach Frankreich verlegt haben. Die folgende Abbildung zeigt, dass im Jahr 2011 sowohl in Rheinland-Pfalz als auch im Saarland über 80% der einpendelnden Pflegefachkräfte deutscher Nationalität, also sogenannte atypische Grenzgänger, sind. Bei den Pflegehelferinnen und Pflegehelfern sind es gut 40% im Saarland und knapp 54% in Rheinland-Pfalz. Für beide Bundesländer, aber insbesondere für Rheinland-Pfalz gilt, dass der Anteil der atypischen Grenzgängerinnen und Grenzgänger in der Pflege seit 1999 angestiegen ist.



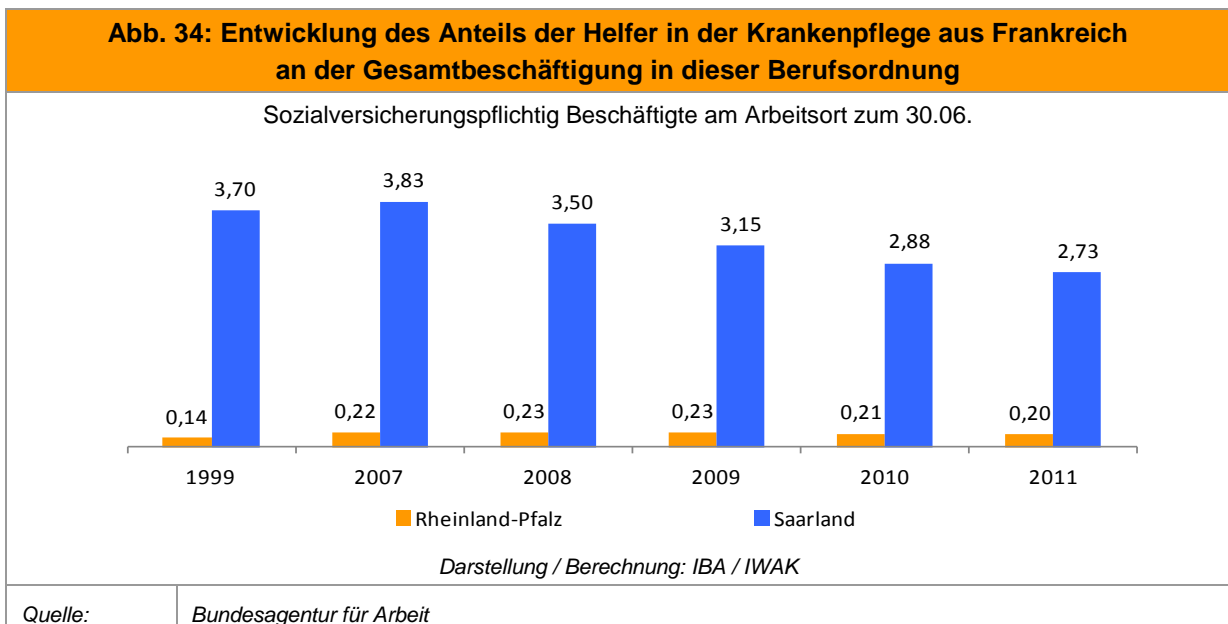
Über alle Berufe hinweg macht die Gruppe der atypischen Grenzgängerinnen und Grenzgänger ins Saarland rund 35% und nach Rheinland-Pfalz ca. 20% aller Grenzgängerinnen und Grenzgänger aus. Im Pflegebereich ist ihr Anteil damit deutlich höher als auf dem Gesamtarbeitsmarkt. Die Bedeutung des deutschen Pflegearbeitsmarktes ist demnach für französische Pflegefachkräfte und Pflegehelferinnen und Pflegehelfer gering. Das zeigt sich auch, wenn man betrachtet, wie viel Prozent aller Beschäftigten aus Frankreich stammen. Die 222 in Frankreich lebenden und im Saarland arbeitenden Pflegefachkräfte machten 2011 knapp 2% aller in dieser Berufsordnung beschäftigten Personen im Saarland aus. In Rheinland-Pfalz ent-

³¹ Atypische Grenzgänger sind Beschäftigte, die ihren Wohnsitz aus einem Teilgebiet der Großregion in ein anderes verlagert haben, aber weiterhin nahezu täglich in ihre ‚angestammte Region‘ an ihren Arbeitsplatz pendeln (in diesem Fall: Deutsche, die in Frankreich wohnen, aber im Saarland bzw. Rheinland-Pfalz arbeiten).

sprechen die 41 aus Frankreich einpendelnden Pflegefachkräfte lediglich 0,11% der Gesamtbeschäftigten in diesen Berufen. Zudem ist dieser Anteil in Rheinland-Pfalz rückläufig, während die Bedeutung der Grenzgängerinnen und Grenzgänger aus Frankreich im Saarland seit 1999 angestiegen ist (siehe unten). Allerdings ist dieser Anstieg stärker auf eine Zunahme der atypischen Grenzgänger zurückzuführen als auf eine Zunahme an Französisinnen und Franzosen in dieser Berufsgruppe.



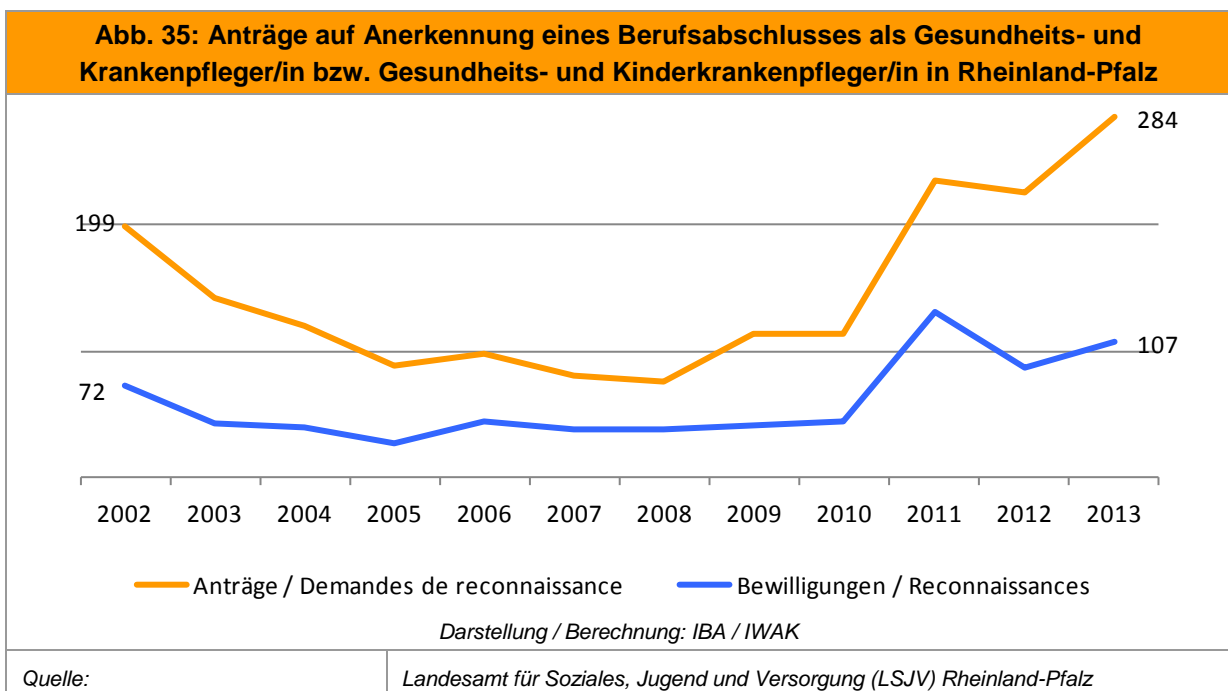
Die Einpendlerinnen und Einpendler aus Frankreich haben in beiden deutschen Bundesländern eine größere Bedeutung für die Berufsgruppe der niedriger qualifizierteren Pflegehelferinnen und Pflegehelfer als für die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte. Die Anteile der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer aus Frankreich an der Gesamtbeschäftigung in diesem Beruf sind höher als bei den Pflegefachkräften. In Rheinland-Pfalz hat ihre Bedeutung seit 1999 leicht zugenommen, während es im Saarland zu einem Rückgang kam (siehe Abb. 34).



Im Saarland ist nicht nur die absolute Zahl und der Anteil der Pflegekräfte aus Frankreich an der Gesamtbeschäftigung in den Pflegeberufen höher als in Rheinland-Pfalz, die Pflegeberufe (insbesondere die Pflegefachberufe) sind auch für die Einpendlerinnen und Einpendler aus Frankreich ins Saarland von größerer Bedeutung als für die Einpendlerinnen und Einpendler nach Rheinland-Pfalz. So arbeiteten im Saarland im Jahr 2011 ca. 1,6% der insgesamt 19.105 Grenzgängerinnen und Grenzgänger in einem Pflegeberuf, während der Anteil der Pflegekräfte an den Einpendlerinnen und Einpendlern nach Rheinland-Pfalz (4.846 Personen) bei nur 1,36% lag.

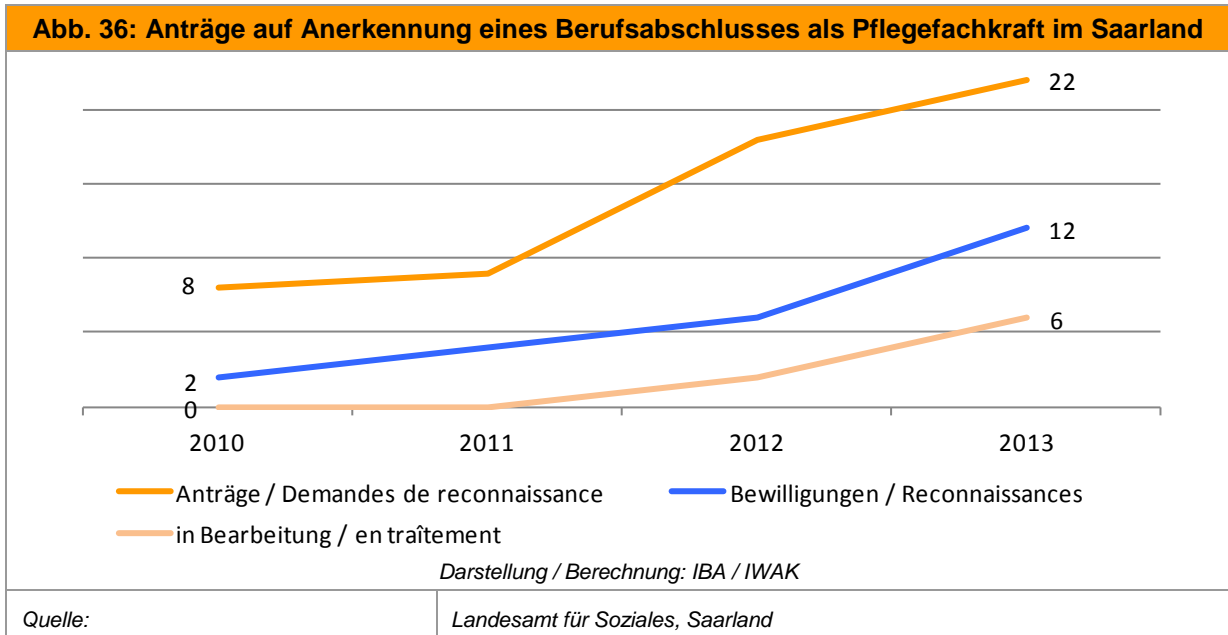
Für beide Bundesländer ist seit 1999 ein Anstieg der Bedeutung der Pflegeberufe für die Grenzgänger festzustellen – vor allem im Saarland, was dort insbesondere auf einen Anstieg des Anteils der Pflegefachkräfte zurückzuführen ist (von 0,53% auf 1,16%), während sich der Anteil der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer kaum verändert hat (0,45%). In Rheinland-Pfalz hingegen ist der Anteil der Pflegefachkräfte an allen einpendelnden Franzosen konstant geblieben (0,85%), dafür aber hat sich der Anteil der Helfer von 0,26% auf 0,52% verdoppelt. Die Zahlen liegen aber insgesamt auf niedrigem Niveau.

Die Bedeutsamkeit der Pflegearbeitsmärkte in Rheinland-Pfalz und im Saarland zeigt sich auch daran, wie viele ausländische Pflegekräfte einen Antrag auf Anerkennung ihres Berufsabschlusses stellen. Die für das Anerkennungsverfahren zuständigen Landesbehörden halten dazu Daten vor. In Rheinland-Pfalz haben im Jahr 2013 insgesamt 284 ausländische Personen mit einem ausländischen Diplom einen Antrag auf Anerkennung ihres Berufsabschlusses als Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegerin oder -pfleger gestellt. 107 dieser Anträge wurden im gleichen Jahr bewilligt. In den Jahren 2005 bis 2010 schwankte die Zahl der Anträge zwischen 76 und 113, von denen gut 40% bewilligt wurden. Im Jahr 2011 verdoppelte sich die Zahl der Anträge auf 234 und blieb auch 2012 auf ähnlich hohem Niveau. Im Jahr 2013 wuchs die Nachfrage nach Berufsanerkennungen noch einmal auf 284 Anträge. Die Bewilligungsquote blieb dabei relativ konstant.





Im Saarland werden weit weniger Anträge auf Anerkennung eines ausländischen Berufsabschlusses im Pflegebereich gestellt: Im Jahr 2013 wurden 22 Anträge von Pflegefachkräften eingereicht (davon zwölf bewilligt). Zudem lagen 15 Anträge von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern vor, von den elf bewilligt wurden. Die Zahl an Anträgen und Bewilligungen bei den Pflegefachkräften ist seit dem Jahr 2010 stark angestiegen, während die Zahlen bei den Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zwar Schwankungen unterliegen, aber ebenfalls eine eher steigende Tendenz aufweisen.



Insgesamt zeigen auch diese Daten, ebenso wie die davor präsentierten Einpendlerzahlen, dass die Pflegearbeitsmärkte in den deutschen Teilregionen für französische, luxemburgische und belgische Pflegekräfte nicht sehr attraktiv sind.

3.6.3 Mobilität in Richtung Lothringen

Aus Lothringen liegen leider keine Daten zu Beschäftigten in den Pflegeberufen mit Arbeitsort Lothringen und Wohnort Belgien, Deutschland oder Luxemburg vor. Auch die Anzahl der Anträge auf Anerkennung eines im Ausland erworbenen Berufsabschlusses in den Pflegeberufen konnte nicht untersucht werden.

3.6.4 Mobilität in Richtung Wallonie

3.6.4.1 Methodische Vorbemerkungen

Grundlage der Betrachtung der Grenzgängermobilität in die Wallonie im Pflegebereich bilden Beschäftigtenzahlen von ONSS³² (Office National de la Sécurité Sociale) zum 31.12. mit Arbeitsort Wallonie (inklusive DG Belgien) und Wohnland Frankreich, Deutschland oder Luxemburg. Die ONSS-Daten lassen allerdings keine Differenzierung nach Einzelberufen zu. Um den

³² Das ONSS erhebt und verwaltet die Arbeitgeber- und Arbeitnehmersozialbeiträge, mit denen verschiedene Bereiche der sozialen Sicherheit finanziert werden. Es erfasst und verteilt administrative Basisdaten im Auftrag anderer Einrichtungen der sozialen Sicherheit.

Pflegearbeitsmarkt für Einpendlerinnen und Einpendler in die Wallonie dennoch wenigstens ansatzweise darstellen zu können, wurde alternativ auf eine Betrachtung aller Beschäftigten in den drei „Pflegesektoren“ (siehe Kapitel 3.1) zurückgegriffen, unabhängig davon, ob es sich um Pflegekräfte oder Angehörige anderer Berufsgruppen handelt.

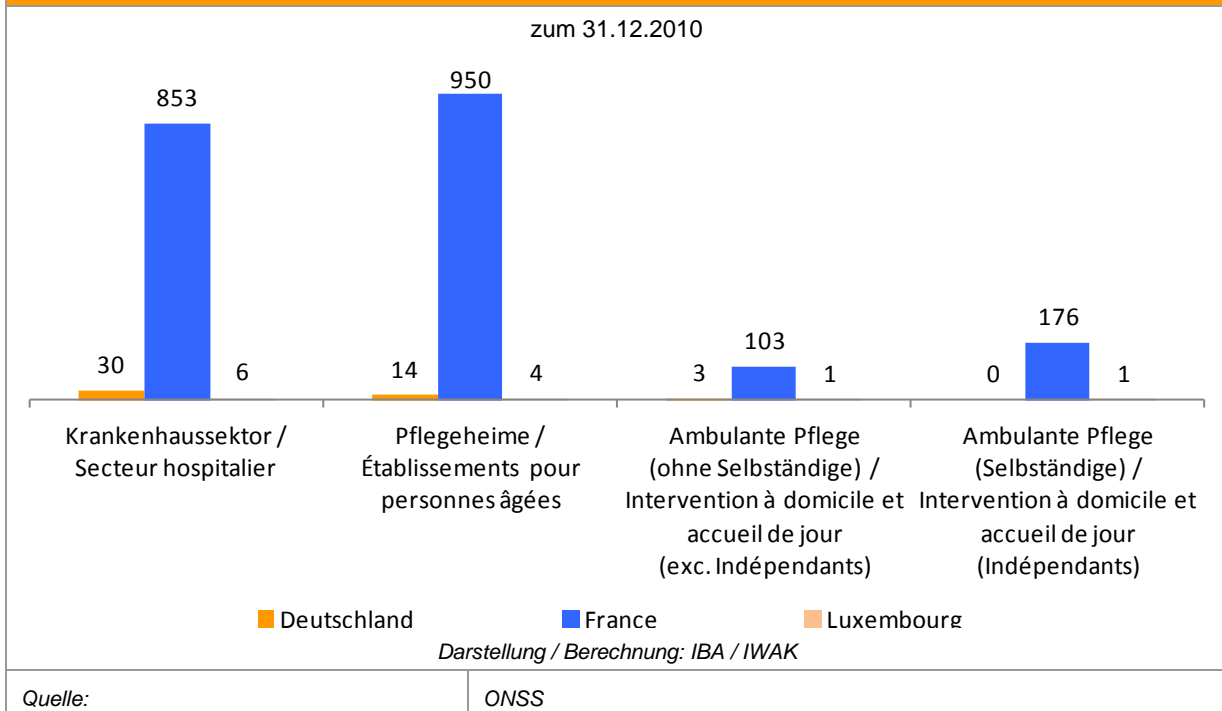
Die Daten werden im Folgenden für den Stichtag 31.12.2010 sowie nach Geschlecht, Altersgruppen, Teilzeit/Vollzeit und teilweise auf kleinräumiger Ebene (Provinzen) differenziert dargestellt. Hauptaugenmerk wurde bei der Betrachtung auf die Einpendlerinnen und Einpendler aus Frankreich gelegt, da die Fallzahlen für Grenzgängerinnen und Grenzgänger aus Deutschland und Luxemburg oft zu klein ausfallen, um weitere Differenzierungen vorzunehmen.

Angaben zu Anträgen und Bewilligungen ausländischer Ausbildungsabschlüsse in der Pflege standen nicht zur Verfügung. Über die Beschäftigtendaten hinaus wurden allerdings Informationen von ETNIC (l'Entreprise publique des Technologies nouvelles de l'Information et de la Communication) - CCBI (Centre de Compétences Business Intelligence) der Fédération Wallonie-Bruxelles zur Anzahl an Schülerinnen und Schülern für den Beruf „infirmier (-ière)“ nach Nationalität für die Jahre 2005-2012 untersucht. Diese Informationen tragen dazu bei, die Grenzgängermobilität in Richtung Wallonie zu beschreiben.

3.6.4.2 Ergebnisse

Aus den drei Ländern, zu denen die Teilgebiete der Großregion gehören, pendelten Ende 2010 insgesamt 2.141 Personen in die Wallonie ein, um in einem der drei „Pflegesektoren“ zu arbeiten. Der Großteil der Einpendlerinnen und Einpendler stammte aus Frankreich (über 97%). Die Einpendlerinnen und Einpendler aus Deutschland machten ca. 2,2% aus. Diese waren überwiegend im Krankenhaussektor beschäftigt (63,8%). Die französischen Einpendlerinnen und Einpendler arbeiteten beinahe zur Hälfte (46% bzw. 950 Personen) in stationären Altenpflegeeinrichtungen (NACE-Codes 87.10 und 87.301+87.302). Weitere 41% der in die Wallonie einpendelnden Französinen und Franzosen arbeiteten im Krankenhaussektor. Diese 853 Personen entsprachen knapp 1,5% des Krankenhauspersonals in der Wallonie. Größere Bedeutung hatten die 176 Französinen und Franzosen, die als selbstständige Pflegefachkraft arbeiteten (NACE-Code 86.906). Sie machten über 4% der Beschäftigten und Selbständigen im ambulanten Bereich aus. Unklar bleibt, wie viele atypische Grenzgängerinnen und Grenzgänger sich unter den einpendelnden Pflegekräften finden. Hierzu lagen keine Angaben vor.

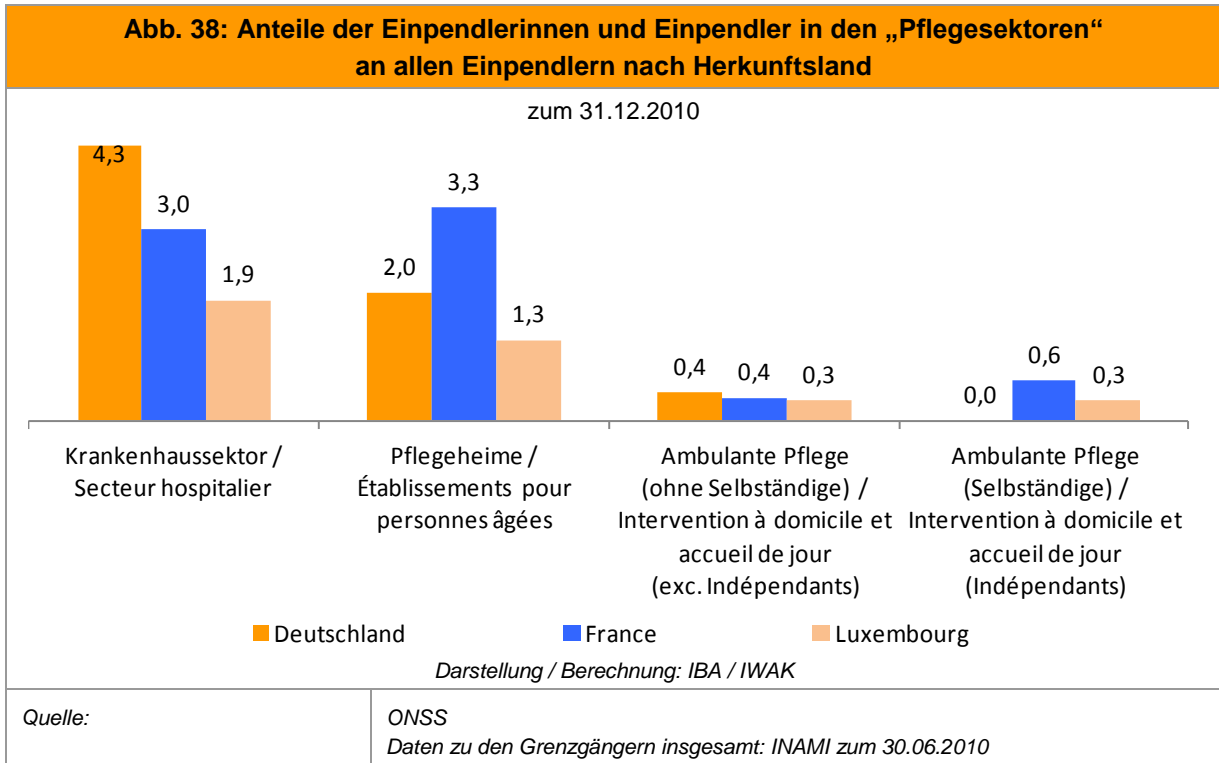
Abb. 37: Einpendlerinnen und Einpendler in den „Pflegesektoren“ nach Herkunftsland



Betrachtet man die belgischen Provinzen, in die eingependelt wird, zeigt sich, dass gut 82% der französischen Grenzgängerinnen und Grenzgänger in der Province Hainaut tätig sind³³. Demnach stammte der Großteil der in die Wallonie Einpendelnden vermutlich aus den Départements Nord und Ardennes und damit nicht aus Lothringen. Ähnliches gilt für die einpendelnden Deutschen, die alle in der Province Liège beschäftigt waren, welche sich in Grenznähe zu Nordrhein-Westfalen befindet. Beliebteste Zielgebiet der einpendelnden Luxemburgerinnen und Luxemburger ist die Province du Luxembourg.

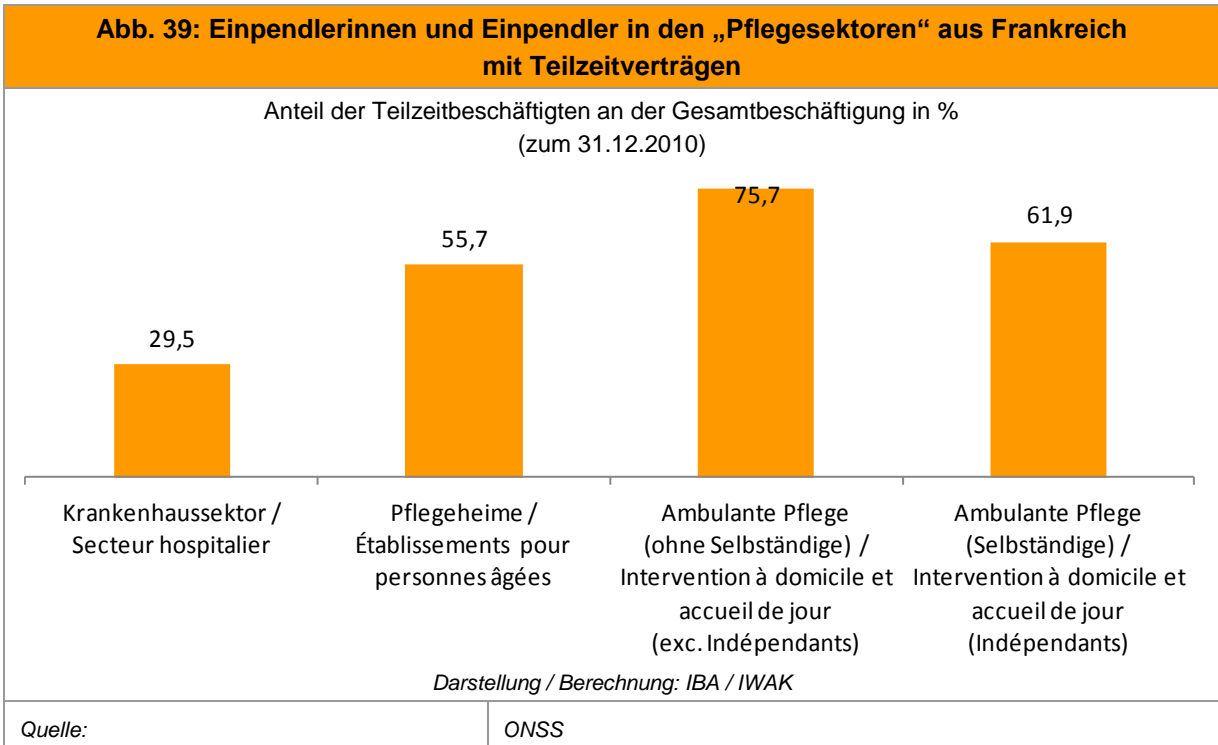
Die Bedeutung des Pflegearbeitsmarktes für die Einpendlerinnen und Einpendler unterscheidet sich je nach Herkunftsland (siehe Abb. 38). Von den über 28.600 Französischen und Franzosen, die insgesamt in die Wallonie pendeln, arbeiteten Ende 2010 nur gut 7,3% in einem der drei Pflegesektoren. Für die relativ kleine Gruppe an Grenzgängerinnen und Grenzgängern aus Deutschland ist der Pflegearbeitsmarkt von geringerer Bedeutung: 6,7% waren in Krankenhäusern, Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege beschäftigt. Insbesondere in den letzten Jahren hat die Bedeutung der wallonischen Pflegesektoren für Beschäftigte aus Deutschland zugenommen (+37%). Auch pendelten im Jahr 2010 mehr Französischen und Franzosen in die Pflegesektoren ein als noch im Jahr 2008 (+18,3%). Dieser Anstieg ist auf das Wachstum in den stationären Altenpflegeeinrichtungen (Sektor 87.30) zurückzuführen. Die Zahl an französischen Grenzgängerinnen und Grenzgänger im Krankenhaussektor hat hingegen im gleichen Zeitraum leicht abgenommen.

³³ Die Provinz-Zahlen sowie die Zahlen zur zeitlichen Entwicklung beziehen sich auf NACE 4-Steller statt auf 5-Steller, da die Daten auf Ebene der Provinzen und im Zeitverlauf zum Zeitpunkt der Berichterstellung lediglich auf NACE 4-Steller Ebene vorlagen. Hier wurden für die Pflegeheime die NACE-Codes 87.10 und 87.30 betrachtet und für die ambulante Pflege die NACE-Codes 86.90 und 88.10.

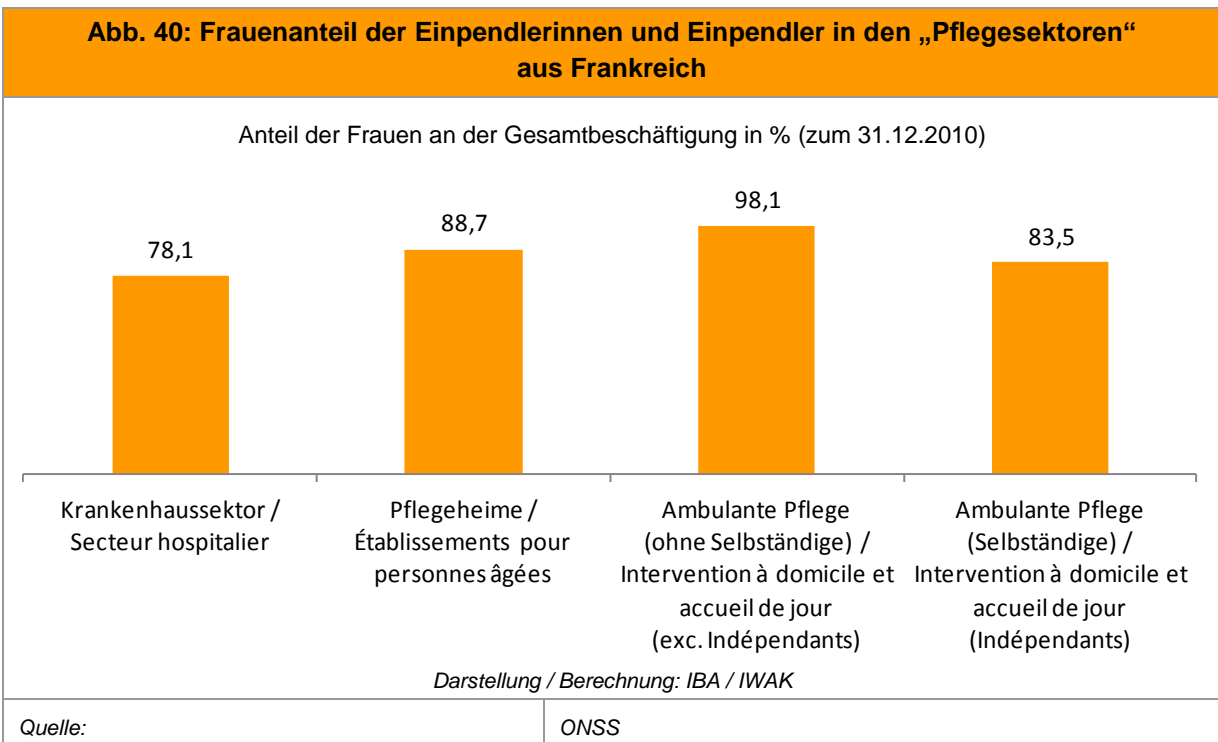


Um ein besseres Bild der Gruppe der Grenzgängerinnen und Grenzgänger in den Krankenhäusern, Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege zu zeichnen, werden im Folgenden strukturelle Merkmale betrachtet (Arbeitszeitumfang, Geschlechterverteilung, Altersstruktur). Dabei wird auf die französischen Einpendlerinnen und Einpendler fokussiert.

Der durchschnittliche Arbeitszeitumfang der Grenzgängerinnen und Grenzgänger variiert je nach Tätigkeitsbereich. Während im ambulanten Bereich mehr als drei Viertel der Beschäftigten in Teilzeit arbeiten, liegt dieser Anteil im Krankenhaussektor bei unter einem Drittel. Generell gilt, dass die Teilzeitbeschäftigung der Grenzgängerinnen und Grenzgänger in den Pflegesektoren relativ hoch liegt: Laut den Daten von Eurostat liegt die Teilzeitbeschäftigung allgemein in der Wallonie mit derzeit ca. 25% deutlich unter diesen Werten. Womöglich ist der hohe Anteil an weiblichen Beschäftigten eine Erklärung für die hohen Teilzeitquoten in den Pflegesektoren.

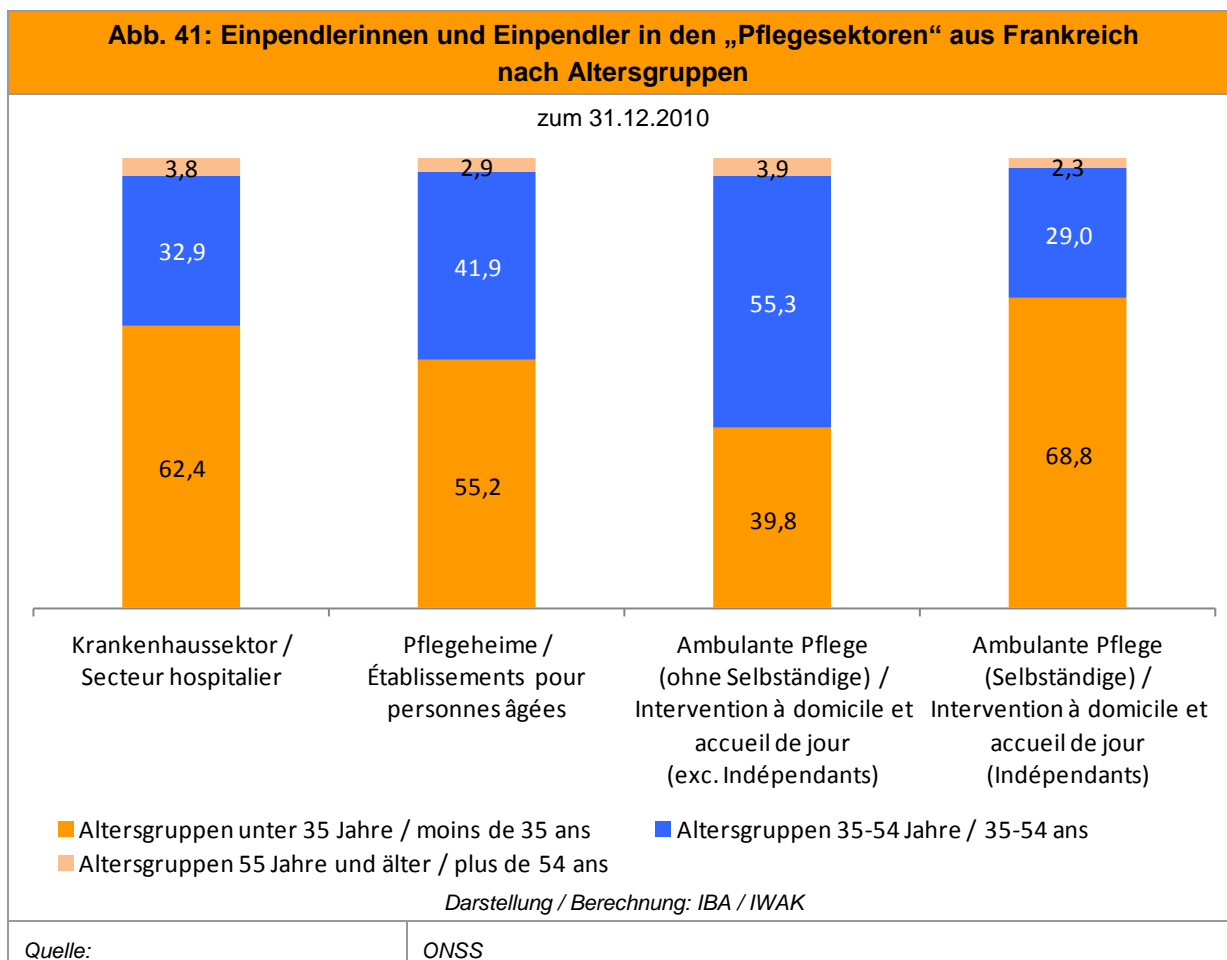


Über alle Pflegesektoren hinweg liegt der Frauenanteil an den französischen Grenzgängerinnen und Grenzgängern bei über 84%. Insbesondere die ambulanten Pflegedienste greifen beinahe ausschließlich auf weibliche Beschäftigte zurück. In den Krankenhäusern liegt der Anteil der Frauen unter den Einpendlerinnen und Einpendlern bei 78%.



Ein Blick auf die Altersstruktur der französischen Einpendlerinnen und Einpendler in die Pflegesektoren zeigt, dass der Großteil unter 35 Jahre alt ist (siehe Abb. 41). Eine Ausnahme stellen die ambulanten Pflegedienste (88.10) dar, in denen über die Hälfte der Beschäftigten

zwischen 35 und 54 Jahre alt ist. Am stärksten sind die jüngeren Pendlerinnen und Pendler im Bereich der selbstständig tätigen Pflegefachkräfte (Sektor 86.906) vertreten.



Tendenziell scheinen es also eher jüngere Personen zu sein, die aus Frankreich in die Pflegesektoren in der Wallonie einpendeln. Der Frauenanteil unter den Einpendelnden ist sehr hoch, Teilzeitbeschäftigung ist zumindest außerhalb des Krankenhausbereiches die Regel.

Mobilität in die Wallonie gibt es nicht nur, was Beschäftigte in Krankenhäusern, Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege angeht, sondern auch im Bereich der Ausbildung bzw. des Pflegestudiums. Zwar gibt es kaum deutsche und luxemburgische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger, die ein Pflegestudium in der Wallonie absolvieren, aber beinahe 19% der Krankenpflege-Studierenden in der Wallonie kommen aus Frankreich. Dies entspricht 974 Personen im Jahr 2012. Beinahe die Hälfte dieser Studierenden besuchte eine Schule im westlich gelegenen Arrondissement Tournai in der Province Hainaut. Da dieses Arrondissement nicht an Lothringen grenzt, ist davon auszugehen, dass die Studierenden eher aus anderen Teilen Frankreichs stammen.

Da die wallonischen Krankenpflegeschulen im Gegensatz zu den französischen IFSIs (Instituts de formation en soins infirmiers) keine Aufnahmeprüfung verlangen, ist das wallonische Studium für viele Französischen und Franzosen eine beliebte Alternative, sich in ihrer Muttersprache für ihren gewünschten Beruf zu qualifizieren. Hierbei handelt es sich hauptsächlich um die Erstausbildung, Weiterbildungen und Spezialisierungen werden nur zu einem geringen

Teil von Französinnen und Franzosen besucht.³⁴ Dies kann auch damit zusammen hängen, dass letztere häufig berufsbegleitend absolviert werden und Berufstätige nicht mehr so einfach einen Wohnortwechsel vollziehen können oder wollen.

Tab. 12: Anzahl der Schüler im Beruf „infirmier (-ière)“ nach Nationalität 2012

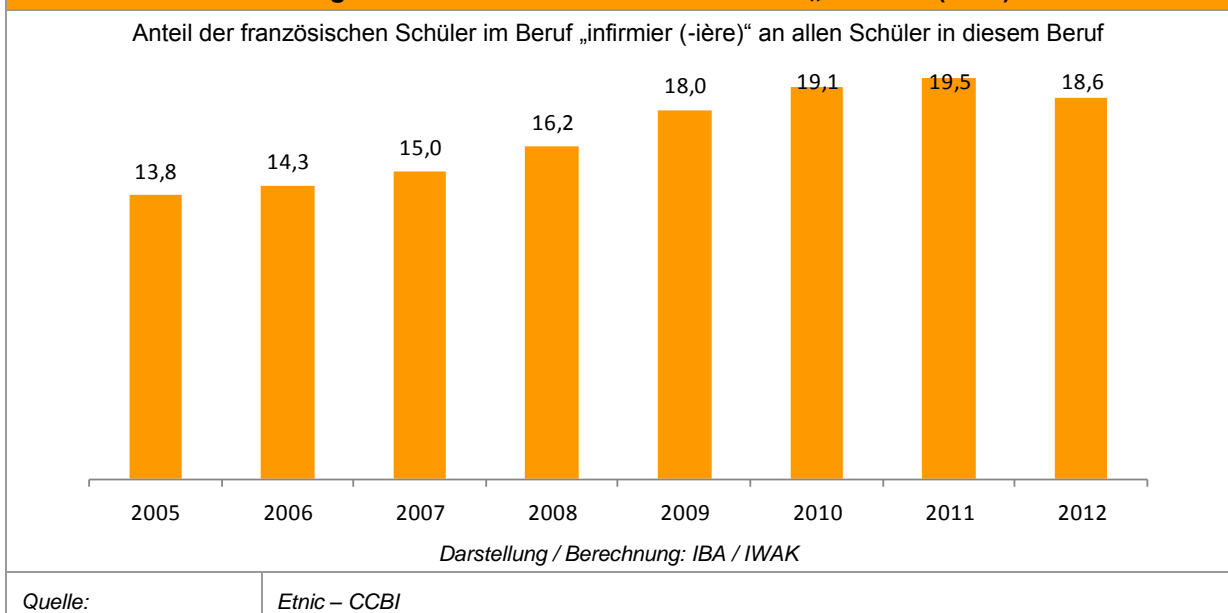
	Gesamt	davon ohne Weiterbildung / Spezialisierung	davon mit Weiterbildung / Spezialisierung
Insgesamt	5.241	4.800	441
Belgien	3.889	3.503	386
Deutschland	2	2	0
Frankreich	974	938	36
Luxemburg	8	8	0

Quelle: Etnic - CCBI

Die zeitliche Entwicklung zeigt, dass der Anteil der französischen Studierenden zwischen 2005 und 2011 stetig gestiegen ist (+5,7 Prozentpunkte). Erst zwischen 2011 und 2012 ging sowohl der Anteil als auch die Absolutzahl leicht zurück (-0,9 Prozentpunkte bzw. -23 Personen).

Keine Informationen liegen zum Verbleib der Absolventinnen und Absolventen vor. Einschätzungen beteiligter Expertinnen und Experten deuten jedoch darauf hin, dass die Mehrheit nach Abschluss der Ausbildung in ihre Herkunftsregion zurückkehrt und damit nicht dem wallonischen Pflegearbeitsmarkt zur Verfügung steht.

Abb. 42: Entwicklung der französischen Schüler im Beruf „infirmier (-ière)“ 2005-2012



³⁴ Von den französischen Studierenden besuchten 3,7% eine Aus- oder Weiterbildung zu einem „infirmier (-ière)“-Beruf mit Spezialisierung. Von den belgischen Studierenden absolvierten relativ mehr Studierende eine Spezialisierung (knapp 10%).

3.6.5 Mobilität in die DG Belgien

3.6.5.1 Methodische Vorbemerkungen

Daten des Ministeriums der DG liefern Informationen zur Grenzgängermobilität. Erfasst wird das beschäftigte ausländische Pflegepersonal (insbesondere mit deutscher Nationalität). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2010 und bilden den Krankenhaussektor sowie die Alten- und Pflegewohnheime ab. Für die ambulanten Pflegedienste liegen keine Daten vor. Ebenso fehlen Angaben zur Entwicklung im Zeitverlauf, zu strukturellen Merkmalen und zu Anträgen und Anerkennungen ausländischer Abschlüsse. Stattdessen hält das Ministerium der DG jedoch Informationen über die Abwanderung von Pflegepersonal aus der DG Belgien nach Deutschland, Luxemburg oder innerhalb Belgiens vor. Diese Daten gelten ebenfalls nur für Krankenhäuser und Pflegeheime und bilden den Zeitraum von 2005 bis 2010 ab.

3.6.5.2 Ergebnisse

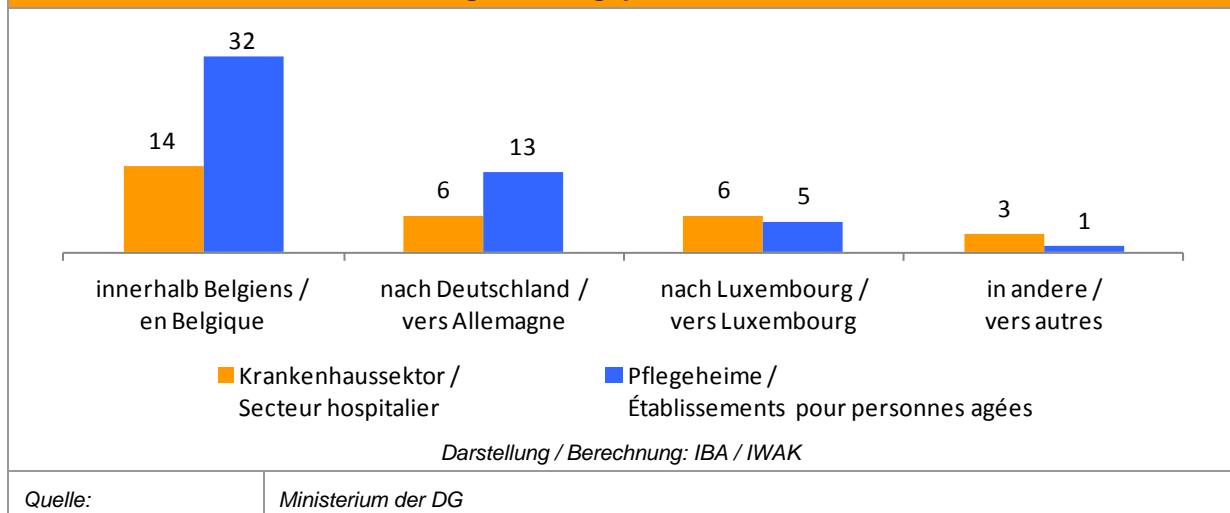
Insgesamt arbeiten 51 ausländische Pflegekräfte in den Krankenhäusern und Alten- und Pflegeheimen der DG Belgien. 84% davon sind deutscher Nationalität. Im Krankenhaussektor machen die 20 deutschen Pflegekräfte 4,3% des gesamten Pflegepersonals aus. In den Alten- und Pflegewohnheimen entsprechen die 23 deutschen Pflegekräfte 4,9% der Beschäftigten.

Tab. 13: Ausländisches Pflegepersonal in der DG Belgien 2010

	Krankenhaussektor		Alten- und Pflegewohnheime	
	Anzahl	Anteil an allen Beschäftigten in %	Anzahl	Anteil an allen Beschäftigten in %
Insgesamt	24	5,2	27	5,7
davon aus Deutschland	20	4,3	23	4,9

Quelle: Ministerium der DG (eigene Berechnungen)

Die Betrachtung der Abwanderung von Pflegepersonal aus der DG in andere Teilregionen der Großregion im Zeitraum 2005 bis 2010 zeigt, dass die Abwanderung im Bereich der Alten- und Pflegewohnheime (51 Personen) größer ist als im Krankenhausbereich (29 Personen). Für beide Bereiche gilt, dass der größte Strom innerhalb Belgiens abwandert (62,7% in den Alten- und Pflegewohnheimen; 48,3% im Krankenhausbereich). Je 20% des Pflegepersonals aus dem Krankenhaussektor zieht es nach Deutschland und nach Luxemburg. Das Pflegepersonal aus den Alten- und Pflegewohnheimen orientiert sich hingegen eher nach Deutschland (13 Personen = 25,5%) als nach Luxemburg (5 Personen = 9,8%). Die Pflegearbeitsmärkte anderer Teilregionen spielen für das abwanderungswillige Pflegepersonal in der DG Belgien kaum eine Rolle.

Abb. 43: Abwanderung von Pflegepersonal zwischen 2005 und 2010


3.6.6 Mobilität in Richtung Luxemburg

3.6.6.1 Methodische Vorbemerkungen

Um die Mobilität auf dem Pflegearbeitsmarkt in Luxemburg abzubilden, wurde auf drei Datenquellen zurückgegriffen. Zum einen wurden Daten der Generalinspektion für soziale Sicherung (IGSS) verwendet, zum anderen Daten des Bildungsministeriums und des Gesundheitsministeriums.

IGSS-Daten

Ein Großteil des Datenmaterials zur Grenzgängermobilität nach Luxemburg im Pflegebereich basiert auf den Daten der Generalinspektion für soziale Sicherung (IGSS), wo alle in Luxemburg sozialversicherungspflichtig Beschäftigten registriert werden. Die IGSS-Datenbank lässt im Allgemeinen sowohl eine Differenzierung nach der Statistischen Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft (NACE auf 4-Steller-Ebene) als auch nach der Internationale Standardklassifikation der Berufe (ISCO) zu. Allerdings musste im Projekt von einer Differenzierung nach Einzelberufen abgesehen werden, da die Angaben zu unvollständig sind – lediglich ca. zwei Drittel aller Beschäftigten können einem der ISCO-Codes zugeordnet werden³⁵.

Bei der Auswahl der hier betrachteten „Pflegesektoren“ wurde sich an Kap. 3.1 orientiert:

- Krankenhausbereich = NACE 86.10
- Pflegeheime = NACE 87.30
- Ambulante Pflegedienste = NACE 88.10

Die IGSS-Daten nach NACE wurden im Folgenden für die Jahre 2013 und 2009 (jeweils zum 31.03.) sowie nach Geschlecht, Altersgruppen, Teilzeit/Vollzeit und Befristung differenziert dargestellt. Auf kleinräumiger Ebene wurden die Daten für das Jahr 2013 (zum 30.09) sowie

³⁵ Die Zuordnungen erfolgen auf Aussagen / Einschätzungen der Beschäftigten selbst, die zudem häufig nicht aktualisiert werden. Die Abweichung für den ISCO-Code 322 (nicht akademische Krankenpflege- und Geburtshilfeschäfte) beträgt im März 2013 +/- ca. 3.500 Personen.

die Entwicklung seit 2009 dargestellt, wobei hierbei eine leichte Unschärfe in den Berechnungen entstanden ist, da eine geringe Anzahl an Beschäftigten zwar einem Teilgebiet der Großregion zugordnet werden konnten, allerdings keiner kleinräumigeren Ebene (bspw. konnten im Sektor 86.10 in Belgien 29 von 1.694 Pendlerinnen und Pendlern keinem Arrondissement, aber 17 dieser 29 Personen dennoch der Region Wallonie zugeordnet werden).

Daten des Gesundheitsministeriums

Da – wie oben erläutert – die IGSS-Daten keine Differenzierung nach Berufen zulassen, wurde für die Betrachtung der Grenzgängermobilität in Luxemburg zusätzlich auf Daten des Gesundheitsministeriums (Ministère de la Santé) zurückgegriffen. Die Daten bilden Informationen über die bei dem Ministerium zum 31.12. registrierten Gesundheitsberufe ab. Sie ermöglichen zumindest für den Krankenhaussektor eine Differenzierung der beschäftigten Pflegekräfte nach Wohnland. Für den Bereich der Pflegeheime und der ambulanten Pflege liegen keine vergleichbaren Daten vor.

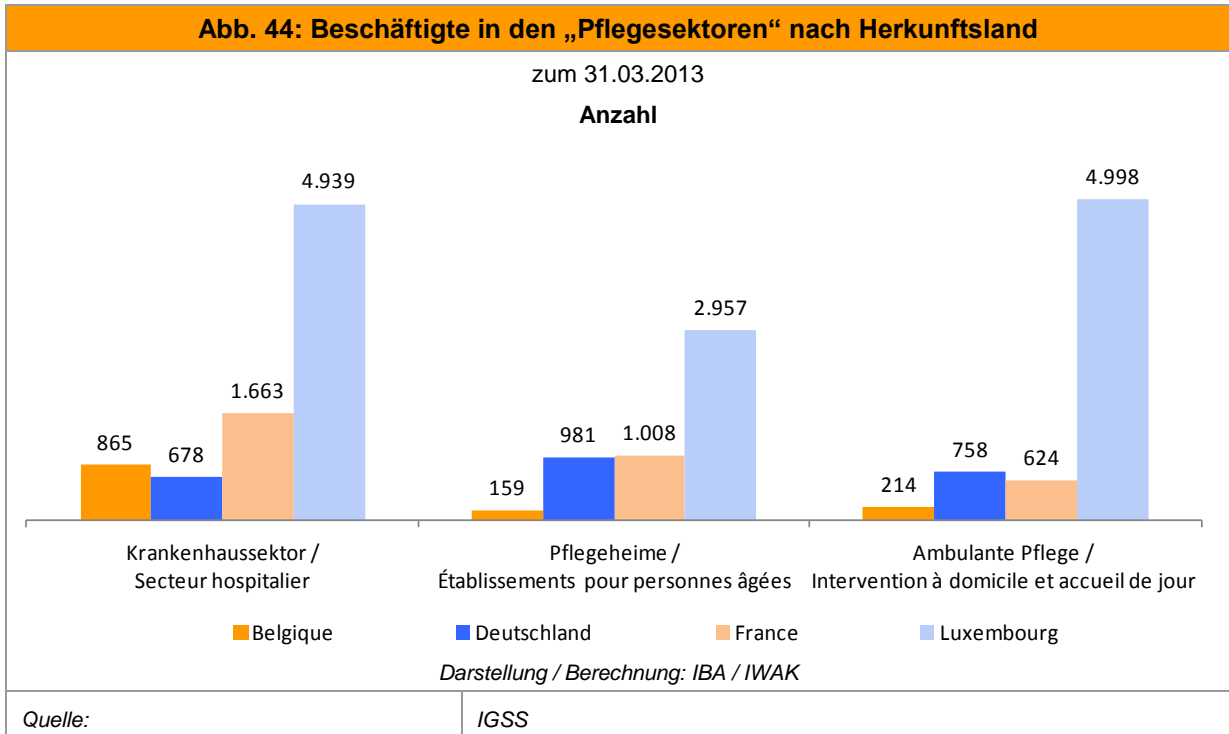
Daten des Bildungsministeriums

Um die Grenzgängermobilität nach Luxemburg noch detaillierter zu beleuchten, wurden neben den Beschäftigtendaten auch Informationen des luxemburgischen Bildungsministeriums (Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse) zusammengetragen. Hier wird die Anerkennung ausländischer Diplome in der Krankenpflege (Berufe „Infirmier“ und „Aide-soignant“) erfasst. Diese Daten werden von STATEC vorgehalten. Betrachtet wurde der Zeitraum vom Schuljahr 1999/2000 bis 2012/2013.

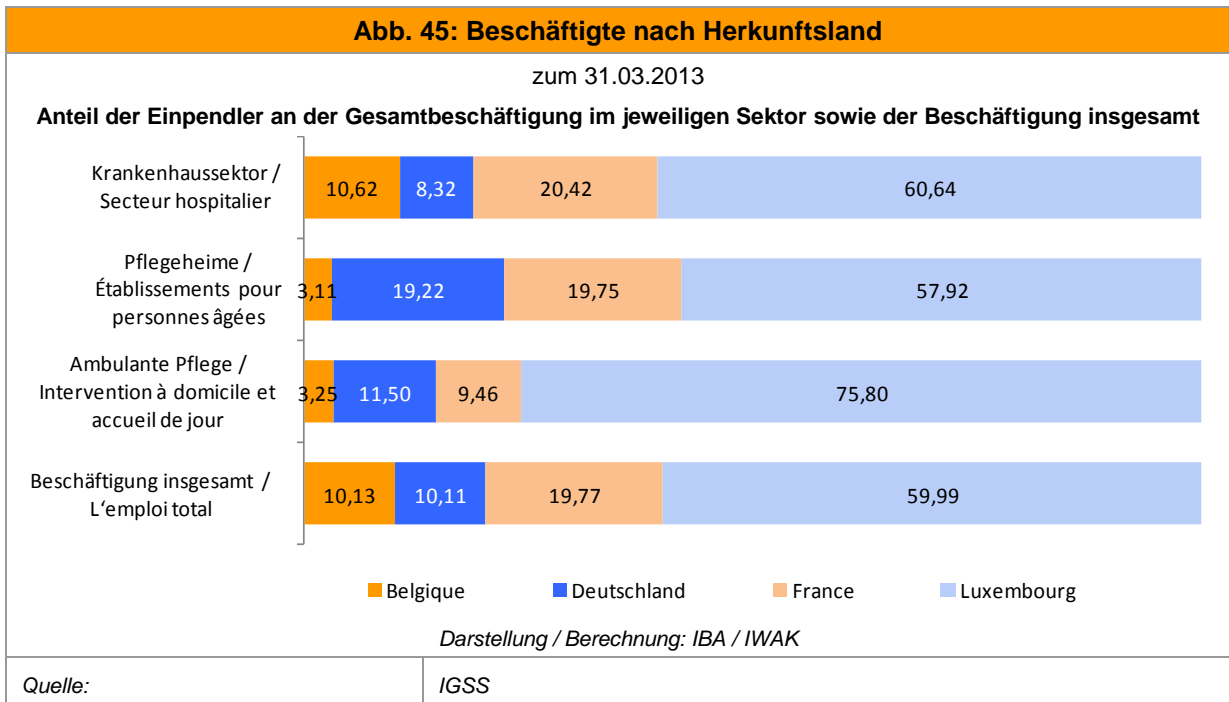
3.6.6.2 Ergebnisse

Im Folgenden werden die vorhandenen Ergebnisse zur Mobilität von Pflegekräften nach Luxemburg dargestellt. Zunächst werden Beschäftigtendaten für die drei Pflegesektoren präsentiert. Mittels kartografischer Darstellungen wird im ersten Unterkapitel gezeigt, aus welchen Regionen in die drei Sektoren eingependelt wird. Anschließend folgt ein Unterkapitel mit strukturellen Merkmalen der Beschäftigten je nach Herkunftsland und Sektor. Eine Vertiefung für den Krankenhaussektor sowie die Betrachtung der anerkannten ausländischen Diplome schließen sich an.

Ein großer Teil der Beschäftigten in den drei Pflegesektoren Krankenhaus (86.10), Pflegeheim (87.30) und ambulante Pflege (88.10) sind Grenzgängerinnen und Grenzgänger. 60,6% der Beschäftigten im Krankenhausbereich und 57,9% der Beschäftigten in Pflegeheimen leben in Luxemburg. Die übrigen Beschäftigten leben in Deutschland, Belgien und Frankreich. Dies entspricht in etwa dem Anteil der Grenzgängerinnen und Grenzgänger auf dem luxemburgischen Arbeitsmarkt allgemein. Höher ist der Anteil inländischen Personals in der ambulanten Pflege, wo 75,8% der Beschäftigten im Großherzogtum ansässig sind.

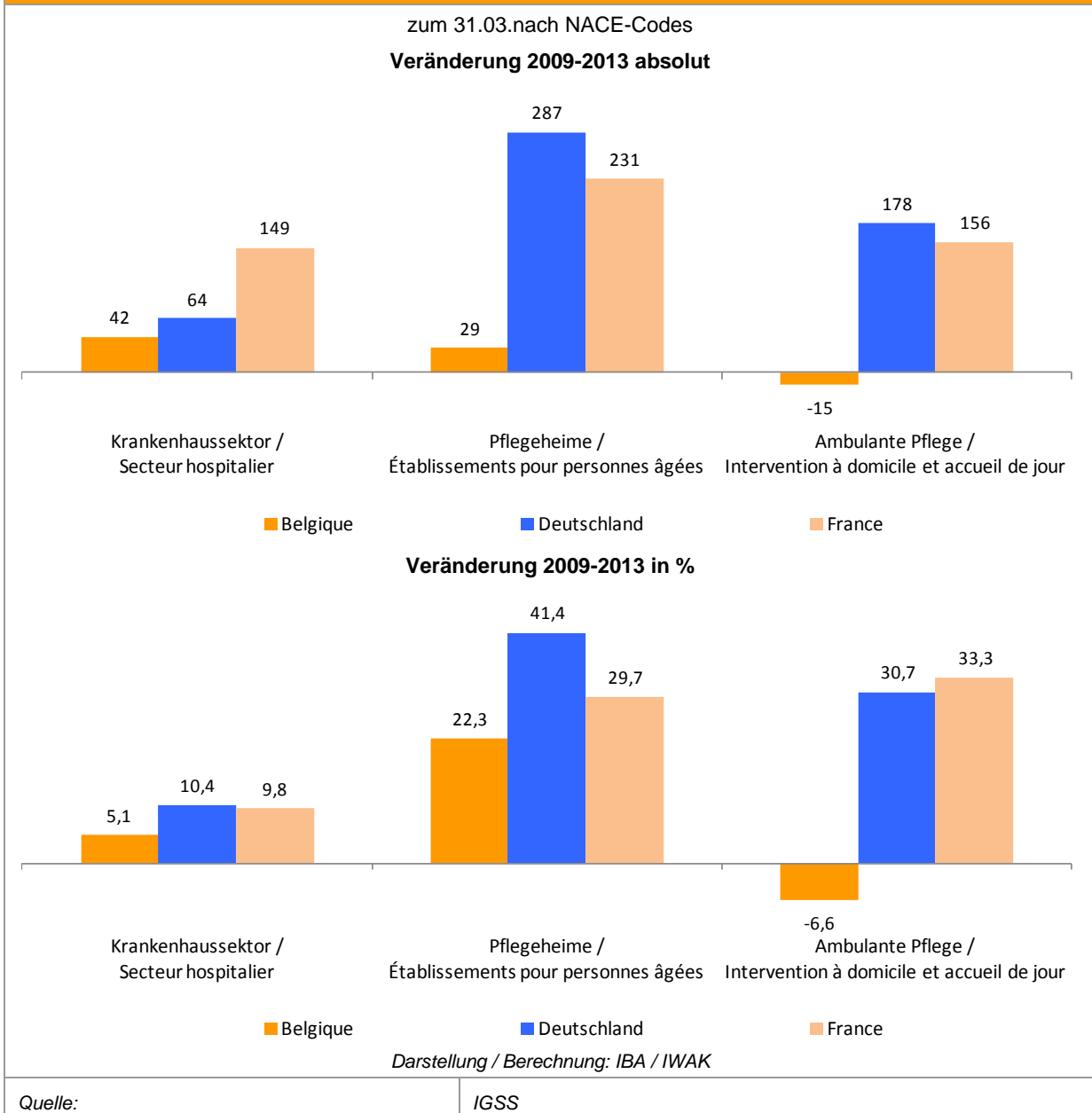


Die meisten Pendlerinnen und Pendler leben in Frankreich. 19,8% aller Beschäftigten in Luxemburg sind Französinnen und Franzosen. Ähnlich hoch ist ihr Anteil an den Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeheimen. In den ambulanten Pflegediensten sind sie mit 9,5% unterrepräsentiert. Belgierinnen und Belgier sind im Vergleich zum Gesamtarbeitsmarkt seltener in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten tätig. Ihr Anteil in den Krankenhäusern entspricht zwar dem Durchschnitt (gut 10%), insgesamt ist in den drei Pflegesektoren aber verhältnismäßig weniger belgisches Personal tätig als auf dem Gesamtarbeitsmarkt. Dies gilt nicht für Grenzgängerinnen und Grenzgänger aus Deutschland. Sie sind in den Pflegesektoren mit 12,2% etwas stärker repräsentiert als auf dem Gesamtarbeitsmarkt (10,1%). Überdurchschnittlich häufig sind sie in Pflegeheimen tätig, 19,2% der Beschäftigten in diesem Sektor sind Deutsche. In der ambulanten Pflege liegt ihr Anteil mit 11,5% leicht über dem Durchschnitt. Im Krankenhausbereich sind dagegen nur 8,3% der Beschäftigten Deutsche.



Im Vergleich zum Jahr 2009 haben die Grenzgängerströme im Jahr 2013 aus allen drei Ländern und in alle drei Pflegesektoren zugenommen (siehe Abb. 46). Eine Ausnahme ist die Beschäftigung von Belgierinnen und Belgiern in der ambulanten Pflege (-15 Personen bzw. -6,6%). Der stärkste Anstieg ist bei den Grenzgängerinnen Grenzgängern aus Deutschland im Bereich der Pflegeheime zu beobachten (+287 Personen bzw. +41,4%).

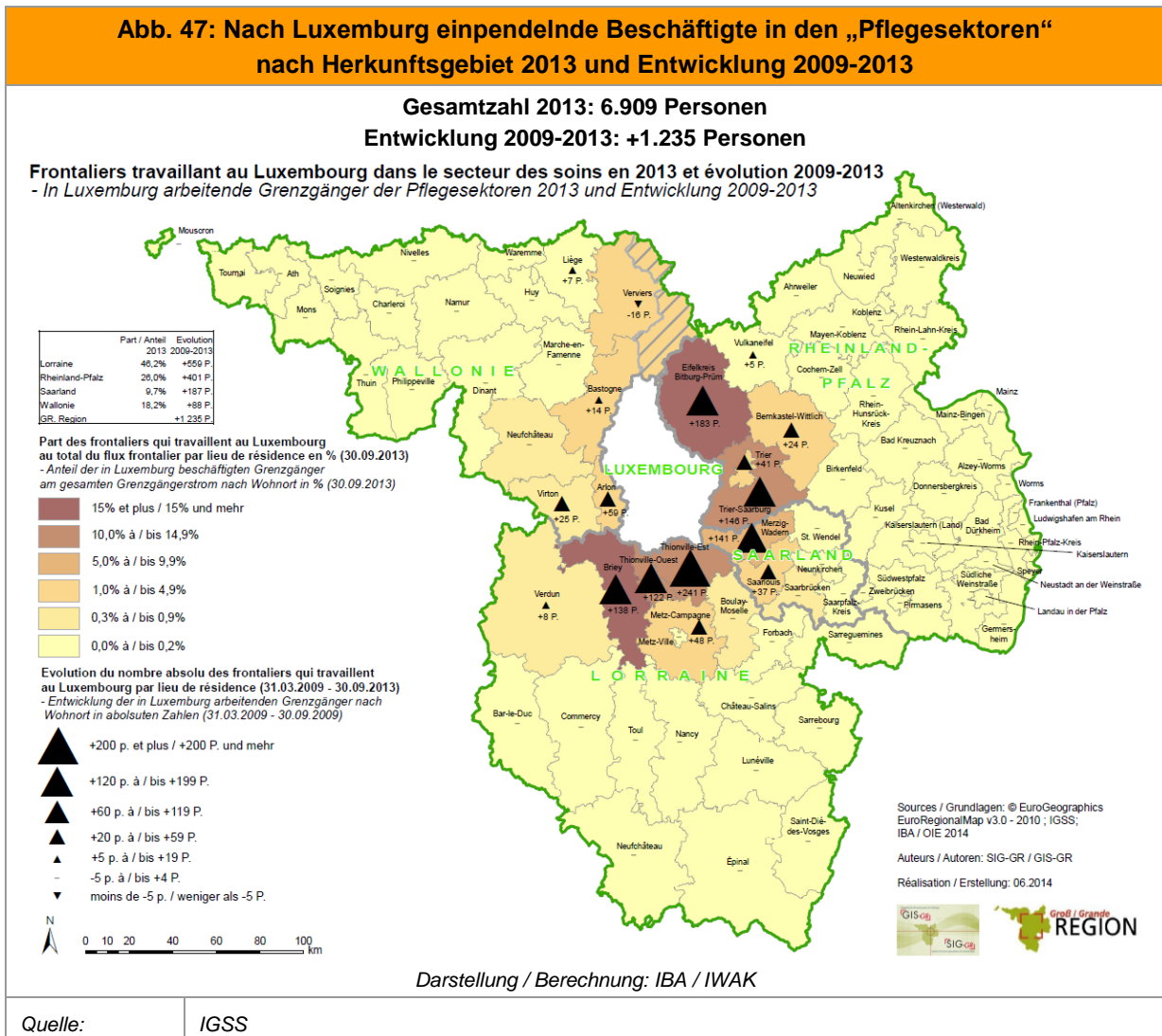
Abb. 46: Entwicklung der Einpendlerinnen und Einpendler in den „Pflegesektoren“ nach Herkunftsland zwischen 2009 und 2013



3.6.6.2.1 Herkunftsregionen der Grenzgängerinnen und Grenzgänger

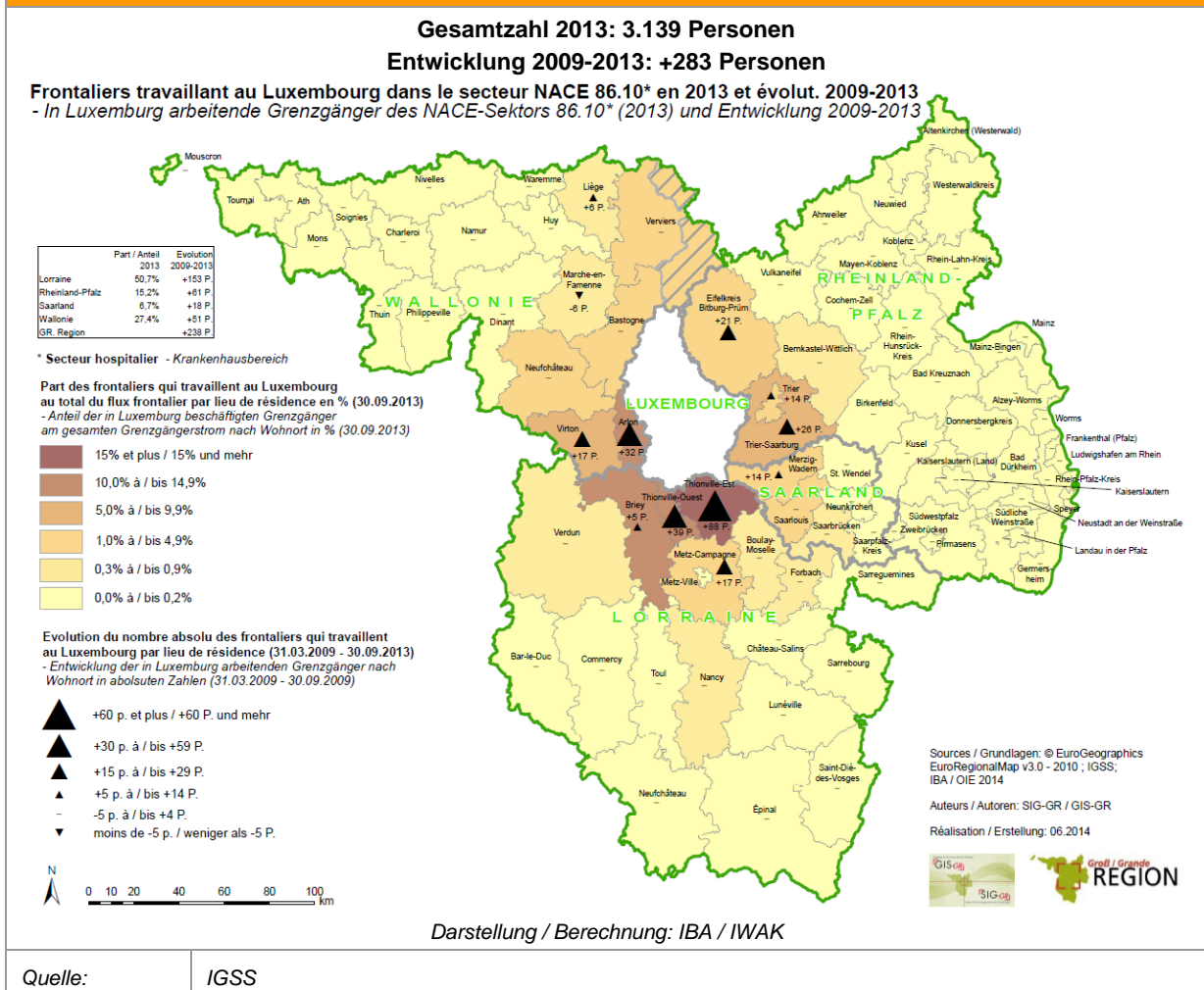
Die Betrachtung der Grenzgängerströme in die Pflegesektoren auf kleinräumiger Ebene zeigt, dass die meisten Einpendlerinnen und Einpendler in Grenznähe zu Luxemburg wohnen. Der größte Anteil kommt aus dem französischen Arrondissement Thionville-Est (17,5% bzw. 1.206 Personen), gefolgt von dem französischen Arrondissement Briey (14,6%) sowie den rheinland-pfälzischen Landkreisen Bitburg-Prüm und Trier-Saarburg, die jeweils knapp 11% aller Grenzgängerinnen und Grenzgänger in den Pflegesektoren ausmachen. Zusätzlich entsprechen die 215 Pendlerinnen und Pendler aus der kreisfreien Stadt Trier über 3%. Das größte Einzugsgebiet der Wallonie bildet mit 7,6% bzw. 524 Personen das Arrondissement Arlon. Eine ähnliche Bedeutung kommt dem Landkreis Merzig-Wadern im Saarland zu (7,2%).

In der kartografischen Darstellung wird durch die Dreiecke zusätzlich die Entwicklung der Grenzgängerströme seit 2009 dargestellt. Deutlich wird, dass Thionville-Est nicht nur größtes Einzugsgebiet ist, sondern in absoluten Zahlen auch am stärksten gewachsen ist (+241 Personen). Generell gilt, dass die grenznahen Gebiete mit hohen Anteilen auch die stärksten Zuwächse zu verzeichnen haben. Auffallend ist die Entwicklung im wallonischen Arrondissement Verviers, dort nahm die Zahl der Pendlerinnen und Pendler von 141 auf 125 Personen ab.



Auch die meisten Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die im Krankenhaussektor beschäftigt sind, wohnen in Grenznähe zu Luxemburg. Der größte Anteil kommt aus dem französischen Arrondissement Thionville-Est (22% bzw. 686 Personen), gefolgt von den Arrondissements Briey (13%) und Thionville-Ouest (10%) sowie dem wallonischen Arrondissement Arlon (12%). Auch dem wallonischen Arrondissement Virton kommt eine relativ hohe Bedeutung zu. Die Anteile aus den deutschen Regionen sind hingegen relativ gering. In Rheinland-Pfalz bilden die Gebietskörperschaften Trier-Saarburg (7,5%) bzw. Trier (2,9%) mit insgesamt 322 Personen das größte Einzugsgebiet. Auf saarländischer Seite ist der Kreis Merzig-Wadern mit 4,5% aller Einpendlerinnen und Einpendler (140 Personen) bedeutsam. Generell gilt, dass die grenznahen Gebiete mit hohen Anteilen auch die stärksten Zuwächse seit dem Jahr 2009 zu verzeichnen haben.

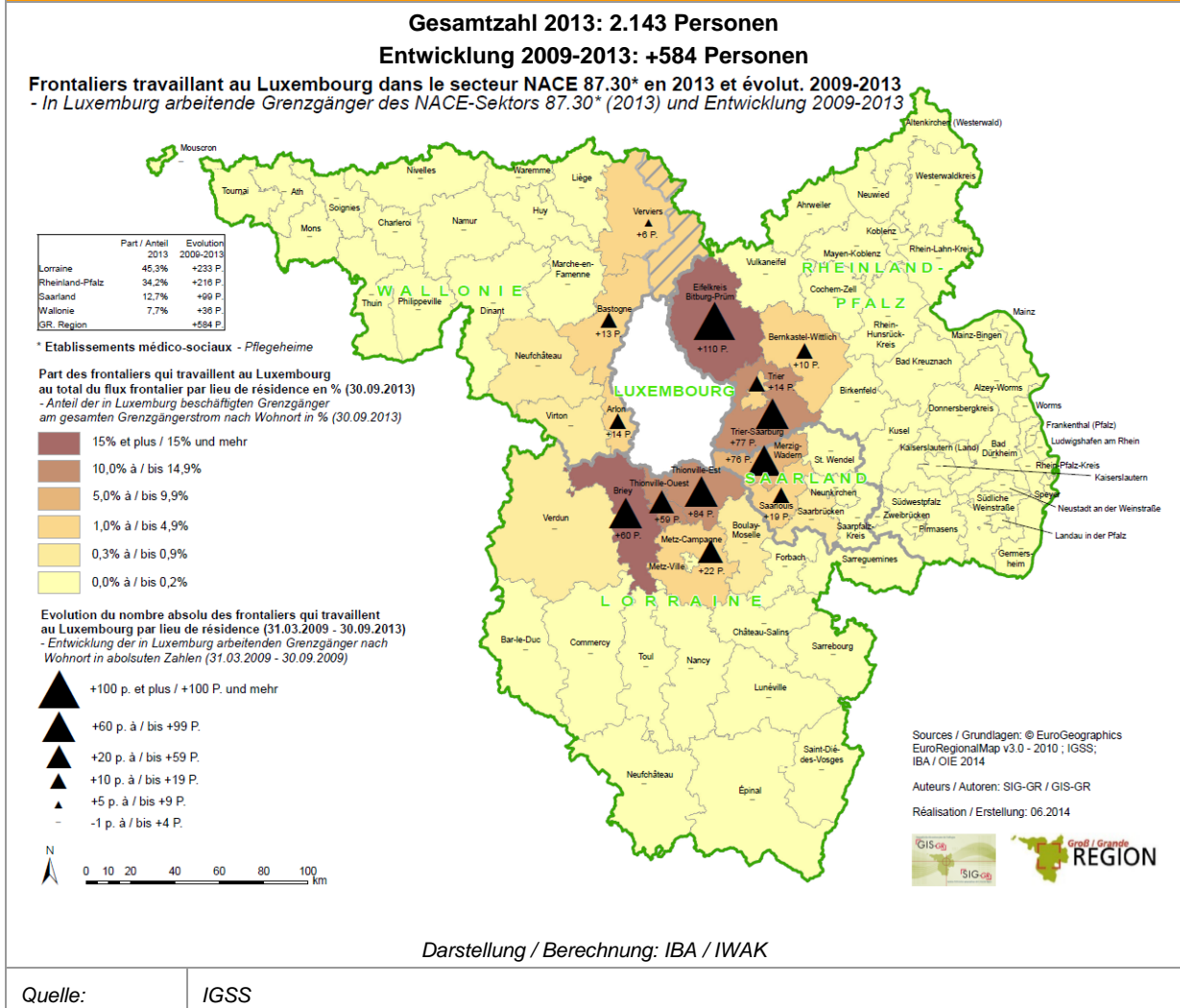
Abb. 48: Nach Luxemburg einpendelnde Beschäftigte im Krankensektor nach Herkunftsgebiet 2013 und Entwicklung 2009-2013



Auffällig ist, dass nur eine Minderheit der Grenzgängerinnen und Grenzgänger in den Regionen lebt, die an die nördlichen Teile des Großherzogtums angrenzen. Dies kann eventuell dadurch erklärt werden, dass sich auch die Mehrzahl der Krankenhausstandorte in der Mitte bzw. im Südwesten Luxemburgs befinden. Für Einpendlerinnen und Einpendler aus Deutschland oder aus den nordwestlichen Arrondissements der Wallonie sind die Wege zum Arbeitsort damit verhältnismäßig weit.

Wenn es um die Beschäftigung in Pflegeheimen geht, sind die deutschen Teilregionen bedeutender. Die Landkreise Bitburg-Prüm sowie Trier-Saarburg inklusive der Stadt Trier stellen mit Anteilen von 16,3% die größten Einzugsgebiete neben dem lothringischen Arrondissement Briey dar. Auffallend ist auch, dass der saarländische Landkreis Merzig-Wadern einen relativ hohen Anteil von beinahe 10% erreicht.

Abb. 49: Nach Luxemburg einpendelnde Beschäftigte in Pflegeheimen nach Herkunftsgebiet 2013 und Entwicklung 2009-2013

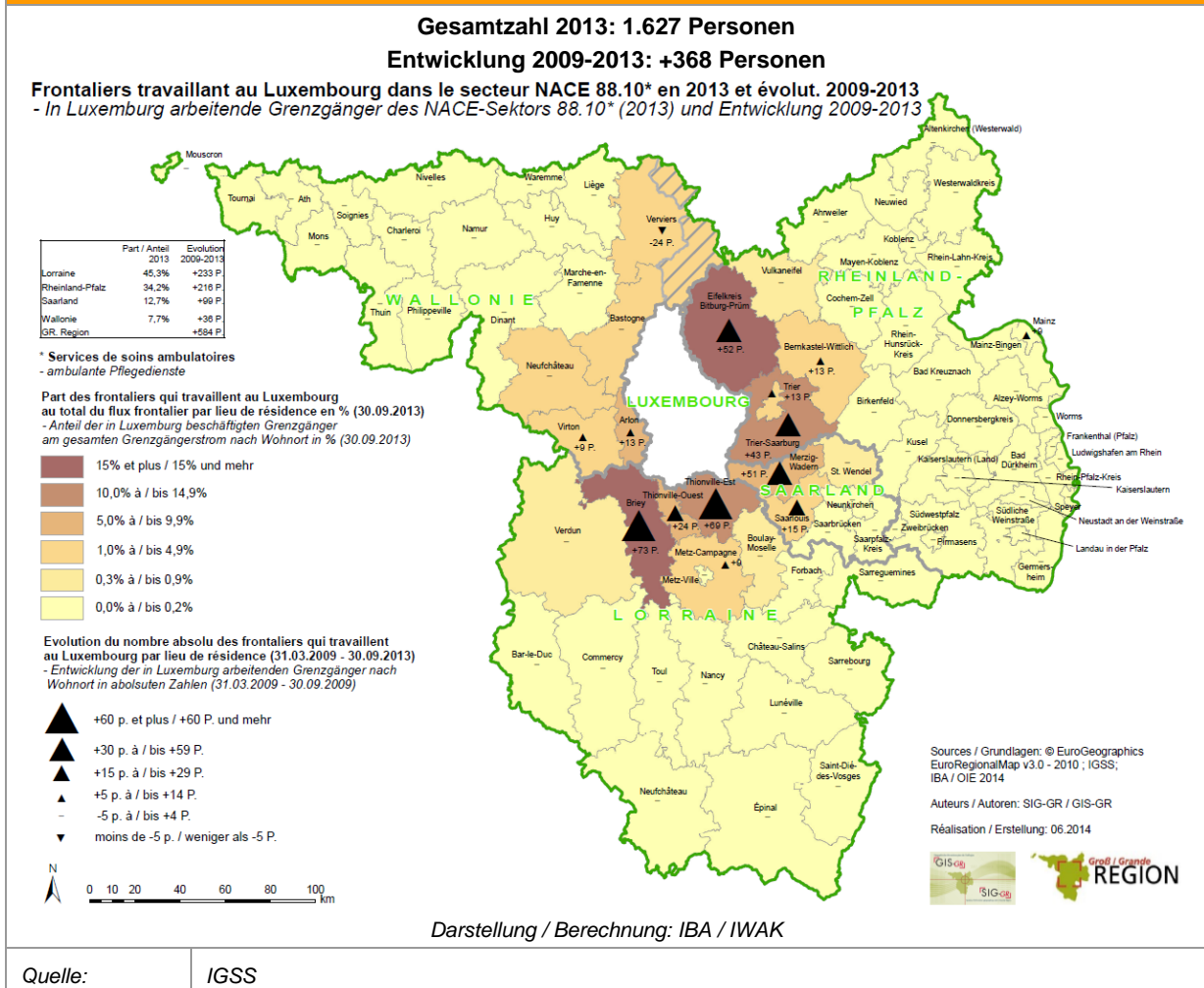


Ein Erklärungsansatz für die Verteilung bietet auch hier die geografische Lage der Einrichtungen, welche aus Sicht der deutschen Pendlerinnen und Pendler günstiger liegen als die Krankenhäuser. Für Grenzgängerinnen und Grenzgänger aus der Wallonie sind die Pflegeheime im Großherzogtum schwerer zu erreichen.

Im Bereich der ambulanten Pflege lebt der größte Teil der Einpendlerinnen und Einpendler im französischen Arrondissement Brier (16,7% bzw. 324 Personen). Der rheinland-pfälzische Landkreis Bitburg-Prüm erreicht den zweithöchsten Anteilswert (16,2% bzw. 263 Personen). Übertroffen wird dieser Wert allerdings, wenn der Landkreis Trier-Saarburg und die kreisfreie Stadt Trier gemeinsam betrachtet werden (288 Personen).

Auch in der ambulanten Pflege hat die Mehrzahl der Einrichtungen ihren Standort im südlichen Teil des Großherzogtums, vor allem im Südwesten. Aber auch direkt an der Grenze zu Rheinland-Pfalz finden sich einzelne Arbeitgeber dieses Sektors.

Abb. 50: Nach Luxemburg einpendelnde Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten nach Herkunftsgebiet 2013 und Entwicklung 2009-2013



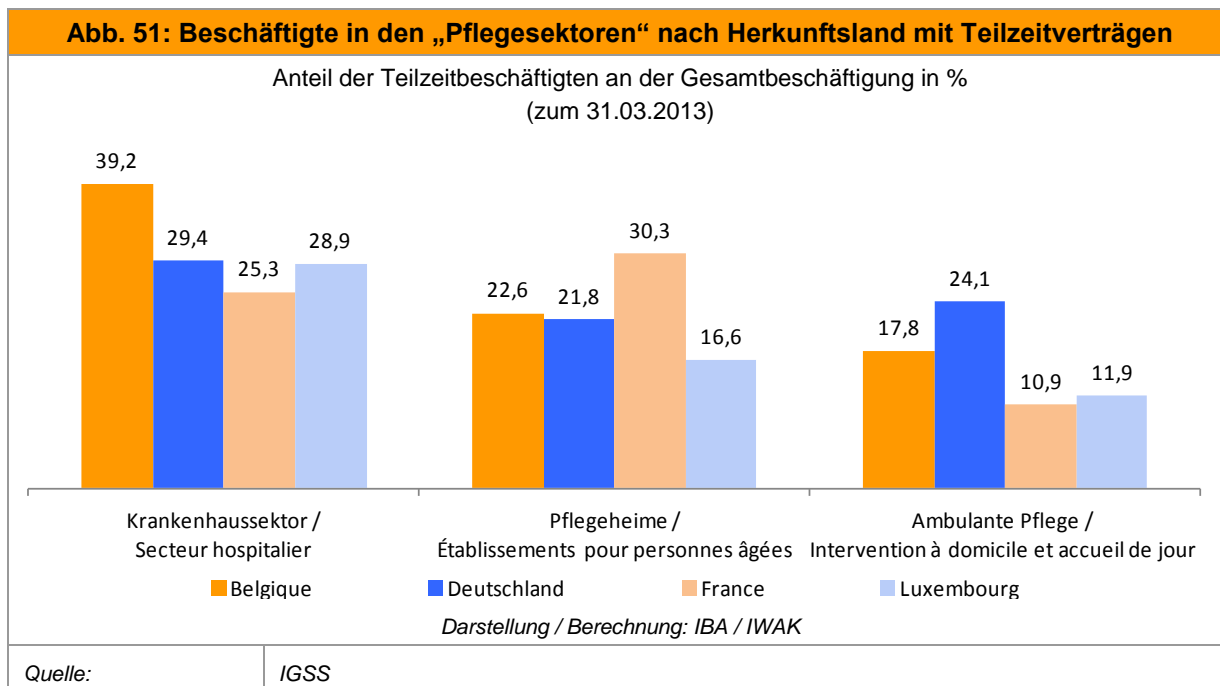
3.6.6.2 Strukturelle Merkmale der Grenzgängerinnen und Grenzgänger

Im Folgenden werden einige Strukturmerkmale der Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihrer Beschäftigungsverhältnisse präsentiert. Zunächst kann konstatiert werden, dass letztere in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten selten befristet sind. Laut Eurostat sind etwa 7% der Beschäftigten in Luxemburg insgesamt befristet beschäftigt. Unter den Grenzgängerinnen und Grenzgängern in den Pflegesektoren sind es nach den IGSS-Daten lediglich 4%.

Die Beschäftigung in Teilzeit ist – anders als beispielsweise in den deutschen Teilregionen – in den luxemburgischen Pflegesektoren nicht die Regel. Insgesamt sind knapp 22% aller Beschäftigten in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten in Teilzeit beschäftigt. Für den luxemburgischen Gesamtarbeitsmarkt weist Eurostat zum Vergleich eine Teilzeitquote von 19,2% aus.

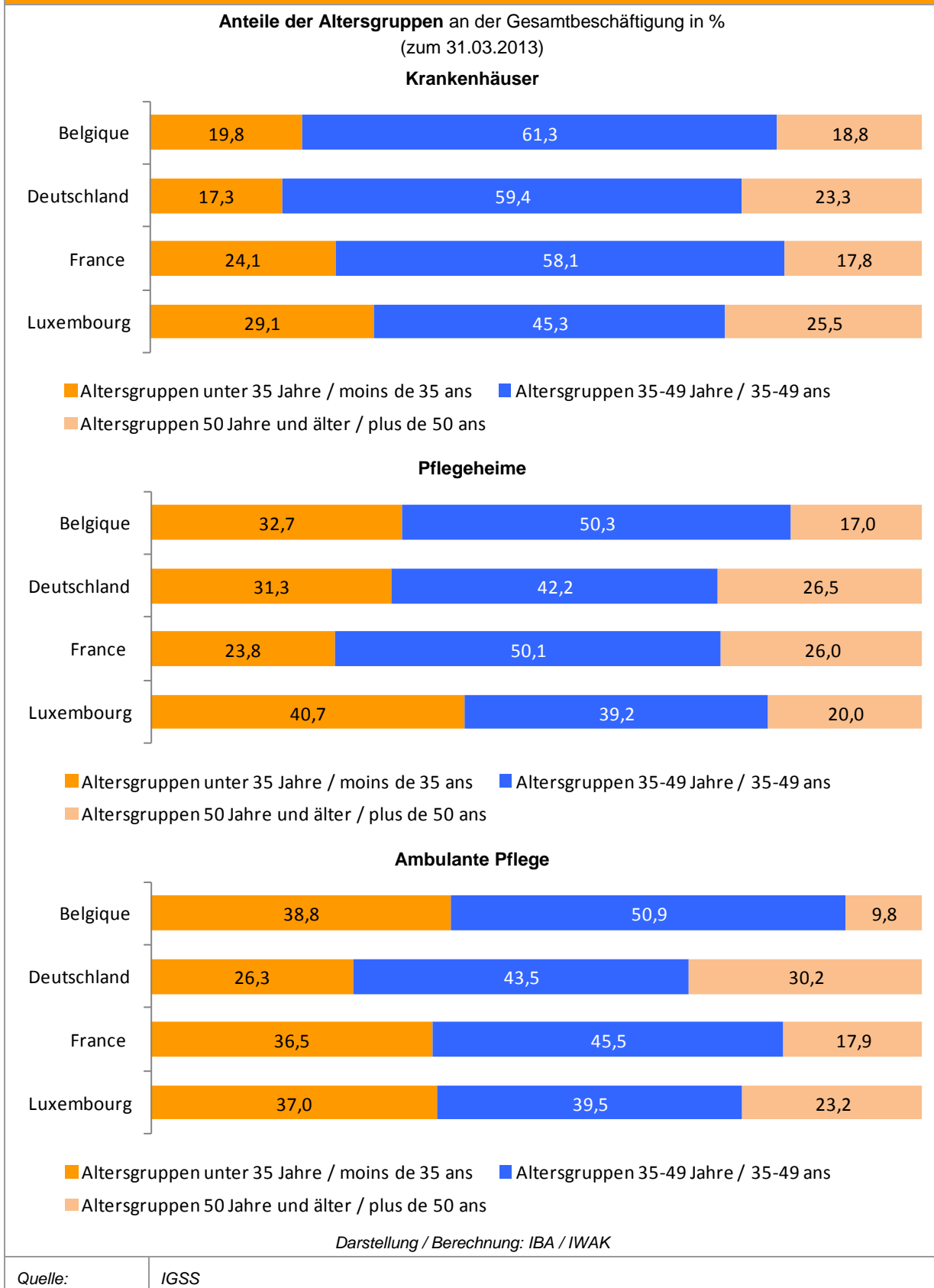
Zwischen den Pflegesektoren werden allerdings Unterschiede deutlich, was den durchschnittlichen Arbeitszeitumfang betrifft. Die höchsten Teilzeitquoten zeigen sich im Krankenhausbereich, die niedrigsten in der ambulanten Pflege. Auch unterscheiden sich die Teilzeitquoten

nach den Herkunftsländern der Beschäftigten. Tendenziell sind die Grenzgängerinnen und Grenzgänger in den Pflegesektoren eher in Teilzeit beschäftigt als ihre Kolleginnen und Kollegen aus dem Großherzogtum. Von den belgischen Grenzgängerinnen und Grenzgängern arbeitet über ein Drittel der in den Pflegesektoren Beschäftigten in Teilzeit, von den deutschen und französischen jeweils knapp ein Viertel. Möglicherweise hängt dies mit längeren Wegezeiten zwischen Wohn- und Arbeitsort für die wallonischen Beschäftigten zusammen. Von den luxemburgischen Arbeitskräften in den Pflegesektoren ist ca. ein Fünftel teilzeitbeschäftigt.



Ein Blick auf die Altersstruktur der Beschäftigten in den Pflegesektoren nach Herkunftsländern zeigt, dass die Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen bei den Grenzgängern stärker vertreten ist als bei den heimischen Arbeitskräften. Insbesondere im Krankenhaussektor liegt der Anteil dieser Altersgruppe relativ hoch. Der Anteil der Jüngeren ist hingegen relativ gering. In den Pflegeheimen liegen die Anteile der unter 35-Jährigen wesentlich höher, mit der Ausnahme der Grenzgängerinnen und Grenzgänger aus Frankreich. Für die unter 35-Jährigen aus Luxemburg gilt hier sogar, dass deren Anteil von 40,7% an der Gesamtbeschäftigung den der Altersklasse 35- bis 49-Jähriger (39,2%) übersteigt. Im Bereich der ambulanten Pflegedienste liegt der Anteil der Jüngeren ebenfalls relativ hoch. Dies gilt allerdings nicht für die Grenzgängerinnen und Grenzgänger aus Deutschland – bei diesen ist der Anteil der Älteren dafür umso stärker ausgeprägt (30,2%). Im Vergleich dazu liegt der Anteil dieser Altersgruppe bei den aus Belgien einpendelnden Arbeitskräften bei nur 9,8%.

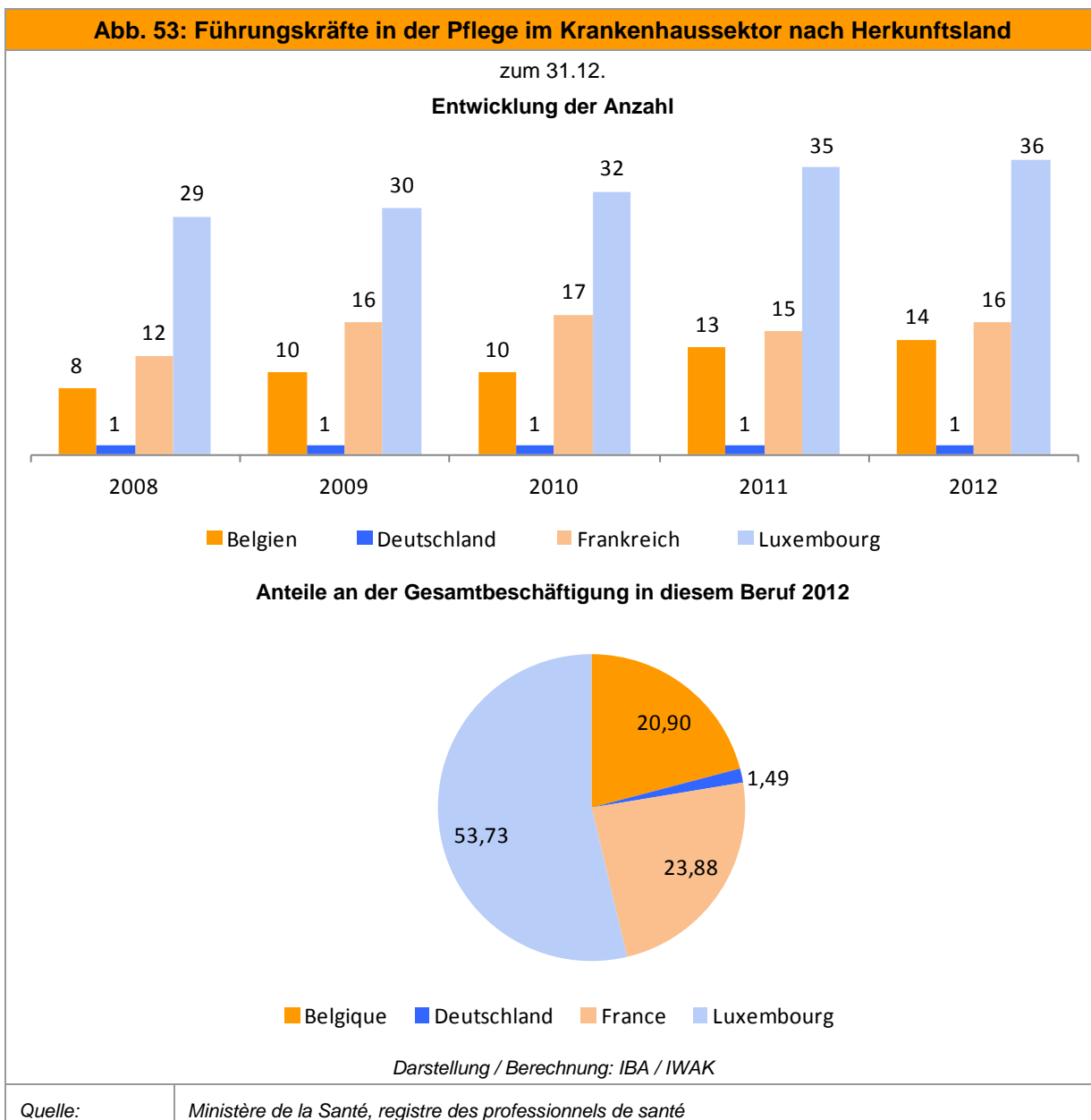
Abb. 52: Beschäftigte in den „Pflegesektoren“ nach Herkunftsland und nach Altersgruppen



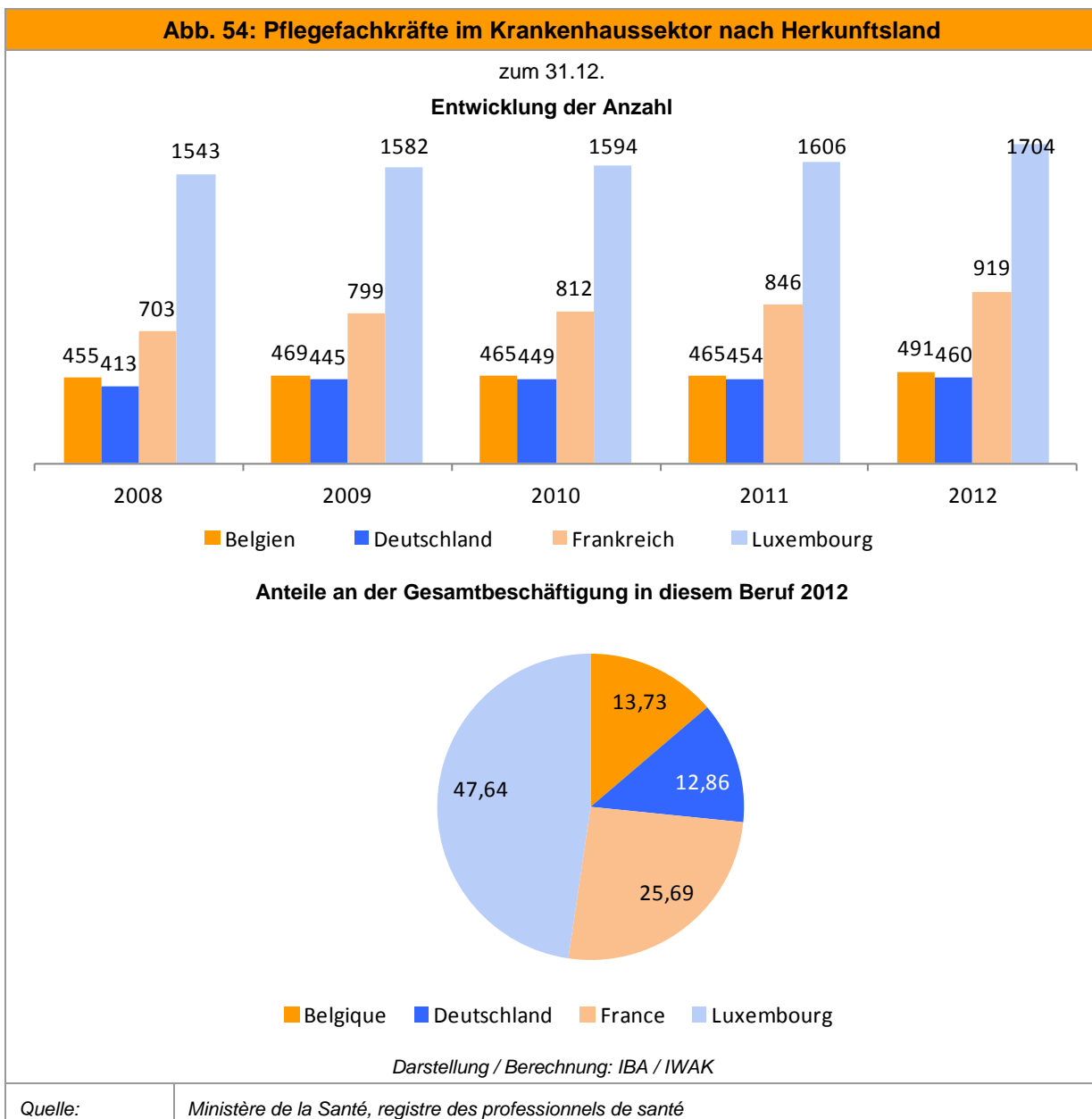
3.6.6.2.3 Vertiefung: Beschäftigte im Krankenhaussektor

Für den Krankenhaussektor ermöglichen Daten des luxemburgischen Gesundheitsministeriums eine detailliertere Betrachtung der Grenzgängerströme. Hier ist eine Ausweisung der Pflegeberufe nach dem in Kap. 3.2 vorgestellten Kategoriensystem möglich.

Die Betrachtung des Führungspersonals in der Pflege (Kat. 1) zeigt zunächst, dass es sich mit insgesamt 67 Beschäftigten im Jahr 2012 um eine relativ kleine Berufsgruppe handelt. Mehr als die Hälfte (53,7%) der Beschäftigten leben auch im Großherzogtum. Von den Einpendlerinnen und Einpendlern lebt nur eine Person in Deutschland; 14 bzw. 16 wohnen in der Wallonie und in Frankreich. Seit 2008 hat die Anzahl an Führungskräften in der Pflege von 50 auf 67 Personen zugenommen (+34%). Dieser Anstieg ist stärker auf die Entwicklung der Zahl der Grenzgängerinnen und Grenzgänger zurückzuführen als auf eine Zunahme des einheimischen Personals (Luxemburg +24%, Grenzgängerinnen und Grenzgänger +75%).

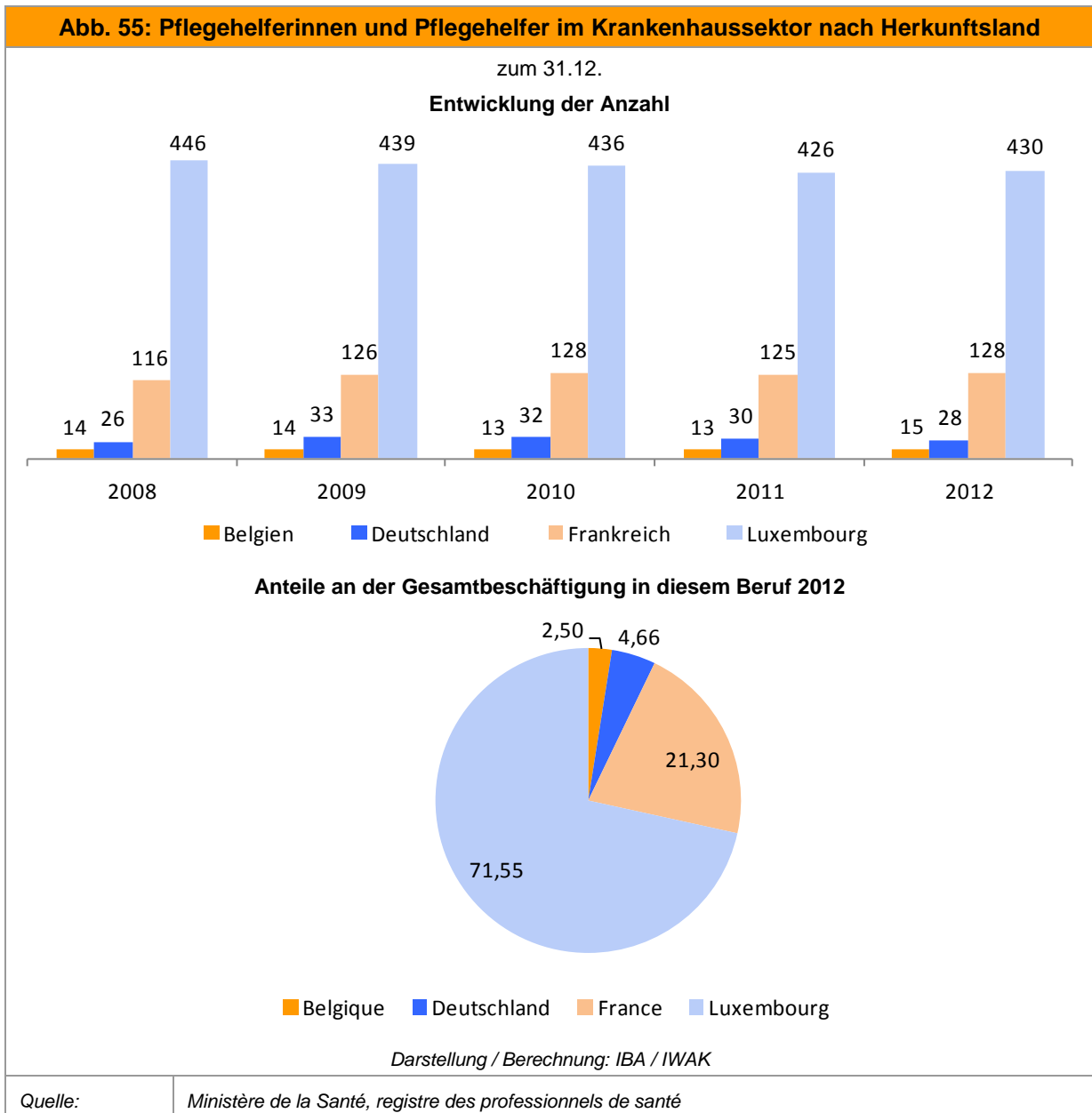


In der Gruppe der Pflegefachkräfte (Kat. 2) sind Grenzgängerinnen und Grenzgänger noch stärker vertreten als bei den Führungskräften. Von den 3.574 im Jahr 2012 in den Krankenhäusern beschäftigten Pflegefachkräften lebte mit 47,6% weniger als die Hälfte in Luxemburg. 25,7% der Pflegefachkräfte kamen aus Frankreich, 13,7% aus Belgien und 12,9% aus Deutschland. Seit 2008 ist die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte im Krankenhaussektor um 13,4% gewachsen. Auch hier ist der Anstieg bei den Arbeitskräften aus den drei Ländern, zu denen die Teilgebiete der Großregion gehören (+19%), stärker als der Anstieg bei den einheimischen Pflegefachkräften (+10,4%). Den stärksten Anstieg verzeichnet auch hier wieder der Grenzgängerstrom aus Frankreich (+30,7%), gefolgt von Deutschland (11,4%) und Belgien (+7,9%).



Bei den Pflegehelferinnen und Pflegehelfern ergibt sich ein anderes Bild als für die höher qualifizierten Pflegekräfte: Über 70% der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer im Krankenhaussektor haben ihren Wohnsitz in Luxemburg, die Grenzgängerinnen und Grenzgänger machen also

lediglich ca. 28,5% der Beschäftigten aus. Möglicherweise ist der Verdienst bzw. der Verdienstgefälle zwischen Luxemburg und den anderen Ländern in dieser Berufsgruppe weniger hoch, sodass das Pendeln für Pflegehelferinnen und Pflegehelfer finanziell weniger reizvoll ist. Insbesondere für Pflegekräfte aus Belgien und Deutschland könnte dies zutreffen: Für diese sind die Wege zur Arbeit besonders weit, da die Mehrzahl der Krankenhäuser im südlichen Teil des Großherzogtums liegt. Dafür spricht, dass der Anteil der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer aus Frankreich mit 21,3% dagegen nur leicht unter dem Niveau des höher qualifizierten Pflegepersonals liegt. Ein anderer Erklärungsansatz wäre, dass Luxemburg aufgrund einer höheren Ausbildungsintensität bei den Pflegehelferinnen und Pflegehelfern (siehe auch Kap. 3.3) über ausreichend inländisches Personal verfügt.



Auffällig ist auch, dass die Zahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in den Luxemburger Krankenhäusern im Jahr 2012 auf gleichem Niveau lag wie im Jahr 2008. Die Ausweitung der

Beschäftigtenzahlen, die bei den Pflegefachkräften sichtbar wurde, zeigt sich bei den Pflegehelferinnen und Pflegehelfern nicht.

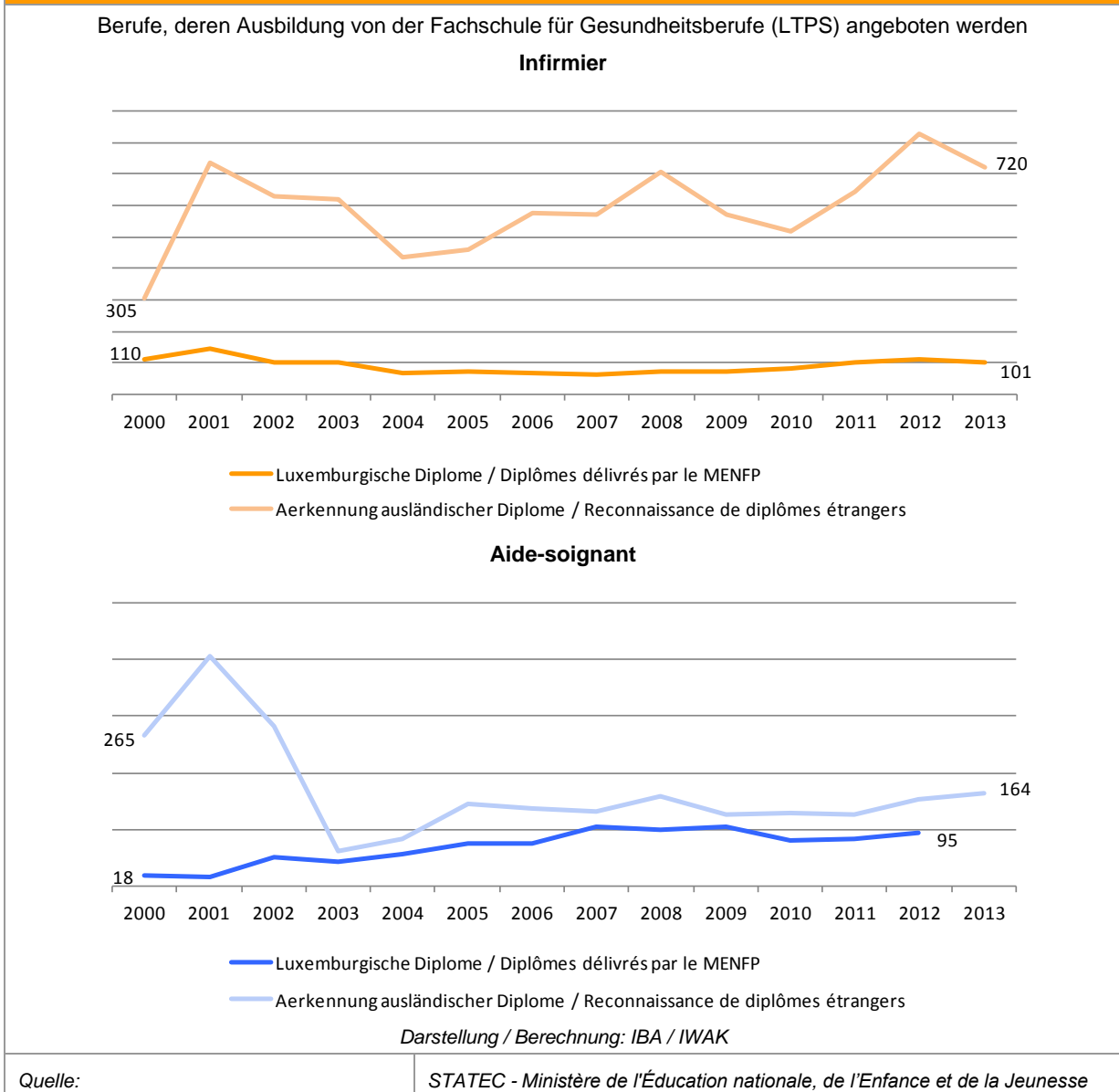
Die überwiegende Mehrheit der in luxemburgischen Krankenhäusern beschäftigten Pflegekräfte aus Belgien, Deutschland und Frankreich sind folglich Pflegefachkräfte. Unter den belgischen und deutschen Grenzgängerinnen und Grenzgängern sind 94% Pflegefachkräfte, von den französischen sind es 87%. Auch der Beruf der Pflegehelferin bzw. des Pflegehelfers hat für französische Pflegekräfte in Luxemburg noch eine relativ große Bedeutung: 12% der Einpendlerinnen und Einpendler zählen zu dieser Kategorie.

3.6.6.2.4 Anerkennung ausländischer Diplome

Die Attraktivität des luxemburgischen Pflegearbeitsmarktes lässt sich nicht nur anhand der Beschäftigtenzahlen verdeutlichen, sondern auch mittels der Anzahl der anerkannten ausländischen Diplome. Im Vergleich zu den im Großherzogtum selbst erworbenen Diplomen für den Beruf der bzw. des „Infirmier“ (101 Diplome in 2013) liegt die Zahl der Anerkennungen ausländischer Diplome deutlich höher (720 Diplome in 2013). Dies gilt auch für die längerfristige Betrachtung seit dem Jahr 2000, wobei die Ausstellung von luxemburgischen Diplomen auf einem relativ gleichbleibenden Niveau blieb, während die Anerkennung ausländischer Diplome enorme Schwankungen aufweist. Die Anzahl der Pflegefachkräfte aus dem Ausland, die ihr Diplom anerkennen ließen, lag in jedem Kalenderjahr seit dem Jahr 2000 mindestens dreimal so hoch wie die Zahl der luxemburgischen Absolventinnen und Absolventen.

Ein anders Bild zeigt sich für den Beruf der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer („Aide-soignant“). Zwar gilt auch hier, dass die Anzahl an Anerkennungen (153 im Jahr 2012) höher liegt als die der ausgestellten luxemburgischen Diplome (95 im Jahr 2012), jedoch besteht eine deutlich geringere Differenz als bei den Pflegefachkräften. Seit dem Jahr 2003 steigen sowohl die Anerkennungen als auch die inländischen Abschlüsse leicht an.

Abb. 56: Entwicklung der Anerkennung ausländischer Diplome und Ausstellung luxemburgischer Diplome 2000-2013



Eine Ausweisung der Herkunftsländer der Personen, die einen ausländischen Abschluss in Luxemburg haben anerkennen lassen, ist nicht für die einzelnen Pflegeberufe möglich. Für das Jahr 2013 kann das Herkunftsland lediglich über alle Gesundheitsberufe hinweg (inklusive „Infirmier“ und „Aide-soignant“) abgebildet werden. Von den 1.184 anerkannten Diplomen wurden mit über 94% der Großteil in Ländern erworben, zu denen die übrigen Teilgebiete der Großregion gehören: Aus Deutschland stammten 37,2% der Antragstellerinnen und Antragsteller (441 anerkannte Diplome), aus Frankreich stammten 34,7% (411 anerkannte Diplome) und aus Belgien 22,3% (264 anerkannte Diplome). Auch dieser Indikator verdeutlicht also noch einmal die Verflechtungen zwischen den Pflegearbeitsmärkten der Teilregionen der Großregion.

3.6.7 Fazit: Grenzängermobilität in der Großregion

Die Grenzängerströme sind ein wesentliches Kennzeichen des Arbeitsmarktes der Großregion. Dies gilt auch für den Pflegearbeitsmarkt. Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Grenzängermobilität in der Großregion vergleichend gegenüber gestellt.

Pflegekräfte pendeln insbesondere nach Luxemburg und zwar vor allem aus grenznahen Gebieten. Mobilität in die anderen Teilgebiete existiert zwar auch, allerdings in weit geringerem Maße. Wie Tabelle 14 zeigt, deckt das Großherzogtum einen Großteil seines Personalbedarfs durch Grenzängerinnen und Grenzänger. Gut ein Drittel aller Beschäftigten in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten leben nicht im Großherzogtum. In den Krankenhäusern sind sogar mehr als die Hälfte der beschäftigten Pflegefachkräfte Grenzängerinnen und Grenzänger. Der Anteil der Grenzängerinnen und Grenzänger an den Pflegehelferinnen und Pflegehelfer ist deutlich geringer. Womöglich werden die eher gering ausgeprägten Ausbildungsanstrengungen auf Fachkräftebene durch die Anwerbung von Pflegefachkräften aus Deutschland, Frankreich und Belgien kompensiert.

Tab. 14: Anteil der Einpendlerinnen und Einpendler an den Beschäftigten in den drei Pflegesektoren

	Anteil in %
Rheinland-Pfalz (2011)	0,13%
Saarland (2011)	2,1%
Lorraine	nd
Luxembourg (2013)	35,0%
Wallonie (2010)	2,0%
DG Belgien (2010/2011)	5,8%

Quellen: Rheinland-Pfalz / Saarland – Bundesagentur für Arbeit; Luxembourg – IGSS; Wallonie – ONSS; DG Belgien – Ministerium der DG (eigene Berechnungen); nd=keine Daten verfügbar

Anmerkung: Rheinland-Pfalz / Saarland: Beschäftigte in Berufsordnung 853; Luxembourg / Wallonie: Beschäftigte in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten

Die Attraktivität des luxemburgischen Pflegearbeitsmarktes zeigt sich auch, wenn man die bewilligten Anträge auf Anerkennung eines ausländischen Berufsabschlusses den Absolventinnen und Absolventen der Ausbildung gegenüber stellt (siehe Tab. 15). Im Großherzogtum sind innerhalb eines Kalenderjahres gut sieben Mal so viele ausländische Abschlüsse anerkannt worden wie heimische Absolventinnen und Absolventen neu auf den Arbeitsmarkt geströmt sind. In Rheinland-Pfalz und im Saarland liegt die Zahl der Bewilligungen dagegen ganz deutlich unter den Absolventenzahlen. Für Lothringen, die Wallonie und die DG Belgien liegen keine Informationen vor. Auch über das Verhältnis von Anerkennungen und Absolventenzahlen wird deutlich, welche große Bedeutung Grenzängerinnen und Grenzänger für den Pflegearbeitsmarkt im Großherzogtum haben.

Tab. 15: Bewilligte Anträgen auf Anerkennung eines ausländischen Berufsabschlusses (Pflegefachkräfte) und Absolventinnen und Absolventen im Jahr 2012 (*Luxemburg: 2013)

	Anerkennungen	Absolventinnen und Absolventen
Rheinland-Pfalz	87	1.983
Saarland	6	737
Lorraine	nd	1.212
Luxembourg	720	101
Wallonie	nd	1.130
DG Belgien	nd	14

Quellen: Rheinland-Pfalz – Statistisches Landesamt, Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung; Saarland – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie/ Landesamt für Soziales; Lothringen - Direction Régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Lorraine/ DREES, Enquêtes auprès des centres de formation aux professions de santé et du social; Luxembourg – STATEC - Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse/ Lycée technique pour professions de santé (LTPS) ; nd=keine Daten verfügbar

Ein wesentlicher Treiber für die Mobilität in Richtung Luxemburg dürften die guten Verdienstmöglichkeiten im Großherzogtum sein. Verglichen werden können für die deutschen Teilgebiete, für Lothringen und Luxemburg die Bruttogehälter von Pflegefachkräften, die in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten in öffentlicher Trägerschaft beschäftigt sind (siehe Tab. 16). Für Belgien liegen lediglich Informationen zu den Bruttogehältern im ambulanten Bereich vor. Zu beachten ist, dass die Höhe der Sozialabgaben in den Teilgebieten variiert; zudem sind Sonderleistungen wie Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld oder Schicht- und Wochenendzulagen nicht berücksichtigt.

Tab. 16: Bruttogehälter für Pflegefachkräfte im öffentlichen Dienst

	Bruttogehalt
Rheinland-Pfalz / Saarland	2.481 bis 2.894 €
Lorraine	1.584 bis 2.894 €
Luxembourg	2.714 bis 3.983 €
Wallonie / DG Belgien*	1.863 bis 4.118 €

Quellen: Rheinland-Pfalz / Saarland – TVöD; Lorraine - <http://www.emploitheque.org/grille-indiciaire-hospitaliere---Infirmiers-enseignants-generaux-et-specialises-51>; Luxembourg – Portail de la fonction publique; Wallonie / DG Belgien – [/www.fasd.be](http://www.fasd.be)
* nur ambulante Pflege

Auffällig ist unter anderem die große Variation der Verdienstmöglichkeiten in der Wallonie und der DG Belgien. Das Bruttogehalt liegt zwischen einem Einstiegsgehalt von 1.863 Euro für Pflegefachkräfte mit Brevet und einem Gehalt von 4.118 Euro für Pflegefachkräfte mit Bachelor-Abschluss, die älter als 55 Jahre sind und seit mindestens 27 Jahren im Beruf tätig sind. In Luxemburg sind die Einstiegsgehälter am höchsten, der maximal zu erzielende Verdienst erreicht fast das belgische Niveau. Da die Sozialabgaben im Großherzogtum niedriger sind als in den anderen Teilgebieten, dürften auch die Nettolöhne deutlich höher liegen. In Lothringen liegen die Verdienstmöglichkeiten am schlechtesten, die deutschen Teilgebiete nehmen eine Zwischenposition ein. Dass Pflegefachkräfte in Luxemburg außerordentlich gut bezahlt werden, zeigt sich auch, wenn man das Gehalt mit dem allgemeinen Gehaltsdurchschnitt vergleicht. Laut einer Studie der OECD liegt das Gehalt für Pflegefachkräfte in Luxemburg etwa

40% über dem Durchschnittsgehalt aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. In Deutschland liegt es etwa 20% über dem Durchschnittsgehalt, in Belgien etwa 10%. In Frankreich entspricht der Verdienst dem Durchschnitt.³⁶

Insofern korrespondieren die unterschiedlichen Verdienstmöglichkeiten in den Teilgebieten des Kooperationsraums mit der Grenzgängermobilität. Die starken Pendlerströme nach Luxemburg erklären sich womöglich – wenigstens zum Teil – durch die höhere Entlohnung, die im Großherzogtum erreicht wird. Auf der anderen Seite fehlen finanzielle Anreize, eine Beschäftigung in Lothringen, in der Wallonie bzw. der DG Belgien oder den beiden deutschen Bundesländern zu suchen, was eine Ursache für die vergleichsweise geringen Pendlerströme in diese Teilgebiete sein könnte.

³⁶ OECD (2013): “Remuneration of nurses”, in Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.

4. Gestaltungsansätze

Die Ergebnisse, die im vorangegangenen Kapitel 3 präsentiert worden sind, haben gezeigt, dass ein funktionaler Pflegearbeitsmarkt in der Großregion schon heute partiell Realität ist. Die Arbeitsmärkte der sechs Teilregionen sind in vielerlei Beziehung miteinander verflochten. Am offensichtlichsten zeigt sich diese Verflechtung, wenn man die französischen, deutschen und belgischen Pflegekräfte betrachtet, die täglich nach Luxemburg pendeln, um in den Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten des Großherzogtums zu arbeiten. Verflechtungen gibt es aber auch im Bereich der Ausbildung: Wie gezeigt wurde, absolvieren nicht wenige junge Französisinnen und Franzosen ein Pflegestudium in Belgien. Trotz aller Unterschiede zwischen Ausbildungssystemen, Berufsbildern und Ähnlichem findet also ein grenzüberschreitender Austausch über einzelne Personen statt. An diesem Phänomen ansetzend, sollen im Folgenden Gestaltungsansätze benannt werden, die zum einen auf eine Erhöhung der Funktionsfähigkeit des großregionalen Arbeitsmarktes gerichtet sind und zum anderen die bisherigen „Ungleichgewichte“ zwischen den Teilregionen abzubauen suchen, indem steuernd auf die Weiterentwicklung des Marktes eingegriffen wird.

Dafür ist es grundlegend, überregionale Austauschprozesse als etwas Gewinnbringendes anzusehen. In allen Teilregionen sind gemeinsame, aber auch spezifische Herausforderungen zu bewältigen, um eine quantitativ und qualitativ angemessene pflegerische Versorgung der Bevölkerung dauerhaft sicherzustellen. Der Blick in andere Regionen kann wertvolle Hinweise in Form von erprobten Konzepten und Erfahrungen liefern, wie solche Herausforderungen bewältigt werden können. In allen Teilregionen gibt es beispielsweise Bestrebungen, den Sektor der ambulanten Pflege zu stärken, damit ältere, pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit leben können. Die Strukturen der ambulanten Versorgung unterscheiden sich in den Teilregionen jedoch stark. Entsprechend differieren auch die Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt. Ein weiteres zentrales Thema ist in allen Regionen die Zusammensetzung des Pflegepersonals nach Qualifikationen (Skill-Mix). Auch hier beschreiten die Teilregionen sehr unterschiedliche Entwicklungspfade, um eine gute Versorgungsqualität sicherzustellen. Ein vertiefter Austausch zu System- und Strukturunterschieden kann innovative Ansätze in den Teilgebieten zum Vorschein bringen, und Ideen zum Umgang mit Innovationsbedarfen können entstehen. Die längerfristige Folge eines verstärkten großregionalen Austauschs ist zudem, dass sich die Teilregionen untereinander annähern. Systemunterschiede werden abgebaut, es kommt zu einer Harmonisierung der Pflegearbeitsmärkte in den Teilregionen. So wird durch den grenzüberschreitenden Austausch letztlich die Funktionalität des großregionalen Pflegearbeitsmarktes verbessert. Dabei werden gleiche Teilhabechancen realisiert.

Trägerinnen und Träger von Innovationen sind immer Menschen. Es muss also darum gehen, Pflegekräfte und weitere relevante Akteure in der Großregion in Austausch zu bringen. Sie sollen Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse in anderen Teilregionen kennenlernen und daraus Ideen entwickeln, wie die Pflege in ihrer Herkunftsregion weiterentwickelt werden könnte. In diesem Sinne können sie als Innovatorinnen und Innovatoren fungieren. Da davon auszugehen ist, dass sich Beziehungen zwischen Personen im Austausch im Zeitverlauf stabilisieren, können über großregionale Vernetzung Kanäle für kontinuierliche Innovationen offen gehalten werden. Im Folgenden wird zunächst skizziert, unter welchen Bedingungen ein

vertiefter großregionaler Austausch umgesetzt werden könnte. Anschließend werden mögliche Handlungsfelder und beteiligte Akteure beschrieben.

4.1 Kriterien für Gestaltungsansätze, die eine Vertiefung der Zusammenarbeit fördern

Damit es gelingt, den großregionalen Pflegearbeitsmarkt über einen vertieften Austausch zwischen den Teilregionen weiterzuentwickeln, müssen dafür notwendige Gestaltungsansätze vier Kriterien erfüllen:

1) Essentiell ist es erstens, eine **großregionale Perspektive** einzunehmen und den Pflegearbeitsmarkt im Kooperationsraum nicht nur aus der Perspektive einer Teilregion zu betrachten. Sicherlich ist die große Zahl an Pflegefachkräften, die aus anderen Teilgebieten zur Arbeit nach Luxemburg pendeln, aus der Perspektive der Herkunftsregionen unbefriedigend, zumal die Ausbildungskosten im Herkunftsland getragen werden und insbesondere in den deutschen Teilregionen der Personalbedarf hoch ist. Der Mobilitätstreiber „Verdienstmöglichkeiten“ dürfte allerdings nur schwer zu beeinflussen sein, und eine Grundlage für eine vertiefte großregionale Zusammenarbeit bildet eine solche Perspektive mit Fokus auf teilregionale Interessen nicht. Um den grenzüberschreitenden Austausch zu forcieren und Anstöße für Innovationen zu erhalten, muss die Bereitschaft vorhanden sein, neben regionalen Interessen auch die Interessen der Großregion als Ganzes zu sehen.

2.) Zudem ist es relevant, über den Austausch **Win-win-Situationen** zu schaffen. Denn nur dann können die Teilregionen zu einer vertieften Zusammenarbeit bewegt werden. Profitiert lediglich ein Teilgebiet vom Austausch, wird es auf Dauer kaum möglich sein, die Zusammenarbeit aufrecht zu erhalten. Folglich müssen alle beteiligten Regionen einen Nutzen für sich erkennen. Beispiele für mögliche Win-win-Situationen scheinen in Kapitel 4.2 auf.

3) Ein drittes Kriterium für eine gelingende Vertiefung der großregionalen Zusammenarbeit bezieht sich darauf, Handlungsfelder danach auszuwählen, ob eine **nachhaltige Wirkung** erzielt werden kann. Hier geht es darum, Entwicklungsimpulse zu setzen, die eine tragfähige Perspektive für die Teilregionen und die Gesamtregion im kurz- und mittelfristigen Zeithorizont aufzeigen. Beispielsweise erscheint es auf Basis der Ergebnisse zur Arbeitslosigkeit von Pflegefachkräften (siehe Kap. 3.4) wenig sinnvoll, die Vermittlung von Arbeitslosen einer Teilregion in andere Teilregionen zu forcieren. Die Potentiale reichen nicht aus, um nachhaltige Effekte zu erreichen. Stattdessen sollten Handlungsfelder in den Blick genommen werden, die tragfähiger erscheinen.

4) Das vierte Kriterium bezieht sich auf die **Anschlussfähigkeit** der Gestaltungsansätze an bestehende Strukturen und Prozesse. Es gibt bereits Erfahrungen mit einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in bestimmten Bereichen des Arbeitsmarktes. Auf dieses Vorwissen sollte Bezug genommen werden. Erfahrungen im Sinne von Good Practice, aber auch Scheiternsbeispiele sind zu berücksichtigen. Anschlussfähigkeit bezieht sich aber auch darauf, dass Konzepte und Erfahrungen aus anderen Teilregionen nur dann ihre innovative Kraft entwickeln können, wenn es gelingt, diese an die bestehenden Strukturen und Prozesse anzuschließen.

Das Aufsetzen neuer Systeme ist hier wenig richtungsweisend, da die eingeschlagenen Entwicklungspfade verlassen werden müssen. Allerdings ist auf lange Sicht über eine Annäherung ein Wandel von Systemen zu erwarten. Wenn das Kriterium der Anschlussfähigkeit sowie die drei vorangegangenen Kriterien erfüllt sind, dürfte ein vertiefter Austausch zwischen den Teilregionen mit dem Ziel einer Weiterentwicklung des Pflegearbeitsmarktes der Großregion gut möglich sein.

4.2 Handlungsfelder und Akteure

Für den vorliegenden Bericht wurden vier Handlungsfelder ausgewählt, in denen der großregionaler Austausch forciert werden sollte: **Ausbildung, Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Fachkräftesicherung**. Diese Felder sind streng genommen nicht trennscharf; die Differenzierung ist jedoch hilfreich, wenn es um die Planung konkreter Aktivitäten geht. Alle vier Felder können aus einer großregionalen Perspektive betrachtet werden, und Win-win-Situationen innerhalb der Handlungsfelder können kreiert werden. Zudem können Entwicklungen angestoßen werden, die nachhaltig wirken. Vorerfahrungen mit einer Zusammenarbeit von zwei oder mehreren Teilregionen gibt es vor allem im Bereich der Ausbildung. In den Handlungsfeldern Ausbildung, Beschäftigung und Arbeitslosigkeit geht es vor allem darum, Personen zu ermöglichen, Kontexte in anderen Teilregionen kennenzulernen, zu verstehen und daraus Anregungen für die Weiterentwicklung der eigenen Rahmenbedingungen und Prozesse mitzunehmen und diese Austauschstrukturen zu verfestigen und zu diversifizieren. Im Handlungsfeld Fachkräftesicherung geht es darum, gemeinsam steuernd auf den Pflegearbeitsmarkt einzuwirken, indem der Bedarf an Pflegekräften definiert und gemeinsame Strategien zur Bedarfsdeckung eingeleitet werden.

In den folgenden vier Unterkapiteln werden die vier Handlungsfelder, Ideen für eine konkrete Ausgestaltung der Zusammenarbeit sowie die Akteursgruppen, die jeweils relevant sind und einbezogen werden müssen, beschrieben.

4.2.1 Handlungsfeld Ausbildung

Im Bereich der Ausbildung gibt es zwar Unterschiede in den Ausbildungssystemen vor allem zwischen den deutschen und den nicht-deutschen Teilregionen (siehe Kap. 3.3.1), dennoch besteht im Feld der Wunsch nach einer Vertiefung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Dies haben die Diskussionen im Rahmen des Expertenworkshops am 02. Juli 2014 klar gezeigt. Träger eines großregionalen Austauschs können junge Pflegekräfte sein, die sich in Ausbildung oder Studium befinden. Durch Hospitationen, Praktika oder theoretischen Unterricht in einer anderen Teilregion können sie Rahmenbedingungen der Pflege und den konkreten Arbeitsvollzug in verschiedenen Regionen kennenlernen. Sie absolvieren also einen Teil ihrer Ausbildung oder ihres Studiums in einer anderen Teilregion. Darüber erhalten sie Impulse für innovative Ideen, die sie in die Einrichtungen in ihrer Herkunftsregion tragen können. Gleichzeitig befähigen sich diese angehenden Pflegekräfte für den Arbeitsmarkt der Großregion und haben damit auch einen individuellen Mehrwert. Die Mobilität von Pflegekräften, die bislang fast ausschließlich in Richtung Luxemburg besteht, wird so letztlich ausgeweitet. Durch ihre Kontakte in unterschiedlichen Teilregionen können die angehenden Pflegekräfte Vernet-

zungsstrukturen, auch auf der Ebene der Einrichtungen, aufbauen. Nicht zuletzt steigern internationale und interregionale Elemente in der Ausbildung bzw. im Studium deren Attraktivität und sind für die Weiterentwicklung der Ausbildungsstätten wertvoll. Von einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich der Ausbildung profitieren somit sämtliche Beteiligten.

Die konkrete Umsetzung kann mehr oder weniger weitreichend sein, vom Absolvieren eines Praktikums oder eines gemeinsamen eintägigen Kurzseminars bis hin zum gemeinsamen Absolvieren größerer Ausbildungsanteile, wie es beispielsweise die Hochschule für Technik und Wirtschaft in Saarbrücken und das IFSI Forbach anstreben. In jedem Fall müssen dafür zwei oder mehrere Schulen und/oder Hochschulen Tandems oder größere Gruppen bilden. Die Politik könnte unterstützen, indem sie einen großregionalen Wettbewerb mit dem Ziel auslobt, verschiedene Kooperationsansätze zu entwickeln. Eine öffentlichkeitswirksame Auszeichnung wie bspw. „Bestes Kooperationssteam“ würde Aufmerksamkeit wecken und das Thema in die Fläche tragen. Die verschiedenen Ansätze könnten zudem evaluiert werden und in Form von Patenschaften zwischen Kooperationserfahrenen und Neulingen in die Fläche gebracht werden. Der Wettbewerb könnte beim Sekretariat des Gipfels der Großregion verortet werden, dort könnte auch eine Informationsplattform für die Ansätze angesiedelt sein. Um die Nachhaltigkeit zu sichern, sollten die Aktivitäten im Handlungsfeld Ausbildung wissenschaftlich begleitet werden. Andere Formen der Unterstützung könnten über die finanzielle Förderung von Auslandsaufenthalten im Rahmen von Pflegeausbildung oder Pflegestudium und über die Finanzierung von begleitenden Sprachkursen im Rahmen der Qualifizierungsphase geleistet werden.

Im Fokus stehen junge Menschen, die familiär noch nicht gebunden sind, die eine hohe Bereitschaft zur Mobilität mitbringen und die sich gerne auf Neues einlassen wollen. Angemessene Sprachkenntnisse, vermutlich auf dem Niveau B1, sowie eine intensive Betreuung vor Ort sind vonnöten. Zu beteiligen sind darüber hinaus Pflegeschulen, Hochschulen mit pflegebezogenen Studiengängen, Leistungserbringer (Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante Pflege) sowie die zuständigen Ministerien und ggf. nachgeordnete Aufsichtsbehörden, die die rechtlichen Rahmenbestimmungen der Ausbildung gestalten (siehe Kap. 4.2.4).

4.2.2 Handlungsfeld Beschäftigung

Auch im Themenbereich Beschäftigung unterscheiden sich die Strukturen, wie in Kapitel 3.5 gezeigt wurde. Dies betrifft die Ebene der Versorgungsstrukturen, beispielsweise mit der Ausgestaltung der Leistungserbringung im Bereich der ambulanten Pflege. Während in Deutschland und Luxemburg ambulante Pflege „aus einer Hand“ erbracht wird, unterscheidet man in Belgien und Frankreich zwischen Cure-Leistungen, die durch selbständig tätige Pflegefachkräfte erbracht werden, und Care-Leistungen, für deren Erbringen soziale Dienste zuständig sind und in denen wenige Pflegefachkräfte beschäftigt sind. Ein Austausch über die Vor- und Nachteile der jeweiligen Ansätze für die Gestaltung der pflegerischen Infrastruktur, für die Qualität der Pflege und ihre Finanzierung kann für alle Regionen gewinnbringend sein. Letztlich stehen alle Teilregionen des Kooperationsraums vor der Herausforderung, die ambulante Pflege und die stationäre Langzeitpflege bedarfsgerecht und zukunftsfähig auszubauen, Zielgruppen wie beispielsweise Menschen mit Demenz besonders zu berücksichtigen und dabei

die knappen Ressourcen im Gesundheits- und Sozialwesen im Blick zu behalten. Die deutschen Teilregionen verfügen über Erfahrungen mit einem Systemwechsel, mit dem die Versorgungsstrukturen seit den 1990er Jahren flächendeckend ausgebaut wurden. Zudem existieren in Deutschland spezifische Berufsbilder, die für die Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen konzipiert sind. Solche Erfahrungen dürften für die nicht-deutschen Teilregionen von großem Interesse sein. Auf der Ebene der Versorgungsstrukturen ergeben sich also Möglichkeiten des Austauschs und des Voneinander-Lernens.

Das Gleiche gilt für die konkrete Pflegearbeit in den Einrichtungen. Auch hier gibt es grundlegende Unterschiede, wie man am Verhältnis von Pflegefachkräften zu Pflegehelferinnen und -helfern (Skill-Mix) festmachen kann: In den deutschen Teilregionen ist der Anteil der Pflegefachkräfte deutlich höher als in den anderen Teilregionen. Mit Abstand am niedrigsten ist der Anteil der Pflegefachkräfte in Lothringen. Wie die Arbeitsteilung in Frankreich, Belgien, Deutschland und Luxemburg konkret aussieht, wie es gelingt, die Qualität der Pflege trotz eines niedrigeren Anteils an Fachkräften hoch zu halten und welche Anregungen sich daraus für andere Teilregionen ziehen lassen, könnte im Rahmen eines interregionalen Austauschs eruiert werden. Somit können durch einen vertieften Austausch auch Lösungen für Problemlagen auf der Einrichtungsebene gefunden werden.

Umgesetzt werden kann ein vertiefter großregionaler Austausch zur Versorgungsgestaltung durch Partnerschaften oder Kooperationen zwischen Trägern, Verbänden oder sogar Gebieten (z. B. Städten). Diese tauschen sich regelmäßig im Rahmen von Arbeitsgruppensitzungen aus und hospitieren in anderen Teilregionen. In allen Teilregionen dürfte es bereits institutionalisierte Formen des Austauschs zwischen Politik und Pflege geben; an diese Strukturen könnte mit der Gründung einer großregionalen Arbeitsgruppe angedockt werden. Zu beteiligen sind Verantwortliche auf Träger-, Verbands- oder regionaler Ebene, die sich mit der Entwicklung der Versorgungsgestaltung in der Pflege beschäftigen. Die Politik kann hier Anstöße geben. Zudem ist die Beteiligung der Politik in den Arbeitsgruppen wichtig, da sie wesentliche Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung in der Pflege gestaltet (siehe Kap. 4.2.4).

Wenn es um Arbeitsprozesse auf der Einrichtungsebene geht, sollten sich erfahrene Pflegefachkräfte bzw. Führungskräfte austauschen. Diese lernen über Hospitationen andere Formen der Arbeitsteilung kennen und wirken anschließend als Innovatoren in ihren Herkunftseinrichtungen. Auch hier ist die Konstituierung einer Arbeitsgruppe sinnvoll, um den Austausch zu verstetigen und zu institutionalisieren. Eine Ansiedlung auf Trägerebene sollte möglich sein, da es Träger gibt, die grenzüberschreitend tätig sind. Zielgruppen sind Beschäftigte und Führungskräfte in den Einrichtungen aller Sektoren sowie Verantwortliche bei Trägerorganisationen oder Verbänden, die nach neuen Lösungen für Herausforderungen in Arbeitsorganisation, Ablaufprozessen und Kundenkontakten suchen. Die Politik kann Aktivitäten anstoßen und stützen, indem sie einen Wettbewerb für Partnerschaften auslobt und – da die finanziellen Spielräume der Einrichtungen und Träger eng sind – finanzielle Anreize setzt und Fördermittel zur Verfügung stellt.

Weil bislang wenig Erfahrungen zum interregionalen Austausch über Versorgungs- und Arbeitsgestaltung in der Pflege vorhanden sind, sollten Aktivitäten im Handlungsfeld Beschäfti-

gung wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Es sollte exploriert werden, welche Ansätze unter welchen Bedingungen funktionieren bzw. nicht funktionieren, um erfolgversprechende Ansätze dann verstetigen zu können.

4.2.3 Handlungsfeld Arbeitslosigkeit

Das dritte Handlungsfeld, in dem der großregionale Pflegearbeitsmarkt über einen vertieften grenzüberschreitenden Austausch weiterentwickelt werden kann, ist das Handlungsfeld Arbeitslosigkeit. Hierbei geht es nicht um eine verstärkte grenzüberschreitende Vermittlung von arbeitslosen Pflegekräften. Weder die vorhandenen Daten zur Arbeitslosigkeit noch die Ergebnisse der Arbeitsgruppendifkussion auf dem Expertenworkshop am 02. Juli 2014 legen nahe, dass Arbeitslosigkeit in den Pflegeberufen in einer der Teilregionen ein strukturelles Problem darstellt. Größere Potentiale an arbeitslosen Pflegekräften, die grenzüberschreitend vermittelt werden können, existieren nach Ansicht der im Projekt beteiligten Expertinnen und Experten nicht. Stattdessen geht es darum, die Arbeitsverwaltungen der Teilgebiete der Großregion zu Lerngemeinschaften zu vernetzen. Eine großregionale Arbeitsgruppe der Arbeitsverwaltungen sollte gegründet werden, mit dem Ziel, einen Austausch zu Erfahrungen, Programmen und zu Instrumenten und Materialien zur Berufsorientierung zu forcieren.

Verschiedene Themen könnten von der Arbeitsgruppe bearbeitet werden. Beispielsweise gibt es in allen Regionen Pflegefachkräfte, die arbeitslos sind, weil sie den Rahmenbedingungen der Beschäftigung in Krankenhäusern, Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege nicht genügen können. Aufgrund von familiären Verpflichtungen sind sie beispielsweise nicht flexibel genug oder sie sind räumlich nicht mobil, was vor allem in ländlichen Gegenden problematisch ist. Andere leiden unter psychischen Belastungen oder einer falschen Berufswahl und suchen nach einem neuen Betätigungsfeld. Zwar ist die Zahl dieser Arbeitslosen in allen Teilregionen gering, sie könnten jedoch für den Pflegearbeitsmarkt gewonnen werden, wenn die Arbeitgeber geeignete Arbeitsbedingungen anbieten. In allen Teilregionen existieren bereits Programme, die in eine solche Richtung wirken sollen. Ein Austausch über diese Programme und ihre Übertragbarkeit in andere Teilregionen könnte ein Schwerpunkt der Aktivitäten der Arbeitsgruppe sein.

Ein weiteres interessantes Thema sind Programme für arbeitslose Pflegehilfskräfte. Insbesondere in Luxemburg, aber auch in Lothringen und in eingeschränkterer Form in Rheinland-Pfalz und im Saarland gibt es eine relevante Zahl an arbeitslosen Hilfskräften. Diese sind oft regional verwurzelt, nicht oder nur eingeschränkt mobil und haben überdurchschnittlich häufig einen Migrationshintergrund. Vereinbarkeitsprobleme und Sprachdefizite sind wesentliche Barrieren, die einen Zugang zu Beschäftigung verhindern. In allen Teilregionen wird versucht, diese Zielgruppe über Qualifizierung in eine höherwertige Beschäftigung in der Pflege zu bringen, zum Beispiel über das Programm Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen (WeGeBau) in den deutschen Teilregionen. In Lothringen gibt es ähnliche Ansätze, die allerdings darunter leiden, dass Anpassungsqualifizierungen nicht anschlussfähig an das akademische Ausbildungssystem sind. Eine systematische Weiterentwicklung der Programme der Arbeitsverwaltungen in den Teilregionen könnte im Austausch vorgenommen werden. Dies gilt ebenso für Programme, die sich auf andere Zielgruppen wie die Stille Reserve oder ältere Pflegekräfte beziehen.

Weitere beispielhafte Themen für den Austausch der Arbeitsverwaltungen sind die grenzüberschreitende Vermittlung und die Berufsorientierung. Arbeitslose, die in Grenznähe leben, können schon heute die grenzüberschreitenden Vermittlungsbüros der Arbeitsagenturen nutzen. Diese Büros befinden sich an mehreren Standorten im deutsch-französischen Grenzgebiet. Eine Ausweitung auf die anderen Teilregionen könnte zielführend sein. Das Personal der Büros stammt bisher aus Frankreich und Deutschland. Durch die Kooperation ist es möglich, bei Einzelberatungen Systemunterschiede zu berücksichtigen. Zudem könnten überregionale Veranstaltungen zur Berufsorientierung konzipiert und durchgeführt werden. Ein Beispiel ist das Konzept der Berufsorientierungscamps, die seit einigen Jahren in der Europäischen Akademie Otzenhausen (Saarland) für Jugendliche aus Frankreich und Deutschland gemeinsam veranstaltet werden.

Akteursgruppen, die in den Austausch der Arbeitsverwaltungen einbezogen werden müssen, sind neben den Verantwortlichen in den Arbeitsverwaltungen der Teilregionen auch EURES sowie die Politik und die Berufsverbände in der Pflege. Die wissenschaftliche Begleitung der Aktivitäten im Handlungsfeld Arbeitslosigkeit erscheint – wie in den beiden anderen Handlungsfeldern – als notwendig, da die Erfahrungen der großregionalen Zusammenarbeit auf dieser Ebene neuartig sind und im Sinne einer Verstetigung systematisch aufbereitet werden sollten.

4.2.4 Handlungsfeld Fachkräftesicherung

Das vierte Handlungsfeld ist das Handlungsfeld Fachkräftesicherung. Hier geht es darum, über eine stärker großregional ausgerichtete Steuerung des Pflegearbeitsmarktes zur Deckung des Pflegekräftebedarfs in der Großregion beizutragen. Bisher werden Strategien zur Fachkräftesicherung nahezu ausschließlich auf teilregionaler Ebene geplant und umgesetzt. Eine Vertiefung der großregionalen Zusammenarbeit erscheint allerdings sinnvoll und notwendig. Ziel sollte sein, dass mehrere Teilregionen gemeinsam den Bedarf an Pflegekräften definieren und anschließend gemeinsam Maßnahmen zur Deckung dieses Bedarfs planen und umsetzen.

Ein Vorgehen in drei Schritten bietet sich an: Zunächst ist im ersten Schritt das Gebiet zu definieren, in dem das Thema Fachkräftesicherung gemeinsam bearbeitet werden soll. Vermutlich ist es zunächst wenig sinnvoll und praktikabel, die Großregion als Ganzes einzubeziehen. Eine Orientierung anhand der realisierten Grenzgängermobilität erscheint zielführender. Wie in Abbildung 47 gezeigt, findet Mobilität von Pflegekräften vor allem in Richtung Luxemburg und zwar aus den an das Großherzogtum angrenzenden Regionen statt. Eine Eingrenzung auf die entsprechenden Landkreise in Rheinland-Pfalz und im Saarland, die entsprechenden Arrondissements in Lothringen und der Wallonie und die Gemeinden in der DG Belgien muss zunächst vorgenommen werden. Luxemburg würde das Zentrum des definierten Gebiets bilden. Anschließend ist im zweiten Schritt der Pflegekräftebedarf im Gebiet zu bestimmen. Hierbei sollte zunächst auf den aktuellen Bedarf fokussiert werden. Zu prüfen ist dann, inwieweit dieser Bedarf gedeckt ist. Gibt es eine Lücke in der Bedarfsdeckung, sind im dritten Schritt gemeinsame Maßnahmen zur Fachkräftesicherung zu planen und umzusetzen. Dabei sollten auch die zukünftig entstehenden Pflegekräftebedarfe, zum Beispiel durch altersbedingtes Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Erwerbsleben oder durch demografische Veränderungen in der Region, berücksichtigt werden.

Konkret ist ein „Maßnahmenprogramm“ in der definierten Region vorstellbar, im Rahmen dessen beispielsweise gemeinsame Ausbildungsplätze angeboten werden. Mit diesen zusätzlichen Ausbildungsplätzen würde das Ausbildungsangebot in der Großregion bedarfsgerecht ausgeweitet. Außerdem bietet sich die Möglichkeit, an arbeitsmarktpolitische Strategien zur Senkung der Jugendarbeitslosigkeit anzuknüpfen und damit eine Win-win-Situation zu schaffen. Es sollte geprüft werden, ob sich unter den betroffenen jungen Menschen Personen befinden, die Interesse an einer Pflegeausbildung mitbringen. So würde die Jugendarbeitslosigkeit gesenkt und das Angebot an Pflegekräften erhöht. Zu prüfen ist, ob die zusätzlichen Ausbildungsplätze auch von allen beteiligten Regionen gemeinsam finanziert werden können.

Die Akteursgruppe, die das Handlungsfeld Fachkräftesicherung bearbeiten müsste, sollte vor allem aus politischen Entscheidungsträger aus den Teilgebieten der Großregion bestehen. Die Politik trägt die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit pflegerischen Leistungen, wofür natürlich ausreichend Pflegekräfte benötigt werden. Die zuständigen Ministerien und nachgeordneten Aufsichtsbehörden müssen eine Arbeitsgruppe gründen, die sich dem Thema Fachkräftesicherung gemeinsam annimmt. Die operative Bearbeitung der quantitativen Bedarfsanalyse könnte von einem großregionalen Netzwerk von Arbeitsmarktforschungsinstituten, ähnlich wie bei der Abfassung des vorliegenden Berichts, geleistet werden. Sinnvoll ist darüber hinaus die Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern von Berufsverbänden, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbänden und weiteren relevanten Akteuren im Feld der Pflege, beispielsweise in Form eines Expertenbeirats, der die Arbeiten begleitet.

4.2.5 Zur Rolle der Politik

In allen vier Handlungsfeldern spielt die Politik der sechs Teilregionen eine wesentliche Rolle. Die Politik ist verantwortlich für die Gestaltung zentraler Rahmenbedingungen in den Bereichen Ausbildung, Beschäftigung und Arbeitslosigkeit und für die Gewährleistung der pflegerischen Infrastruktur und eines ausreichenden Angebots an Pflegekräften. Um einen vertieften grenzüberschreitenden Austausch zu forcieren, muss die Politik initiieren und unterstützen. Um innovative Impulse in flächendeckend tragfähige Innovationen zu überführen, müssen Rahmenbedingungen vermutlich an vielen Stellen verändert werden. Insofern ist – unabhängig vom Handlungsfeld – zu empfehlen, eine begleitende Struktur aufzubauen, in der die Fachministerien und Aufsichtsbehörden der Teilregionen einen kooperativen Austausch pflegen können.

Nicht zuletzt muss die Politik auch Sorge dafür tragen, dass Transparenz über den Pflegearbeitsmarkt der Großregion besteht. Der vorliegende Bericht bildet lediglich einen ersten Schritt in diese Richtung. Eine Harmonisierung von Datenstrukturen in den Teilregionen sowie die Kooperation von Datenlieferanten tragen dazu bei, das Orientierungswissen aller am Pflegearbeitsmarkt beteiligten Akteure zu verbessern. Auch dazu bedarf es der Unterstützung durch die Politik.

5. Ausblick

Im Projekt „Der Pflegearbeitsmarkt der Großregion – Berufe, Mobilität und Fachkräftesicherung“ wurde erstmals eine Bestandsaufnahme über den Pflegearbeitsmarkt in der Großregion erstellt. Sekundärdaten zu den Pflegearbeitsmärkten in Rheinland-Pfalz, im Saarland, in Lothringen, in Luxemburg, in der Wallonie und in der DG Belgien wurden recherchiert, aufbereitet und zum Teil durch eigens erhobene Primärdaten ergänzt. Damit konnten Informationen zu den Themenbereichen Sektoren, Pflegeberufen, Ausbildung, Arbeitslosigkeit, Beschäftigte und Grenzgängermobilität in den sechs Teilgebieten nebeneinander gestellt werden. Diese Strukturdaten liefern schon erste Erkenntnisse zum großregionalen Pflegearbeitsmarkt. Ein interregionaler Vergleich war allerdings anhand dieser Daten meist nicht möglich, da absolute Zahlen aufgrund der unterschiedlichen Größe der Teilregionen nicht vergleichbar sind. Darum hat das Forscherteam im nächsten Schritt Datenbestände miteinander verknüpft bzw. in Beziehung gesetzt und so neue Indikatoren gebildet, die einen Vergleich zwischen den Teilgebieten ermöglichen.

Methodische Probleme sind in ländervergleichenden bzw. grenzüberschreitenden Studien nicht ungewöhnlich. Aufgrund von Unterschieden auf der Systemebene, auf der Messebene und der Auswertungsebene sind die im Projekt erarbeiteten Ergebnisse lückenhaft und mitunter nur begrenzt miteinander vergleichbar. Die Studie hat somit explorativen Charakter und kann als Grundlage für weitere vergleichende Studien zum Pflegearbeitsmarkt der Großregion dienen. Perspektivisch ist im Sinne einer höheren Transparenz anzustreben, dass die Datenbestände zum Pflegearbeitsmarkt in der Großregion in den sechs Teilgebieten harmonisiert werden. Dies kann allerdings nur im Diskurs erstens mit den Datenprovidern und zweitens mit den Akteuren im Feld der Pflege gelingen. Solche Austauschprozesse sind im Projekt bereits initiiert worden. Sie müssten nun verstetigt werden.

Im Projekt haben Datenprovidern und Arbeitsmarktforschungsinstituten aus allen sechs Teilgebieten der Großregion zusammengearbeitet. Für die Netzwerkpartner der Interregionalen Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (IBA) war der Pflegearbeitsmarkt erstmals Schwerpunktthema. Das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) verfügt zwar über langjährige Erfahrungen mit dem Monitoring regionaler Arbeitsmärkte, bisher allerdings nicht im großregionalen Kontext. Insofern stellte die Zusammenarbeit einen Gewinn für alle Beteiligten dar. Es fanden zahlreiche Arbeitstreffen statt, bei denen Lösungen für den Umgang mit methodischen Schwierigkeiten erarbeitet wurden. Zum Projektende existiert nun ein gemeinsames Grundverständnis aller Beteiligten, auf dem aufgebaut werden kann. Ziel einer Verstetigung der Zusammenarbeit könnte sein, den großregionalen Pflegearbeitsmarkt zukünftig einem regelmäßigen Monitoring zu unterziehen.

Neben dem Diskurs von Datenprovidern und Forschungsinstituten in der Großregion ist im Projekt auch der Diskurs mit Akteuren aus dem Feld der Pflege begonnen worden. Über den Austausch mit Expertinnen und Experten wurden Ergebnisse – vor allem die Interpretation der im Projekt erstmals gebildeten Indikatoren – validiert. Dafür hat sich das Format des Expertenworkshops bewährt. Am 02. Juli 2014 wurde in Trier ein solcher Workshop durchgeführt, an dem ausgewählte Expertinnen und Experten aus allen sechs Teilgebieten teilgenommen

haben. Deutlich wurde, dass das Interesse an datenbasierten Informationen zum großregionalen Pflegearbeitsmarkt überaus groß ist.³⁷ Die Projektergebnisse, die nach der Diskussion mit den Expertinnen und Experten besser interpretiert werden konnten, tragen zu einer höheren Transparenz bei.

Der Expertenworkshop zeigte darüber hinaus, dass Interesse und Bereitschaft im Feld der Pflege groß sind, sich mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Teilgebieten auszutauschen und gemeinsam Lösungen für großregionale oder Regionen-spezifische Herausforderungen zu erarbeiten. Die Projektergebnisse sind als Grundlage für diesen Austausch gut geeignet. Sie liefern Anregungen für die Initiierung von regionalen und großregionalen Strategien zur Fachkräftesicherung. Dabei sollte vor allem auf den Austausch zwischen Vertreterinnen und Vertretern von Arbeitsverwaltungen, Trägern von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Pflegeschulen und auf den Austausch zwischen einzelnen Personen wie Führungskräften, Beschäftigten, Auszubildenden oder Lehrenden gesetzt werden. Ziel sollte sein, dass diese jeweils andere Kontexte kennenlernen und verstehen und daraus Anregungen für die Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen und Prozessen in der Herkunftsregion mitnehmen. Damit können letztlich die Funktionsfähigkeit des großregionalen Arbeitsmarktes erhöht und Ungleichgewichte zwischen den Teilgebieten abgebaut werden.

Um den Diskurs mit den Akteuren aus dem Feld der Pflege zu vertiefen und die Projektergebnisse im Feld zu verorten, sollten zeitnah weitere Workshops durchgeführt werden. Im Rahmen halbtätiger Veranstaltungen – idealerweise in allen sechs Teilgebieten – könnten zum einen zentrale Projektergebnisse präsentiert und zum anderen der interregionale Austausch in einer anschließenden Arbeitsgruppenphase vertieft werden.

³⁷ Das große Interesse der Fachöffentlichkeit an den Projektergebnissen zeigte sich auch daran, dass im Projektverlauf immer wieder Anfragen an das Forscherteam gestellt wurden.

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Anzahl und Vorausberechnung der über 80-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner	5
Tab. 2: Projektstruktur	6
Tab. 3: Statistische Definition der drei Pflegesektoren.....	19
Tab. 4: Entwicklung der Beschäftigten im Krankenhaussektor zwischen 1999 und 2011 in %.....	24
Tab. 5: Entwicklung der Beschäftigten in Pflegeheimen zwischen 1999 und 2011 in %.	26
Tab. 6: Entwicklung der Beschäftigten im Sektor der ambulanten Pflege zwischen 1999 und 2011 in %	29
Tab. 7: Anteil der Beschäftigten in den drei Pflegesektoren an der Gesamtbeschäftigung im Jahr 2011	30
Tab. 8: Veränderung der Zahl der Beschäftigten 1999-2011 in %	30
Tab. 9: Bevölkerungsentwicklung und Entwicklung der Bevölkerung über 80 Jahren	31
Tab. 10: Übersicht über die vier Kategorien von Pflegeberufen und Einzelberufe.....	35
Tab. 11: Verhältnis Beschäftigte Pflegefachkräfte zu Pflegehelferinnen und –helfern im Jahr 2011	70
Tab. 12: Anzahl der Schüler im Beruf „infirmier (-ière)“ nach Nationalität 2012.....	86
Tab. 13: Ausländisches Pflegepersonal in der DG Belgien 2010	87
Tab. 14: Anteil der Einpendlerinnen und Einpendler an den Beschäftigten in den drei Pflegesektoren	104
Tab. 15: Bewilligte Anträgen auf Anerkennung eines ausländischen Berufsabschlusses (Pflegefachkräfte) und Absolventinnen und Absolventen im Jahr 2012 (*Luxemburg: 2013).....	105
Tab. 16: Bruttogehälter für Pflegefachkräfte im öffentlichen Dienst	105

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Anzahl der Krankenhausstandorte	21
Abb. 2: Verfügbare Betten im Krankenhaussektor	22
Abb. 3: Beschäftigte im Krankenhaussektor	23
Abb. 4: Anzahl der Pflegeheime	24
Abb. 5: Vollstationäre Plätze in Pflegeheimen	25
Abb. 6: Beschäftigte in Pflegeheimen	26
Abb. 7: Anzahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen	28
Abb. 8: Beschäftigte in der ambulanten Pflege	29
Abb. 9: Anzahl der Auszubildenden in den Pflegeberufen 2011	42
Abb. 10: Anzahl der Absolventinnen und Absolventen im Jahr 2012	43
Abb. 11: Entwicklung der Absolventinnen und Absolventen (Pflegefachkräfte).....	43
Abb. 12: Entwicklung der Absolventinnen und Absolventen (Pflegehelferinnen und -helfer)...	44
Abb. 13: Relation der Auszubildenden zur Bevölkerung im Alter von 15-29 Jahren in 2011 in %.....	45
Abb. 14: Relation der Auszubildenden (Pflegefachkräfte sowie Pflegehelferinnen und -helfer insgesamt) zur Bevölkerung im Alter von 15-29 Jahren in 2011 in %	46
Abb. 15: Relation der Absolventinnen und Absolventen zu den Beschäftigten in den Pflegeberufen in 2011* in %	48
Abb. 16: Relation der Absolventinnen und Absolventen (Pflegefachkräfte sowie Pflegehelferinnen und -helfer) zu beschäftigten Pflegekräften in 2011* in %	49
Abb. 17: Arbeitsloses Pflegepersonal 2012	54
Abb. 18: Entwicklung der arbeitslosen Pflegefachkräfte	55
Abb. 19: Entwicklung der arbeitslosen Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	56
Abb. 20: Anteil der Langzeitarbeitslosen an den Gesamtarbeitslosen 2012 in %.....	57
Abb. 21: Altersstruktur der arbeitslosen Pflegefachkräfte 2012.....	58
Abb. 22: Anteil der 15-24-Jährigen an den Arbeitslosen (Pflegefachkräfte und allgemein 2012).....	59

Abb. 23: Anteil der Arbeitslosen an den Erwerbspersonen in der jeweiligen Altersgruppe in % im Jahr 201360

Abb. 24: Beschäftigte Pflegefachkräfte63

Abb. 25: Beschäftigte Pflegehelferinnen und Pflegehelfer64

Abb. 26: Anteil der in Teilzeit beschäftigten Pflegekräfte (Pflegefachkräfte sowie Pflegehelferinnen und –helfer) in %.....66

Abb. 27: Altersstruktur der beschäftigten Pflegefachkräfte 201167

Abb. 28: Altersstruktur der beschäftigten Pflegehelferinnen und -helfer 201168

Abb. 29: Anteile des in Krankenhäusern beschäftigten Pflegepersonals 2011 in %.....69

Abb. 30: Entwicklung der Anzahl der Pflegefachkräfte nach Herkunftsland75

Abb. 31: Entwicklung der Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer nach Herkunftsland76

Abb. 32: Anteile der atypischen Grenzgängerinnen und Grenzgänger aus Frankreich in den Pflegeberufen 1999 und 201177

Abb. 33: Entwicklung des Anteils der Pflegefachkräfte aus Frankreich an der Gesamtbeschäftigung in dieser Berufsordnung78

Abb. 34: Entwicklung des Anteils der Helfer in der Krankenpflege aus Frankreich an der Gesamtbeschäftigung in dieser Berufsordnung78

Abb. 35: Anträge auf Anerkennung eines Berufsabschlusses als Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in in Rheinland-Pfalz79

Abb. 36: Anträge auf Anerkennung eines Berufsabschlusses als Pflegefachkraft im Saarland80

Abb. 37: Einpendlerinnen und Einpendler in den „Pflegesektoren“ nach Herkunftsland82

Abb. 38: Anteile der Einpendlerinnen und Einpendler in den „Pflegesektoren“ an allen Einpendlern nach Herkunftsland.....83

Abb. 39: Einpendlerinnen und Einpendler in den „Pflegesektoren“ aus Frankreich mit Teilzeitverträgen.....84

Abb. 40: Frauenanteil der Einpendlerinnen und Einpendler in den „Pflegesektoren“ aus Frankreich84

Abb. 41: Einpendlerinnen und Einpendler in den „Pflegesektoren“ aus Frankreich nach Altersgruppen.....85

Abb. 42: Entwicklung der französischen Schüler im Beruf „infirmier (-ière)“ 2005-2012	86
Abb. 43: Abwanderung von Pflegepersonal zwischen 2005 und 2010.....	88
Abb. 44: Beschäftigte in den „Pflegesektoren“ nach Herkunftsland	90
Abb. 45: Beschäftigte nach Herkunftsland.....	91
Abb. 46: Entwicklung der Einpendlerinnen und Einpendler in den „Pflegesektoren“ nach Herkunftsland zwischen 2009 und 2013	92
Abb. 47: Nach Luxemburg einpendelnde Beschäftigte in den „Pflegesektoren“ nach Herkunftsgebiet 2013 und Entwicklung 2009-2013.....	93
Abb. 48: Nach Luxemburg einpendelnde Beschäftigte im Krankenhaussektor nach Herkunftsgebiet 2013 und Entwicklung 2009-2013.....	94
Abb. 49: Nach Luxemburg einpendelnde Beschäftigte in Pflegeheimen nach Herkunftsgebiet 2013 und Entwicklung 2009-2013	95
Abb. 50: Nach Luxemburg einpendelnde Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten nach Herkunftsgebiet 2013 und Entwicklung 2009-2013.....	96
Abb. 51: Beschäftigte in den „Pflegesektoren“ nach Herkunftsland mit Teilzeitverträgen.....	97
Abb. 52: Beschäftigte in den „Pflegesektoren“ nach Herkunftsland und nach Altersgruppen	98
Abb. 53: Führungskräfte in der Pflege im Krankenhaussektor nach Herkunftsland.....	99
Abb. 54: Pflegefachkräfte im Krankenhaussektor nach Herkunftsland.....	100
Abb. 55: Pflegehelferinnen und Pflegehelfer im Krankenhaussektor nach Herkunftsland ...	101
Abb. 56: Entwicklung der Anerkennung ausländischer Diplome und Ausstellung luxemburgischer Diplome 2000-2013	103

Anhang 1 - Methodische Anmerkungen: Kategorieinteilung „Pflegeberufe“ für die verschiedenen Indikatoren

Im Allgemeinen erfolgte eine Orientierung an dem Berufekategoriensystem aus Kapitel 3.2:

Kategorie 1 Führungskräfte / Cadres	Kategorie 2 Pflegefachkräfte / Infirmiers	Kategorie 3 Pflegehelferinnen und Pflegehelfer / Auxiliaires de soin	Kategorie 4 Pflegehilfskräfte / Aides peu qualifiés
--------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

In den Betrachtungen wurde überwiegend auf die Kategorien 2 (Pflegefachkräfte) und 3 (Pflegehelferinnen und Pflegehelfer) fokussiert.

Ausbildung

Rheinland-Pfalz und Saarland

Die Daten für Rheinland-Pfalz stammen aus der jährlichen Schulstatistik, die vom Statistischen Landesamt Rheinland-Pfalz erstellt wird. Die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen staatlich anerkannter Weiterbildungen wurden vom Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung übermittelt. Die Daten für das Saarland stammen ebenfalls aus der jährlichen Schulstatistik und wurden vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes zur Verfügung gestellt.

In der Schulstatistik des Saarlandes konnte bei der Schülerzahl in den Altenpflegesschulen nicht zwischen Altenpflegerinnen und Altenpflegern auf der einen und Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfern auf der anderen Seite unterschieden werden. Da die beiden Berufe unterschiedlichen Kategorien zugeordnet sind, war hier eine Primärerhebung notwendig, um differenziertere Daten zu erhalten.

Sowohl in Rheinland-Pfalz als auch im Saarland wird die Anzahl der Personen, die einen staatlich anerkannten Weiterbildungskurs absolvieren, nicht erfasst. Um diese Personen – analog zu den anderen Teilregionen – zur Zahl der Auszubildenden in Kategorie 2 addieren zu können, wäre eine Primärerhebung bei den Weiterbildungsstätten notwendig gewesen. Darauf ist aufgrund des unverhältnismäßig hohen Aufwandes verzichtet worden. Infolgedessen werden die Ausbildungszahlen für die deutschen Teilregionen im Vergleich zu den nicht-deutschen leicht unterschätzt, weil die Pflegekräfte in Weiterbildung nicht mitgezählt werden.

Für die Kategorie 1 (Führungskräfte) lagen für die deutschen Teilregionen keine differenzierten Angaben in offiziellen Statistiken vor bzw. konnten nicht bei Behörden oder direkt bei den auszubildenden (Hoch-)Schulen abgefragt werden. IWAK/IBA haben deswegen Primärdaten bei den Hochschulen mit pflegebezogenen Studiengängen erhoben. Die Absolventen der rheinland-pfälzischen und saarländischen Studiengänge arbeiten später jedoch nur zum Teil für eine

Führungstätigkeit in der Pflege, ein Großteil arbeitet später als Pflegepädagoge in Weiterbildung oder Forschung. In den nicht-deutschen Teilregionen finden sich in der Kategorie Pflegekräfte, die Führungspositionen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einnehmen.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
Management und Expertise im Pflege- und Gesundheitswesen (Bachelor) Pflege (Bachelor, ausbildungsorientiert) Pflegepädagogik (Bachelor, Diplom) Pflegeleitung (Diplom) Gesundheit und Pflege (Bachelor, Master) Pflegewissenschaft (Master, Promotion)	Altenpfleger/innen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen	Altenpflegehelfer/innen Krankenpflegehelfer/innen

Lothringen

Zahlen für Lothringen stammen von der Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), die regelmäßig Befragungen der Ausbildungsstätten durchführt.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
Cadre	Infirmiers en soins généraux Spécialists	Aides-soignants Auxiliaires de puériculture Aides médico-psychologiques

Luxemburg

Ausbildungsdaten für Luxemburg stammen vom Lycée technique pour professions de santé (LTPS), der einzigen Pflegehochschule im Großherzogtum.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
-	Infirmier Spécialisation infirmier en pédiatrie (SP) Spécialisation infirmier en psychiatrie (SY) Spécialisation infirmier en anesthésie et réanimation (SAR)	Aide-soignant

Wallonie

Die Daten für die Wallonie wurden von Etnic (Entreprise publique des Technologies nouvelles de l'Information et de la Communication) übermittelt, einer öffentlichen Einrichtung, die digitale, telefonische und statistische Unterstützung in der französischsprachigen Gemeinschaft Belgiens leistet.



Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
Sciences de la santé publique <ul style="list-style-type: none"> • Master en 2 années d'études à finalité spécialisée • Master en 2 années d'études à finalité approfondie 	Soins infirmiers Spécialisation en biotechnologies médicales et pharmaceutiques Spécialisation en diététique sportive Spécialisation en éducation et rééducation des déficients sensoriels Spécialisation en oncologie Spécialisation en pédiatrie Spécialisation en salle d'opération Spécialisation en santé communautaire Spécialisation en santé mentale et psychiatrie Spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente Spécialisation interdisciplinaire en gériatrie et psychogériatrie	Aide-soignant

DG Belgien

In der DG Belgien liegen keine detaillierten Statistiken für den Bereich der Pflegeausbildungen bzw. –studiengänge vor. Entsprechend sind Daten von der IBA-Netzwerkpartnerin aus der Teilregion direkt bei den Hochschulen mit pflegebezogenen Studiengängen erhoben worden.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
-	Krankenpfleger (Bachelor) Krankenpfleger (Brevet)	Pflegehelfer Familien- und Seniorenhelfer Kinderbetreuer

Arbeitslosigkeit

Rheinland-Pfalz und Saarland

Das verwendete Datenmaterial basiert auf den Informationen der Bundesagentur für Arbeit. Die Arbeitslosendaten werden nach der Klassifikation der Berufe 2010 auf 5-Steller-Ebene ausgewiesen, allerdings lässt die Berufsklassifikationen keine Trennung zwischen Kategorie 3 (Pflegehelfer) und Kategorie 4 (Pflegehilfskräfte) zu. Die Zahl der arbeitslosen Helferinnen und Helfer wird damit überschätzt.



Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3 (+4)
81393 Aufsichts- kräfte - Gesundheits- und Krankenpflege;	81302 Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung oS) - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten 81313 Berufe in der Fachkrankenpflege - komplexe Spezialistentätigkeiten 81323 Fachkinderkrankenpflege - komplexe Spezialistentätigkeiten	81301 Gesundheits- und Krankenpflege (oS) Helfer-/Anlerntätigkeiten
82194 Führungs- kräfte - Altenpflege	81383 Gesundheits- und Krankenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe ssT) - komplexe Spezialistentätigkeiten 81382 Gesundheits- und Krankenpflege (ssT) - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	82101 Berufe in der Al- tenpflege (oS) - Helfer-/ Anlerntätigkeiten
81394 Führungs- kräfte - Gesundheits- und Krankenpflege	82183 Altenpflege - komplexe Spezialistentätigkeiten (ssT) 82102 Altenpflege - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten (oS) 82103 Altenpflege - komplexe Spezialistentätigkeiten (oS) 82182 Altenpflege - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten (ssT)	

Lothringen

Das verwendete Datenmaterial basiert auf den Informationen von Pôle Emploi. Die Zahlen werden nach Code métier ROME (Répertoire opérationnel des métiers et des emplois) ausgewiesen und können den im Projekt verwendeten Kategorien eindeutig zugeordnet werden.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4
J1502 Coordination de services médi- caux ou paramédi- caux	J1506 Soins infirmiers généralistes J1503 Soins infirmiers spécialisés en anesthésie J1504 Soins infirmiers spécialisés en bloc opératoire J1505 Soins infirmiers spécialisés en prévention J1507 Soins infirmiers spécialisés en puériculture	J1501 Soins d'hygiène, de confort du patient) J1304 (Aide en puériculture K1301 Accompagnement médicosocial	J1301 Personnel polyvalent des services hospita- liers

Luxemburg

Das verwendete Datenmaterial basiert auf den Informationen von ADEM (Agence pour le développement de l'emploi). Die Zahlen werden nach Codes métiers (métiers de la santé) ausgewiesen und können den im Projekt verwendeten Kategorien von Pflegekräften zugeordnet werden. Eine Unschärfe ergibt sich daraus, dass nicht bei allen Arbeitssuchenden der Beruf differenziert erfasst wurde. Es ist daher möglich, dass in der Kategorie 2 (Pflegefachkräfte) Berufe einbezogen sind, die eher in die Kategorie 1 (Führungskräfte) gehören. In Kategorie 3 (Pflegehelferinnen und -helfer) können sich Personen befinden, die keine pflegebezogene



Qualifikation mitbringen und deshalb eigentlich der Kategorie 4 (Pflegehilfskräfte) zuzuordnen sind.³⁸ Damit werden die Arbeitslosenzahlen für Luxemburg womöglich leicht überschätzt.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4
03600 Infirmier en chef	036 infirmiers et hospitaliers 03610 Infirmier hospitalier 03620 Infirmier psychiatrique 03630 Infirmier de pédiatrie 03680 Infirmier social	038 personnel soignant, non diplômé comme infirmier 03821 Personnel soignant non diplômé comme infirmier, garde-malade (aide-sanitaire), soigneuse diplômée 03825 Aide-soignant 03827 Aide-senior 03831 Puéricultrice	03899 Garde malade (non diplômé)

Wallonie

Das verwendete Datenmaterial basiert auf den Informationen von Le Forem (Service public de l'emploi et de la formation en Wallonie). Die Zahlen werden nach der Berufenomenklatur REM7 (Répertoire Emplois Métiers) ausgewiesen und können den im Projekt verwendeten Kategorien eindeutig zugeordnet werden.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4
2413101 Chef de service paramédical	2412101 Infirmier en soins généraux 2412201 Infirmier en soins spécialisés	2411101 Aide-soignant	-

DG Belgien

Das verwendete Datenmaterial basiert auf den Informationen des Arbeitsamts der DG Belgien. Für Kategorie 1 fand sich keine Berufskennziffer. Zudem lässt die Berufsklassifikationen keine differenzierte Trennung zwischen Kategorie 3 (Pflegehelfer) und Kategorie 4 (Pflegehilfskräfte) zu. Zwar konnten Daten zu dem Beruf 03899 Krankenwärter (ohne Erfahrung und ohne Diplom) der Kategorie 4 zugerechnet werden, dennoch finden sich in Kategorie 3 einige Berufe, welche aufgrund der Datenlage nicht heraus gerechnet werden konnten. Die Zahl der arbeitslosen Helferinnen und Helfer wird damit überschätzt.

³⁸ Einige Arbeitssuchende konnten zwar der Klassifikation 036 „infirmiers et hospitaliers“ zugeordnet werden, wurden allerdings nicht differenzierter nach Beruf erfasst. Es ist daher möglich, dass hier Berufe mitgezählt werden, die in Kategorie 2 nicht berücksichtigten sind (03600 „Infirmier en chef“ et 03640 „Accoucheuse“). Das gleiche gilt für die Klassifikation 038 „personnel soignant, non diplômé comme infirmier“, welche auch die für Kategorie 3 nicht relevanten Berufe 03826 „Garde-malade non diplômé“ und 03828 „Auxiliaire de vie“ mit abbilden könnte.



Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3 (+4)	Kategorie 4
-	03620 Diplomkrankenschwester - Krankenhaus 03621 Diplomkrankenschwester - Psychiatrie 03610 Fachkrankenschwester - Krankenhaus 03612 Fachkinderrkrankenschwester 03611 Fachkrankenschwester - Psychiatrie 03613 Fachkrankenschwester - Geburtshilfe 03614 Op-Fachkrankenschwester 03615 Fachkrankenschwester - Unfallmedizin 03616 Fachkrankenschwester - Medizinische Bildgewinnung und Röntgen 03617 Sozialfachpfleger	03820 Krankenbetreuer, nicht diplomiert 03821 Krankenpflegehelfer 03824 Krankenpflegeschüler 03825 Familien- und Gesundheitshelfer 03826 Familienhelfer 03827 Altenhelfer 03828 Logistik-Assistent 03630 Assistent für Krankenhauspflege 03631 Assistent für psychiatrische Pflege	03899 Krankenwärter (ohne Erfahrung und ohne Diplom)

Beschäftigung

Rheinland-Pfalz und Saarland

Die Grundlage, um die Beschäftigten in „Pflegeberufen“ darzustellen, bilden die offizielle Pflegestatistik, die Angaben zu Beschäftigten in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten enthält, sowie die Krankenhausstatistik und die Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen sich Beschäftigtendaten für den Krankenhaussektor finden. Abgebildet sind jeweils Beschäftigte nach Einzelberufen, die dann für die Ergebnisaufbereitung zu den Kategorien Pflegefachkräfte und Pflegehelferinnen und –helfer aggregiert wurden.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
-	Altenpfleger/innen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/innen	Altenpflegehelfer/innen Krankenpflegehelfer/innen

Sämtliche Statistiken enthalten auch strukturelle Merkmale der Beschäftigten wie das Geschlecht oder den Arbeitszeitumfang. Nicht enthalten sind Angaben zur Altersstruktur. Um diese abzubilden, wurde auf die Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort zurückgegriffen, die von der Bundesagentur für Arbeit vorgehalten wird. Eine Analyse auf der Basis von Einzelberufen war allerdings nicht möglich, die Altersstruktur der Pflegeberufe ließ sich nur auf der Ebene von Berufsordnungen (3-Steller) auswerten. Relevant sind der 3-Steller 853 – Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen (Kat. 2 – Pflegefachkräfte), der 3-Steller 861 – Sozialpfleger, Sozialarbeiter³⁹ (Kat. 2 – Pflegefachkräfte) sowie der 3-Steller 854 – Helfer in der Krankenpflege (Kat. 3 – Pflegehelferinnen und Pflegehelfer). Sowohl der 3-Steller 853 als auch der 3-Steller 861 enthalten Berufsgruppen, die für die Studie nicht relevant sind. Diese konnten jedoch nicht herausgerechnet werden. Das Gleiche gilt für die Berufsordnung 854, die neben Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern (Kat. 3) womöglich auch un- und angelernte Pflegehilfskräfte (Kat. 4) enthält, dafür wahrscheinlich aber keine Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer.

³⁹ In der Berufsordnung 861 sind die Altenpflegerinnen und Altenpfleger enthalten.



Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3 (+4)
-	853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen 861 Sozialpfleger, Sozialarbeiter	854 Helfer in der Krankenpflege

Lothringen

Datengrundlage zu den Beschäftigten in Pflegeberufen bilden Informationen von INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) aus einer Volkszählung. Die vorhandenen Daten zu Einzelberufen wurden zu den Kategorien Pflegefachkräfte und Pflegehelferinnen und –helfer zusammengefasst. Für das Jahr 1999 sind auch Daten für (Zahn-)Arzthelferinnen und –helfer enthalten, die nicht herausgefiltert werden konnten.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4
-	431A Cadres infirmiers et assimilés 431B Infirmiers psychiatriques 431C Puéricultrices 431D Infirmiers spécialisés 431F Infirmiers en soins généraux salariés	526A Aide-soignants 526C Auxiliaires de puériculture 526D Aides médico-psychologiques	525D Agents de services hospitaliers

Luxemburg

Für Luxemburg wurde auf Daten des Gesundheitsministeriums (Ministère de la Santé) zurückgegriffen.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
Infirmier gradué	Infirmier Infirmier en anesthésie et réanimation Infirmier en pédiatrie Infirmier psychiatrique	Aides-soignants Aide-soignant psychiatrique

Wallonie

Datengrundlage zu den Beschäftigten in Pflegeberufen bilden Angaben zu den registrierten Pflegefachkräften und Pflegehelferinnen und –helfern beim Föderalen Öffentlichen Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt (SPF Santé publique). Problematisch an diesen Daten ist, dass es sich bei den registrierten Pflegekräften nicht zwangsläufig um am Arbeitsmarkt aktive handelt. Arbeitslose und Pflegekräfte in Rente sind wenigstens zum Teil inbegriffen. Nach Rücksprache mit einer Expertin in der Wallonie wurden die Zahlen um 30% reduziert, um Vergleichbarkeit zu den Daten aus den anderen Teilregionen herzustellen.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
-	Infirmiers	Aides-soignants

DG Belgien

Die Beschäftigtenzahlen wurden vom Fachbereich Gesundheit im Ministerium der DG übermittelt. Sie stammen aus einer Umfrage bei den Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten in der Region im Rahmen eines Interreg-Projektes.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
Pflegepersonal - Kinder	Krankenpfleger (Bachelor und Brevet) inklusive mit spezieller Ausbildung	Pflegehelfer Senioren- und Familienhelfer

Grenzgängermobilität

Saarland und Rheinland-Pfalz

Grundlage um die Grenzgängermobilität der Beschäftigten in „Pflegerberufen“ darzustellen bildet die Statistik der Bundesagentur für Arbeit zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Stichtags-Daten zum 30.06.). Um die „Pflegerberufe“ in der Statistik zu identifizieren, wurde auf die Klassifizierung der Berufe 1988 zurückgegriffen, welche sich für die Daten zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort Rheinland-Pfalz bzw. Saarland nach Herkunftsland lediglich bis auf Ebene der Berufsordnungen (3-Steller) auswerten ließ. Relevante Berufsordnungen sind der 3-Steller 853 – Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen (Kat. 2 – Pflegefachkräfte) sowie der 3-Steller 854 – Helfer in der Krankenpflege (Kat. 3 – Pflegehelferinnen und Pflegehelfer). Die Berufsgruppe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger ist nicht einbezogen, da es den Beruf außerhalb Deutschlands nicht gibt, Hebammen und Entbindungspfleger sind dagegen integriert. In der Berufsordnung 854 sind neben Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern (Kat. 3) womöglich auch un- und angelernte Pflegehilfskräfte (Kat. 4) berücksichtigt.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3 (+4)
-	853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	854 Helfer in der Krankenpflege

Luxemburg

Um die Mobilität in den „Pflegerberufen“ in Luxemburg abzubilden, wurde auf Daten des Gesundheitsministeriums (Ministère de la Santé) zurückgegriffen. .

Die Daten bilden Informationen über die bei dem Ministerium zum 31.12. registrierten Gesundheitsberufe ab, welche es erlauben, die hier relevanten Pflegerberufe herauszustellen und in das in dieser Studie herausgearbeitete Kategoriensystem einzuordnen. Allerdings war eine Differenzierung der Beschäftigten in den Pflegerberufen nach Wohnland lediglich für den Krankenhaussektor möglich, so dass eine Untersuchung der einpendelnden Beschäftigten in den Pflegerberufen demnach nur für diesen Bereich möglich war. Für den Bereich der Pflegeheime und der ambulanten Pflege liegen keine vergleichbaren Daten vor.

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
Infirmier gradué	Infirmier Infirmier en anesthésie et réanimation Infirmier en pédiatrie Infirmier psychiatrique	Aide-soignant Aide-soignant psychiatrique

Lothringen, Wallonie und DG Belgien

Für diese Regionen lagen keine Daten zu den Pendlerinnen und Pendlern in „Pflegerberufen“ vor.

Anhang 2 - Übersicht von CRD Eures über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Deutschland, Belgien, Frankreich und Luxemburg

	Deutschland	Belgien	Frankreich	Luxemburg
	Gesundheits- und Krankenpfleger	Graduierter Krankenpfleger (Diplom) / Krankenpfleger mit Brevet	Krankenpfleger für allgemeine Pflege (Krankenpfleger im öffentlichen Dienst)	Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind
Be- rufs- bild	<p>Gesundheits- und Krankenpfleger betreuen und versorgen kranke oder pflegebedürftige Menschen, führen ärztlich veranlasste Maßnahmen durch, assistieren bei Untersuchungen und Behandlungen und dokumentieren Patientendaten.</p> <p>Sie arbeiten hauptsächlich in Krankenhäusern und sind dort in verschiedenen Fachabteilungen tätig wie Chirurgie, Innere Medizin, Psychiatrie, Gynäkologie, Onkologie oder Orthopädie. Beschäftigt sind sie auch in Pflegeeinrichtungen und Altenwohnheimen und in ambulanten Pflegediensten.</p>	<p>Im Krankenhaus sind die Aufgaben ähnlich wie in Frankreich, jedoch wird den Krankenpflegern in Belgien mehr Eigenständigkeit und Verantwortung zugestanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganzheitliche Versorgung des Patienten: Mahlzeiten, Körperpflege, Pflege. Sehr geringe Delegation an Pflegehelfer. Dies wird "integrative nursing" genannt (integrative Versorgung). - Die Krankenpfleger dürfen anspruchsvolle Aufgaben wie Pflegediagnosen und Fachberatung (weitgehende körperliche und psychologische Untersuchungen) wahrnehmen. - Sie dürfen die Patienten an Fachärzte verweisen und sind nicht verpflichtet, zwingend einen Allgemeinmediziner zu konsultieren. - Intensive Mitwirkung bei der Behandlung chronischer Krankheiten: Asthma, Schlaganfall, Diabetes, Krebs... 	<p>Die Krankenpfleger für allgemeine Pflege des öffentlichen Dienstes gehören dem «corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés» (Berufsstand der Krankenpfleger für allgemeine Pflege und der Fachkrankenschwester) an. Die Aufnahme in den Berufsstand setzt einen Ausbildungsnachweis oder eine Genehmigung zur Berufsausübung voraus, die von der zuständigen Behörde ausgestellt wurde.</p> <p>Arbeitsort:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens, - Altenheime der öffentlichen Hand, - sozialstaatliche Einrichtungen, - öffentliche Einrichtungen für minderjährige oder erwachsene Behinderte. 	<p>Der Krankenpfleger arbeitet hauptsächlich in Pflegestationen der Krankenhäuser, in Altenheimen, ambulanten Pflege- und familienunterstützenden Diensten, Reha-Zentren, sozialmedizinischen Zentren, im schulärztlichen Dienst, in Arztpraxen und Praxen für Gesundheitspflege.</p>



	Deutschland	Belgien	Frankreich	Luxemburg
Ausbildung	<p>Die bundesweit einheitlich geregelte Ausbildung erfolgt in Berufsfachschulen. Sie dauert 3 Jahre. Die theoretische Ausbildung umfasst 2.100 Unterrichtsstunden und die praktische 2.500 Stunden. Es gibt Modellversuche mit zusätzlichen Aufbaumodulen, die eine Ausbildungsdauer von dreieinhalb Jahren vorsehen. Die staatliche Prüfung besteht aus einem schriftlichen, einem mündlichen und einem praktischen Teil.</p> <p>Es besteht zudem die Möglichkeit, die Ausbildung an der Berufsfachschule mit einem Hochschulstudium zu verbinden. Nach Erwerb des Abschlusses Gesundheits- und Krankenpfleger muss der Student gem. dem Krankenpflegegesetz eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung beantragen.</p>	<p>Krankenplegediplom (Bachelor) 3-jährige Ausbildung, Kurzstudiengang, mit theoretischem und praktischem Teil, führt zum Berufstitel des Bachelor in Gesundheits- und Krankenplegewissenschaften. Sie findet an Hochschulen (paramedizinische Studiengänge) statt und befähigt zur Ausübung des Berufs Krankenpfleger für allgemeine Pflege.</p> <p>Krankenplegebrevet 3-jährige Ausbildung mit Abschluss Brevet in Gesundheitspflege, Fachrichtung Krankenpflege. Im Unterschied zur Bachelor-Ausbildung ist die Ausbildung zum Krankenpfleger mit Brevet kein Hochschulstudium, sondern ein berufsbildender ergänzender Sekundarunterricht. Es werden vorwiegend praktische Kenntnisse vermittelt.</p>	<p>3 Jahre Studium zum Erwerb des Krankenpfleger-Staatsdiploms Seit Beginn des Schuljahres 2009 erhalten die Studenten ihr Diplom in Form von 180 europäischen Kreditpunkten und erlangen den Bachelor-Titel. Die Ausbildung findet an den Ausbildungsinstituten für Krankenpflege statt.</p>	<p>Die Ausbildung wird mit einem „brevet de techniciens supérieur, mention «infirmier» (BTS, höheres Fachdiplom in Krankenpflege) abgeschlossen. Dieses Diplom ersetzt das luxemburgische Staatsdiplom in Krankenpflege. Die Vollzeitausbildung dauert vier Jahre. Sie besteht aus mindestens 4.600 Stunden theoretischem Unterricht und klinisch-praktischer Unterweisung; die Dauer der theoretischen Ausbildung muss mindestens ein Drittel und die der klinisch-praktischen Unterweisung mindestens die Hälfte der Mindestausbildungsdauer betragen.</p> <p>In den letzten zwei Jahren vor dem Abitur (12. und 13. Klasse Pflegeausbildung) wird eine duale Ausbildung mit Vollzeitunterricht in der Schule und Praktika absolviert, die mit einem technischen Abitur abschließt (beruflich-technische Ausbildung, Sekundarstufe II, Bereich Gesundheits- und Sozialberufe, Fachrichtung Krankenpfleger/in). Der 2-jährige BTS-Ausbildungsgang (BTS1 und BTS2) - eine duale Ausbildung mit Sekundarunterricht Stufe II im technischen Zweig und Betriebspraktika - wird mit dem Brevet de techniciens supérieur infirmier, mention infirmier responsable des soins généraux (höheres Fachdiplom in Pflege, Spezialisierung in allgemeiner Krankenpflege) abgeschlossen. Die Ausbildung findet am technischen Gymnasium für Gesundheitsberufe statt (3 Standorte: Luxemburg, Bascharage, Warken).</p>



	Deutschland	Belgien	Frankreich	Luxemburg
Zulas- sungs- vo- raus- set- zun- gen	<p>Mittlerer Bildungsabschluss (Abschluss der 10. Klasse, 16 Jahre) oder gleichwertiger Abschluss (Realschulabschluss). Schüler mit einem Hauptschulabschluss (nach der 9. Klasse) werden zugelassen, wenn sie eine erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung mit einer Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren oder die Erlaubnis als Krankenpflegehelfer/in oder eine erfolgreich abgeschlossene landesrechtlich geregelte Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Krankenpflegehilfe nachweisen.</p>	<p>Krankenpflegediplom Es gibt keine Aufnahmeprüfung für die Krankenpflegeschule. Die Zulassung zum Bachelorstudium erfordert den Nachweis eines CESS Abschlusses (Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur, d.h. Abschlusszeugnis der Oberstufe des Sekundarunterrichts), der dem deutschen Abitur gleichgestellt ist. Es müssen 6 Jahre technische oder allgemeinbildende Sekundarschule oder 7 Jahre berufsbildender Sekundarunterricht b oder c nachgewiesen werden.</p> <p>Krankenpflegebrevet Die Zulassung zur Ausbildung mit Brevet in Krankenpflege erfordert den Nachweis eines CESS Abschlusses (Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur, d.h. Abschlusszeugnis der Oberstufe des Sekundarunterrichts), der dem deutschen Abitur gleichgestellt ist. Es müssen 6 Jahre berufsbildender Sekundarunterricht nachgewiesen werden. Ein Kandidat, der die Berufsbezeichnung Pflegehelfer oder den nach 1989 erworbenen Titel „auxiliaire polyvalent“ (Familienhilfe) führt, kann an der Krankenpflegeschule zugelassen werden, nachdem er ein Ausbildungsmodul im Rahmen der schulischen Weiterbildung absolviert hat.</p>	<p>Abitur oder gleichwertiger Abschluss + bestandene Aufnahmeprüfung. Kinderpflegehelfer/innen und Pflegeassistenten mit 3-jähriger nachgewiesener Berufserfahrung können an einer speziellen Aufnahmeprüfung teilnehmen und sind davon befreit, bestimmte Ausbildungseinheiten zu absolvieren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • erfolgreicher Abschluss des 2. Ausbildungsjahres im technischen Zweig, Bereich Gesundheits- und Sozialberufe, oder • erfolgreicher Abschluss des 2. Ausbildungsjahres in einem anderen Zweig (Zulassung auf Antrag) • erfolgreicher Abschluss des 5. Ausbildungsjahres der allgemein bildenden Sekundarstufe <p>Das technische Gymnasium für Gesundheitsberufe kann eine französischsprachige Sektion einrichten.</p>



	Deutschland	Belgien	Frankreich	Luxemburg
Aufgaben der Krankenpflegekraft	<p>Pflegetätigkeiten: Überwachung und Dokumentation des Patientenzustandes, Ausführung ärztlicher Verordnungen. Wundversorgung, Punktionen, Infusionen. Körperpflege Zusammenarbeit mit den Ärzten Führung der Pflegedokumentation Organisations- und Verwaltungsarbeiten Kommunikation mit Patienten und deren Angehörigen</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss, bestehend aus Spitzenvertretern des Gesundheitswesens, hat im Oktober 2011 die Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten auf Krankenpflegekräfte (und Altenpfleger) beschlossen: Infusionen, Behandlung von Verletzungen und Schmerzen. Diagnose und Behandlungskontrolle verbleiben im ausschließlichen Zuständigkeitsbereich des Arztes.</p>	<p>Bestimmte Tätigkeiten erfordern eine ärztliche Verordnung, andere nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungen (zum Beispiel: die Pflege und Überwachung von Patienten mit künstlichem Atemweg, kardiopulmonale Reanimation anhand invasiver Mittel, Anlegen einer Infusion, Legen eines Katheters, Wundpflege...) - Vorbereitung und Verabreichung von Arzneimitteln - Besondere Techniken (zum Beispiel: Krankenpflege an Frühgeborenen, Entfernung eines Gipses) - Krankenpflegerische Tätigkeiten in Zusammenhang mit der Festlegung von Diagnose und Behandlung - Assistenz bei medizinischen Leistungen (Verwaltung der chirurgischen und anästhesiologischen Ausrüstung) <p>Liste der Handlungen, die Ärzte Krankenpflegefachkräften anvertrauen können</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benutzung bildgebender Untersuchungsgeräte - Urin- und Vollblutanalysen - Vorbereitung und Verabreichung von Impfungen im Beisein eines Arztes 	<p>Aufgaben technischer Art bei der Durchführung der Pflegeleistungen, spezifisch auf den Tätigkeitsbereich ausgerichtet (Körperhygiene, Verabreichung von nicht injizierbaren Medikamenten, Sondenernährung, Verbände, Erfassen der Ergebnisse von Messungen im Schnelltestverfahren – Urin, Blut) Erstellen des Pflege- und Behandlungsplans des Patienten Bestands- und Lagerverwaltung des Materials und Arzneimittelvorrats für seinen Bereich In Notfällen und bei Abwesenheit des Arztes, Durchführung der Maßnahmen des Notfallprotokolls, das zuvor vom verantwortlichen Arzt erstellt, datiert und unterschrieben wurde. In Notfällen und zusätzlich zu den im Notfallprotokoll aufgeführten Maßnahmen Notfallbehandlung bis ein Arzt verfügbar ist.</p>	<p>1) Pflege und Tätigkeiten, die der Krankenpfleger eigenständig und aus eigener Initiative ausführt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflege und Tätigkeiten hinsichtlich Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr (Magensonde, Betreuung von klinisch ernährten Patienten, Anlegen von Infusionen) - Pflege und Tätigkeiten hinsichtlich Eigenständigkeit und Wohlbefinden des Patienten (Linderung Schmerz, Leid, Trauer) - Pflege und Tätigkeiten in Bezug auf Kommunikation und Informationsübermittlung (Zuhören, Unterstützung, Hilfe bei Kommunikationsschwierigkeiten in bestimmten Situationen) - Pflege und Tätigkeiten hinsichtlich der Ausscheidung (Pflege der Patienten mit Blasenkatheter oder anderen Kathetern,...), in Bezug auf Hygiene und Körperpflege, in Zusammenhang mit Mobilität und Fortbewegung (Ruhe und Schlaf) - Pflege und Tätigkeiten, die die Atmung betreffen - Pflege und Tätigkeiten hinsichtlich Überwachung und Sicherheit. <p>2) Ausführung von Pflege- und medizintechnischen Verrichtungen aufgrund ärztlicher Verordnung und ohne Anwesenheit des Arztes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Untersuchungen (Blutabnahme, Probenentnahme von Sekreten) - Medizinische Überwachung (Messung und Kontrolle der Parameter – Herz, Atmung) - Pflege und Tätigkeiten hinsichtlich der medizinischen Behandlung (Vorbereitung der Medikamente im Hinblick auf die Verabreichung, Wiederauffüllen des



			<p>Bestands an verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sowie deren Verabreichung in verschiedenen Formen)</p> <p>3) Ausführung von Pflege- und medizinaltechnischen Verrichtungen aufgrund ärztlicher Verordnung unter der Bedingung, dass ein Arzt in einer der Situation angemessenen Frist eingreifen kann</p> <p>Pflege- und medizinaltechnische Verrichtungen, die der Krankenpfleger in einer Notfallsituation ausführen darf (medizinische Untersuchung und Behandlung).</p>
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	Deutschland	Belgien	Frankreich	Luxemburg
Möglichkeiten der Spezialisierung	<p>Die Gesundheits- und Krankenpfleger können sich zur Stations-/Pflegedienstleitung oder in bestimmten Fachbereichen wie Intensivpflege oder Operationsdienst weiterqualifizieren.</p>	<p>Krankenpfleger mit Bachelor-Abschluss Während der Ausbildung (am Ende des 2. oder des 3. Jahres) kann der Student eine zweijährige Spezialisierung in Geburtshilfe absolvieren. Nach seiner dreijährigen Ausbildung hat der Krankenpfleger mit Bachelor-Abschluss die Möglichkeit, das Studium fortzusetzen, um Fachkrankenpfleger zu werden (mit Bachelor-Abschluss). Eine einjährige Ausbildung ist für jede Spezialisierung erforderlich: Pädiatrie, Psychiatrie, Volksgesundheit, Intensiv- und Notfallpflege, bildgebende Diagnoseverfahren und Radiotherapie, Operationsassistent, Geriatrie. Im Unterschied zur französischen Ausbildung in Krankenpflege (mit Ausnahme des Abschlusses in Kinderkrankenpflege) kann diese Ausbildung unmittelbar nach Erwerb des Abiturs absolviert werden. Möglichkeit für den Krankenpfleger mit Bachelor-Abschluss ein Universitätsstudium zu absolvieren mit dem Erwerb eines BA in medizinischen und pflegerischen Sozialwissenschaften oder eines BA in Gesundheitserziehung. Weiterbildung am Arbeitsplatz: Fachlehrgänge von kurzer Ausbildungsdauer im Rahmen der beruflichen Weiterbildung, mit dem Abschluss „cadre hospitalier“ (Führungskraft in der Krankenpflege) oder „certificat d'aptitude à l'enseignement“ (Befähigungszeugnis für den Lehrberuf) Krankenpfleger mit Brevet Es gibt nur zwei Möglichkeiten der Spezialisierung: allgemeine Pflege und psychiatrische Gesundheitspflege. Die Fachausbildung (einjährige Ausbil-</p>	<p>• Kinderkrankenschwester mit Staatsdiplom 18-monatige Ausbildung für diejenigen, die das Staatsdiplom in Krankenpflege besitzen Keine Berufserfahrung erforderlich Aufgaben: Tätigkeiten, die Kinder von der Geburt bis zur Adoleszenz betreffen: - Begleitung des Kindes in seiner Persönlichkeitsentwicklung und seinem Lebensumfeld; - Überwachung der Ernährung von Säuglingen; - Prävention und Früherkennung von Entwicklungsstörungen und Behinderungen; - Versorgung von Neugeborenen bei Reanimationsmaßnahmen; - Lagern, Überwachung und Entnahme eines Neugeborenen im Inkubator oder während einer Phototherapiebehandlung. • OP-Schwester (Diplom IBODE = infirmier(e) du Bloc Opérateur Dipolmé(e) d'État, entspricht dem deutschen Operationstechnischem Assistenten) 18-monatige Ausbildung an einer Fachschule. Voraussetzung: Besitz des Krankenschwester-Staatsdiploms oder Nachweis einer 2-jährigen Berufserfahrung als Hebamme. Eine OP-Schwester hat Aufstiegsmöglichkeiten in Berufe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Aufgaben: - Organisation und Koordination der Krankenpflege im Operationsraum; - Mitwirkung bei der Vorbereitung,</p>	<p>Kinderkrankenpfleger (2 Jahre): eine zusätzliche BTS-Ausbildung (4 Semester, 120 ECTS-Punkte, 2.404 Stunden) im Anschluss an die Krankenpflegerausbildung. Der Kinderkrankenpfleger pflegt und betreut das Kind und unterstützt die Eltern. Er arbeitet in den Pädiatrie-Abteilungen der Krankenhäuser (Säuglings-, Kinder- und Jugendstationen), in Geburtskliniken, Kindertagesstätten, Kinderheimen. Psychiatrischer Krankenpfleger (2 Jahre): eine zusätzliche BTS-Ausbildung (4 Semester, 120 ECTS-Punkte, 2.389 Stunden) Medizinisch-technischer Assistent Chirurgie (2 Jahre): eine zusätzliche BTS-Ausbildung (4 Semester, 120 ECTS-Punkte, 2.404 Stunden) Krankenpfleger in Anästhesie und Reanimation (2 Jahre): eine zusätzliche BTS-Ausbildung (4 Semester, 123 ECTS-Punkte, 3.209 Stunden) Hebamme (2 Jahre): eine zusätzliche BTS-Ausbildung (4 Semester, 150 ECTS-Punkte, 3.229 Stunden) Graduierter Krankenpfleger – Krankenpfleger in leitender Position: Der graduierte Krankenpfleger arbeitet - in den Krankenhäusern hauptsächlich als Stationsleiter, Dienststellenleiter, Pflegedienstleiter; - in Pflege- und Altenheimen oder anderen spezialisierten Gesundheitseinrichtungen hauptsächlich als Pflegedienstleiter; - in den Verwaltungen: ein Krankenpfleger in Führungsposition kann in der Gesundheitsverwaltung auch als Dienstleiter für Heime oder Wohn- und Pflegeeinrichtungen arbeiten.</p>



	<p>dungsdauer) führt zur Berufsbezeichnung „infirmier hospitalier spécialisé « (Fachkrankenschwester mit Brevet). Ein Krankenschwester mit Brevet kann den Bachelor-Abschluss machen.</p> <p>Nach erfolgreichem Abschluss des ersten Ausbildungsjahrs in Krankenpflege (Bachelor oder Brevet) erwirbt der Auszubildende das „brevet d’aide-soignant“ (Abschluss als Krankenpflegehelfer) (und gleichzeitig, wenn noch nicht vorhanden, das „Certificat d’enseignement secondaire supérieur“, d.h. Abschlusszeugnis des Sekundarbereichs II).</p>	<p>Durchführung und Kontrolle der Desinfektion und Sterilisation von medizinischen Ausrüstungen. Während des operativen Eingriffs: sog. Springerfunktion, Reichen von Instrumenten, Assistenz bei der OP in Anwesenheit des Operateurs. • Fachkrankenschwester/-pfleger Anästhesie mit Staatsdiplom 24-monatige Ausbildung, zugelassen sind Inhaber des Staatsdiploms in Krankenpflege, die zusätzlich eine 2-jährige Berufserfahrung nachweisen können.</p> <p>Aufgaben: Unter Aufsicht und ausschließlich auf Veranlassung eines Facharztes für Anästhesiologie und Reanimation: - Vollnarkose des Patienten; - Intraoperative Reanimation.</p> <p>Aufstiegsmöglichkeiten: Kurze Wege: Stationsleiter Ausbilder/in für Pflegeberufe</p> <p>Krankenschwester mit Staatsdiplom und Fachausbildung Mindestens 4 Jahre Berufsausübung. Aufnahmeprüfung. 10-monatige Ausbildung.</p> <p>Führungskraft im Gesundheitswesen: Muss aus einem der drei Ausbildungszweige kommen: Krankenpflege, Rehabilitation, medizinisch-technischer Zweig Zulassungsvoraussetzungen: mindestens 3 Jahre Berufsausübung in einer leitenden Position im Gesundheitswesen Auswahlverfahren aufgrund von Befähigungsnachweisen</p>	<p>Ausbildung zur Führungskraft Krankenschwester: Die luxemburgische Gesetzgebung umfasst zwei Ausbildungsarten: Ausbildungsweg I: - Besitz des luxemburgischen Staatsdiploms in Krankenpflege - mindestens drei Jahre Berufsausübung als Krankenschwester, zusätzlich eine Ausbildung zur Führungskraft absolvieren Ausbildungsweg II: - ein mindestens dreijähriges Studium zum graduierten Krankenschwester absolvieren (nach dem erfolgreichen Abschluss des Sekundarbereichs II); das somit erworbene Diplom muss von dem Staat, in dem der Kandidat studiert hat, anerkannt werden und befähigt die Staatsangehörigen dieses Landes zur Berufsausübung; - danach ein viertes Ausbildungsjahr in Luxemburg nachweisen. Dieses Ausbildungsjahr beinhaltet ein Praktikum in Krankenhausorganisation, ein Praktikum in pädagogischer Ausbildung am technischen Gymnasium für Gesundheitsberufe sowie theoretischen Unterricht.</p> <p>Ausbildungsorte: Die Ausbildung des Krankenschwester zur Führungskraft (Grundausbildung und Spezialisierung) findet nicht mehr in Luxemburg statt. Der Ausbildungsweg I erfolgt in einer Fachschule für Führungskräfteausbildung, zum Beispiel in Deutschland oder Belgien. Der Ausbildungsweg II, Typ tertiäre Berufsausbildung, wird in verschiedenen europäischen Ländern angeboten, u.a.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



			<p>Pflegedienstleiter (langer Weg): Zulassungsvoraussetzungen: mindestens 5 Jahre Berufsausübung in einer leitenden Position im Gesundheitswesen Auswahlverfahren auf nationaler Ebene aufgrund von Prüfungen Ausbildung: 12 Monate an der Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique</p>	<p>in Belgien.</p>
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------